

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS – FFLCH
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA HUMANA

DARCIO ANTONIO ARGENTO

**Os serviços residenciais terapêuticos e o lugar da loucura
na metrópole contemporânea**

VERSÃO CORRIGIDA

São Paulo
2023

DARCIO ANTONIO ARGENTO

**Os serviços residenciais terapêuticos e o lugar da loucura
na metrópole contemporânea**

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciência: Geografia Humana.

Orientador: Prof. Dr. César Ricardo Simoni Santos

VERSÃO CORRIGIDA

São Paulo
2023

ENTREGA DO EXEMPLAR CORRIGIDO DA DISSERTAÇÃO/TESE**Termo de Anuência do (a) orientador (a)****Nome do (a) aluno (a): Darcio Antonio Argento****Data da defesa: 09/ 03 /2023****Nome do Prof. (a) orientador (a): César Ricardo Simoni Santos**

Nos termos da legislação vigente, declaro **ESTAR CIENTE** do conteúdo deste **EXEMPLAR CORRIGIDO** elaborado em atenção às sugestões dos membros da comissão Julgadora na sessão de defesa do trabalho, manifestando-me **plenamente favorável** ao seu encaminhamento ao Sistema Janus e publicação no **Portal Digital de Teses da USP.**

São Paulo, 23/ 03 / 2023



(Assinatura do (a) orientador (a))

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

A689 Argento, Darcio Antonio
 Os serviços residenciais terapêuticos e o lugar
da loucura na metrópole contemporânea / Darcio
Antonio Argento; orientador César Ricardo Simoni
Santos - São Paulo, 2023.
 155 f.

Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia,
Letras e Ciências Humanas da Universidade de São
Paulo. Departamento de Geografia. Área de
concentração: Geografia Humana.

1. HABITAÇÃO. 2. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL . 3.
ÁREAS METROPOLITANAS. 4. GEOGRAFIA HUMANA. 5.
MARXISMO. I. Santos, César Ricardo Simoni , orient.
II. Título.

ARGENTO, Darcio Antonio. **Os serviços residenciais terapêuticos e o lugar da loucura na metrópole contemporânea.** Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre Ciências: Geografia Humana.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Expresso aqui meus sinceros agradecimentos às muitas pessoas que direta e indiretamente colaboraram para a elaboração deste trabalho.

Mas em especial para minha companheira, Fernanda Pimentel, pelas intermináveis horas de conversa, troca de ideias e sugestões. Pelo seu incentivo, sua energia e aposta na consumação desse trabalho. Pela seu grande entusiasmo, quando eu mesmo me encontrava em dúvidas. Pela vida que você inspira. Com todo meu amor e eterna gratidão!

Para meu filho, Lucas, pelo seu incentivo, carinho e colaboração e pela compreensão pelos momentos em que estivemos distantes por conta da árdua rotina. Aos meu pais, Antonio e Dalva. Aos meus irmãos, Thiago e Cibele, obrigado sempre! Aos meus sobrinhos Matheus e Víctor.

Para minha segunda família: Camila, Cacá, Guilherme, Gustavo, Henrique, vó Leonilda e mestre Walter.

Agradeço ao meu orientador, professor César Simoni, pelas conversas, orientações e constante presença, ainda que o período pandêmico tenha forçosamente nos afastado por um tempo.

Agradeço ao grupo de estudos “LIMIARES – Limites da acumulação e reprodução do espaço” (DG-FFLCH-USP), ao qual me vinculo, coordenado pelo professor César Simoni, pela riqueza das discussões em torno dos temas da geografia crítica e outros, e pela possibilidade de ter apresentado esse trabalho para os pares.

Agradeço aos amigos de sempre que estiveram próximos. Foram muitas as conversas, apontamentos e sugestões que fazem deste trabalho uma verdadeira construção coletiva, com a ressalva de que todos o erros e equívocos são de minha inteira responsabilidade. Guardo todo o apoio e carinho na memória e no coração!

Agradeço aos membros da banca de defesa pela leitura minuciosa do trabalho e pelas contribuições para esta pesquisa. Ao Allan Saffiotti pela leitura e participação na banca de qualificação.

Agradeço a todos os trabalhadores da secretaria acadêmica e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana (PPGH) do Departamento de Geografia (DG) da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da Universidade de São Paulo (USP).

Deixo aqui todo meu carinho, respeito e admiração pelos trabalhadores dos SRT's e do campo da saúde mental por toda a atenção recebida e pelo aprendizado que adquiri na convivência com vocês. Esse trabalho não consegue dar conta da imensa transformação que vocês proporcionam na vida de muitas pessoas.

E, claro, não poderia deixar de agradecer imensamente aos moradores dos SRT's, grandes protagonistas dessas linhas que seguem. Obrigado pelo aprendizado e por compartilharem comigo uma parte da beleza da vida que o mundo não quer ver.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001'. "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

*“A loucura é o sonho de uma única pessoa.
A razão, é sem dúvida, a loucura de todos.”
(André Suarès)*

*“Reabilitação para quê? É uma técnica?
Fazer bonecos, pinturas? Isso não é
reabilitação, é uma atividade das pessoas.
Institucionalizar essas atividades é um
grande perigo. Eu estou de acordo que os
psicóticos façam pinturas, mas não estou de
acordo que exista a pintura terapêutica. Eu
estou de acordo que os psicóticos façam
música, mas não creio na musicoterapia;
que os psicóticos façam teatro, mas não
creio na teatroterapia. O teatro, a pintura, a
música são legítimos campos de expressão
das pessoas. Nós não necessitamos de
psicóticos pintores, necessitamos de
psicóticos cidadãos. Não necessitamos de
psicóticos artistas, necessitamos de
psicóticos cidadãos. E, como qualquer
cidadão, que sejam artistas ou não, mas
não enquanto psicóticos, e sim enquanto
cidadãos”
(SARACENO, B, 1998, p.27)*

RESUMO

ARGENTO, Darcio Antonio. **Os serviços residenciais terapêuticos e o lugar da loucura na metrópole contemporânea**. 2023. 151 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Este trabalho tem como um dos seus principais objetivos investigar os mecanismos de produção social do espaço e suas relações com a loucura na metrópole contemporânea, tomando como referência os aportes teórico-metodológicos oriundos da geografia crítica na sua vertente marxista-lefevbriana. A diversidade de interpretações sobre o fenômeno da loucura, no contexto urbano, por muitas vezes deixou em suspensão os possíveis nexos entre a questão espacial, as enfermidades mentais e as possibilidades de reabilitação e reinserção sociais dentro do paradigma do tratamento comunitário, ou, então, foram considerados a partir de certa compreensão do espaço assumida pelas diversas áreas que compõem o campo da saúde, especificamente da saúde mental. Desta maneira, pretende-se analisar as possibilidades colocadas pela produção do espaço e seus determinantes na reabilitação e reinserção de pessoas com transtornos mentais graves, assim como estabelecer um diálogo com algumas trazidas pelo campo da saúde sobre esses desafios à luz das categorias lefebvrianas de espaço e cotidiano. O objeto escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) da cidade de São Paulo, locais determinados pelo poder público exclusivamente como moradia com a função de promover a reinserção social e auxiliar na reabilitação psicossocial de pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos e que perderam laços familiares e socio afetivos mais gerais (ou mesmo para aqueles indivíduos que mantiveram algum vínculo precário) fora das instituições hospitalares.

Palavras-Chave: Serviço Residencial Terapêutico; Produção do espaço; Metrópole; Saúde Mental; Cotidiano.

ABSTRACT

ARGENTO, Darcio Antonio. **Os serviços residenciais terapêuticos e o lugar da loucura na metrópole contemporânea**. 2023. 151 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

One of the main objectives of this study is to investigate the mechanisms of social production of space and its relations with madness in the contemporary metropolis, taking as reference the theoretical-methodological contributions of critical geography in its Marxist-Lefebvrian perspective. The multiplicity of interpretations about the phenomenon of madness in the urban context has often left in suspension the possible links between the spatial issue, mental illness and the possibilities of rehabilitation and social reinsertion within the paradigm of community treatment, or else, were considered based on a certain understanding of the space assumed by the different areas that comprise the field of health, specifically mental health. Therefore, it is intended to analyze the possibilities raised by the production of space and its determinants in the rehabilitation and reinsertion of people with severe mental disorders, as well as to establish a dialogue with some possibilities brought by the health field about these challenges in the light of the Lefebvrian categories of space and everyday life. The chosen object for the development of this research are the Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) in the city of São Paulo, these are places determined by the public authorities exclusively as housing with the function of promoting social reintegration and helping in the psychosocial rehabilitation of people who have been hospitalized for a long time in psychiatric hospitals and people who have lost family and more general socio-affective ties (or even for those individuals who have maintained some precarious ties) outside hospital institutions.

Key Words: Therapeutic Residential Service; Production of Space; Metropolis; Mental health; Quotidian.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: APROXIMAÇÕES COM O TEMA.....	11
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	15
3. CAPÍTULO 1 – OS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA NA MODERNIDADE.....	25
3.1 A Revolução Francesa e a consagração da psiquiatria como ciência positiva.....	28
3.2 Evolução das reformas no cuidado à saúde mental no Brasil.....	34
4. CAPÍTULO 2 – ORIGENS E FUNCIONAMENTO DOS SRT’S.....	46
4.1 Os SRT’s dentro da lógica espacial da metrópole paulistana.....	52
4.2 Olhares do campo burocrático da saúde para a questão espacial – a dimensão do Habitar e do Habitat.....	58
5. CAPÍTULO 3 - A CASA COMO ELA É E SEUS MORADORES.....	84
5.1 O interno e o externo.....	97
5.2 O lado de fora não quer falar.....	104
5.3 Escutando o lado de dentro.....	109
5.3.1 Paulo.....	110
5.3.2 Pedro.....	113
5.3.3 Anderson.....	119
5.3.4 Ana.....	124
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS.....	134
ANEXOS.....	142

1 – INTRODUÇÃO: APROXIMAÇÕES COM O TEMA

O encontro com as residências terapêuticas foi resultado de um longo percurso que juntou curiosidade, em primeiro lugar, para depois desembocar em estudos e pesquisas mais sistematizadas que terminaram por consolidar meu interesse pelo campo da saúde mental. Posso datar precisamente esse momento quando eu estava cursando licenciatura plena em História entre os anos de 2005-2010, na Faculdade de Educação, em paralelo com modalidade do bacharelado, concluída na Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas (em 2007), ambas pertencentes à Universidade de São Paulo.

Eu havia me matriculado na disciplina da Psicologia de Educação, uma das disciplinas de caráter obrigatório para a obtenção do título de licenciado, sem nenhum conhecimento prévio sobre os temas relacionados à Psicologia.

O curso ministrado pelo Prof. Dr. Reinaldo Voltolini procurava aproximar a psicanálise com o campo pedagógico e foi uma primeira janela que se abriu para que eu pudesse observar mais detidamente os saberes construídos pelo Sigmund Freud e seus colaboradores. Meu olhar acabou sendo direcionado muito mais para a psicanálise propriamente do que para o campo pedagógico, até mesmo porque a junção das duas ciências é extremamente problemática nas palavras do próprio Freud.

A partir desse ponto meu interesse nos chamados conhecimentos sobre campo psi ganharam importância à medida que os textos freudianos e dos seus comentadores embasavam minhas reflexões como estagiário e professor das redes municipal e estadual, respectivamente, de ensino da cidade e do estado de São Paulo. Em seguida passei a lecionar em escolas da rede privada da cidade de São Paulo e foi quando eu parti para uma segunda graduação, a licenciatura em Geografia.

Minha formação como geógrafo fez com que eu percebesse que grande parte das reflexões sobre saúde mental está no âmbito das transformações temporais - e já foram objetos de muitos estudos históricos - mas a questão espacial parecia constituir, para mim, uma lacuna dentro de um tratamento apressado da questão num primeiro vislumbre. Dentre essas reflexões encontram-se inúmeros trabalhos que discorrem sobre a relação entre o campo psi e a história. Por exemplo a evolução do saber psiquiátrico no tempo histórico em termos epistemológicos; a prática da medicina psiquiátrica com suas rupturas e continuidades; o surgimento dos manicômios; as tentativas de reformar ou romper com as práticas manicomialis; as reformas psiquiátricas etc. enfim, um sem-número de estudos sobre a relação do saber psi e o tempo.

Entretanto, chamava-me a atenção que essa proximidade parecia não ocorrer entre os geógrafos e o campo da saúde, dado que o tema do espaço acabaria se tornando fundamental na perspectiva do cuidado em liberdade. Autores como Michel Foucault e Erving Goffman tomaram determinados espaços, tradicionalmente ligados aos domínios do campo psi - manicômios, prisões, escolas, conventos, quartéis etc. - como objetos de investigação, produzindo trabalhos seminais e reflexões profundas que inspiraram e, certamente, continuam inspirando gerações de pesquisadores, mas de certa forma as determinações espaciais não constituem o foco do trabalho para desses autores.

Foi ficando perceptível que o espaço se transformou numa categoria relevante de análise para as pessoas que tomaram parte nas várias reformas psiquiátricas ocorridas mundo afora, particularmente no Brasil. E também por aqueles que, até o momento, procuram sustentar o modelo de tratamento comunitário. De sorte que a literatura consultada indica que grande parte das pessoas que se debruçaram sobre a relação entre espaço e saúde mental, ou que produziram reflexões sobre os equipamentos ligados à terapêutica, são originárias do campo psi.

Os autores que produziram reflexões sobre os processos de reformas psiquiátricas e mudança de paradigma para o tratamento comunitário buscaram no pensamento geográfico referências que pudessem aprofundar a compreensão da dinâmica espacial e suas implicações na reabilitação psicossocial¹ - no escopo de algumas vertentes do campo de reflexões em saúde mental – muitas dessas referências vieram dos trabalhos de Milton Santos. Sobre as reflexões de Milton Santos foi construído um entendimento sobre o trabalho no território, que se transformou numa categoria-chave para direcionar as atividades fora das instituições.

Entretanto e à medida que este trabalho progredia, percebi que Geografia não esteve tão ausente do debate crítico sobre a relação espaço-tratamento comunitário como eu supunha, subsidiando com seus conceitos para que outros campos do conhecimento pudessem avançar no aperfeiçoamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e do tratamento comunitário em liberdade.

Este trabalho de pesquisa pretende contribuir com aprofundar a compreensão desta relação convocando para a análise o auxílio da geografia crítica na sua vertente

¹ Segundo Saraceno (2001), a reabilitação na perspectiva psicossocial é um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, na conquista de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. Para isso requer a criação de espaços de negociação e trocas para os usuários. SARACENO, B. Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

marxista-lefevbriana, trabalhando sobre com categorias basilares como produção do espaço e cotidiano, bem com as formas de resistência e apropriação do espaço produzidas pelos moradores dos SRT's.

Colocadas as primeiras questões teóricas para dar início ao trabalho passei para as questões práticas no sentido de formalizar do projeto junto à Plataforma Brasil² – que caracteriza uma base nacional de registros envolvendo pesquisas com seres humanos, ligada ao Ministério da Saúde (MS) - e aos comitês de ética da Universidade e da prefeitura de São Paulo com o objetivo de obter as respectivas liberações para proceder ao trabalho de campo. Este momento foi de apreensão e de espera. Descortinar os caminhos para validar o trabalho na Plataforma Brasil e nos comitês de ética não é tarefa fácil para um “marinheiro de primeira viagem”.

As informações nem sempre estão facilmente acessíveis ou são compreensíveis para quem vai submeter algum trabalho deste tipo pela primeira vez. Sentia-me imerso numa espécie de “labirinto kafkiano” virtual buscando informações aleatoriamente na internet, num processo que eu poderia, hoje, qualificar como de tentativa e erro.

A Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP) não possuía, à época, um comitê de ética próprio, sendo assim fui orientado pela pró-reitoria de pós-graduação da USP a submeter meu trabalho ao comitê de ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Em dado momento tive de juntar a busca de orientações para preencher os requisitos da Plataforma Brasil nos órgãos oficiais, como MS, por exemplo, com as produções das universidades e depois para a internet e para as redes sociais. Os tutoriais disponíveis na plataforma do Youtube foram extremamente úteis naquele momento³.

A Plataforma Brasil redireciona os pedidos de avaliação de pesquisas com seres humanos para os comitês de ética locais, tornando disponível ao público em geral as informações relativas às pesquisas que estão sendo produzidas nessa categoria. Este trabalho recebeu autorização dos comitês de ética do IPUSP (Parecer n. 3.697.258) e do comitê

² “Este sistema foi instituído em 1996 para proceder a análise ética de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e o processo é baseado em uma série de resoluções e normativas deliberados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde”. CAPCS. **Informações importantes sobre a Plataforma Brasil**. Disponível em: <http://www.capcs.uerj.br/informacoes-importantes-sobre-a-plataforma-brasil/#:~:text=Este%20sistema%20foi%20institu%C3%ADdo%20em,vinculado%20ao%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde>. Acesso em: 05 abr. 2021.

³ Destaco aqui a atenção dispensada pela servidora Cristiane Oliveira Polato, secretária do comitê de ética em pesquisas com seres humanos do IPUSP, que pacientemente tirou uma série de dúvidas minhas sobre o funcionamento da plataforma e me colocou a par de todas as datas e prazos para não atrasar ainda mais o processo, além de me explicar como tramitam as solicitações no comitê de ética daquela instituição.

de ética da prefeitura de São Paulo (Parecer n. 3.796.500). Mas até os assentimentos finais transcorreu-se quase um ano, isto porque foram feitas correções de algumas informações e atendidas as solicitações de esclarecimento sobre outras postadas na primeira submissão.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, e que contém todas as informações necessárias para o esclarecimento sobre a pesquisa que o indivíduo se propõe participar, foi o instrumento que voltou inúmeras vezes para correção e esclarecimento dos termos (ANEXO I). Esse processo, que eu classifiquei como de tentativa e erro, terminou e obtive os documentos que me facultaram acesso aos SRT's.

Mas eis que, então, quando eu comecei a realizar o trabalho de campo ele teve que ser parcialmente interrompido pela emergência da pandemia de COVID-19. Fui informado que eu não poderia mais me dirigir aos equipamentos para preservar a integridade dos moradores e a minha própria. O trabalho não foi completamente interrompido porque pude recorrer às ferramentas digitais de comunicação para falar com os trabalhadores das casas; infelizmente o acesso dos moradores à internet é muito limitado em decorrência de suas carências econômicas e da falta de estrutura das casas pertinente a este recurso.

2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para proceder aos objetivos desse trabalho, entendemos que a pesquisa em curso se orienta para uma perspectiva qualitativa, pois o universo das relações humanas é atravessado por muitas variáveis e requer um olhar atento para dimensões da vida que podem escapar a simples operacionalização de variáveis. Há dimensões adicionais envolvidas nos transtornos mentais graves, no fenômeno da estigmatização e dos preconceitos que reforçam a importância do caráter qualitativo da pesquisa. Momentos singulares que aparecem no cotidiano das residências e que dificilmente voltarão a acontecer num período curto de tempo. Segundo Minayo:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO *et al.*, 1994, pp.21-22)

Embora, tradicionalmente, exista uma clivagem na forma de se construir a pesquisa - quantitativa-qualitativa - pensamos que para esse trabalho os dados quantitativos e qualitativos se complementam, interagem de maneira dinâmica. Em muitos momentos nos deparamos com crenças, valores, atitudes e hábitos que não são categorias do pensamento ou formas de existir e sentir facilmente quantificáveis, no entanto, isso não impediu que dados quantitativos fossem coletados. Mas essas dimensões transcendem o que pode ser quantificado.

Nesse sentido lançamos mão da abordagem dialética porque ela permitiu que pudessemos compreender muitas situações verificadas na coleta de dados, relacionando as dimensões externas e os indivíduos; aquilo que poderíamos chamar superficialmente de social em conexão com a apreensão e a manifestação do externo pelos sujeitos desta pesquisa.

Partindo do campo da geografia crítica, na sua vertente marxista-lefebvriana, a dialética não poderia deixar de compor a metodologia trabalhada. Ela propiciou traçar as relações entre a quantidade dos dados coletados e qualidade dos fatos e fenômenos observados, descobrir os fenômenos, mas também encontrar as contradições que eles não revelam imediatamente.

Minayo aponta que o método dialético:

[...] considera que o fenômeno e ou processo social tem de ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Compreende uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou “objetos sociais” apresentam. (MINAYO *et al.*, 1994, p.25)

Após termos definido o objeto dessa pesquisa, tendo como guia a pesquisa qualitativa, partimos para o trabalho de campo, que é a etapa que permite a aproximação com o tema em primeiro lugar, mas também a construção do conhecimento e a reelaboração das primeiras ideias, quando necessário.

A dinamicidade dos processos envolvidos nessa pesquisa foi reconfigurada no período da pandemia. Imprevistos apareceram, novos desafios foram colocados. Foi necessário o emprego das tecnologias digitais para superar alguns entraves.

A distância passou a ser familiar, trabalhamos com ela no horizonte, uma novidade colocada pelas circunstâncias para um trabalho de campo dentro do universo da academia. Porém, percebemos novas possibilidades, algumas pessoas puderam adequar seus horários e afazeres para atender nossas solicitações, para outras expressar-se pelas telas foi uma tarefa menos árdua.

Procuramos utilizar a tecnologia como aliada para superar as barreiras e manter o distanciamento social exigido. O trabalho de campo desenrolou-se em sintonia com as diretrizes do poder público. Por meses, entre março de 2020 até o fim dos nossos trabalhos - dezembro de 2022 - atuamos nas janelas de arrefecimento da pandemia, quando nos era permitido ingressar nos serviços.

A entrada nos SRT's teve que dar um passo além do levantamento de dados e da discussão da bibliografia existente. Estabelecer esta relação foi condição necessária, mas não suficiente, porque os serviços emergem dentro do campo da saúde, aqui especificamente da saúde pública e mental, e suas equipes profissionais ou são oriundas do campo da saúde ou orientam sua atuação pelas diretrizes da saúde. Até mesmo os moradores, pela experiência adquirida nos serviços e pela vivência nas instituições manicomiais⁴,

⁴ Optamos pelo termo manicomial para nos referirmos as instituições hospitalares pois, em geral, o termo tornou-se um conceito que abarca uma série de práticas que misturam segregação, violência, confinamento, violação de direitos humanos entre outros. Segundo Vizeu (2005), as instituições manicomiais podem ser caracterizadas por dois tipos de elementos estruturais básicos, sendo eles o internamento e isolamento como forma de tratamento da loucura, e o mecanismo de controle para a manutenção da ordem no âmbito interno da organização.

dominam muitos conceitos relacionados à saúde mental, que num primeiro momento eram estranhos para nós e que precisaram ser decodificados, compreendidos.

Procurei ficar atento aos desdobramentos do trabalho de campo para não cair num viés positivista de análise, não flertar com um distanciamento asséptico do nosso objeto de estudos. Tal comportamento poderia me levar para a esfera do exótico, dos aventureiros que desbravam regiões distantes em busca de culturas diferentes. Tratando-se de um universo estigmatizado por séculos, como são os espaços associados à loucura, a ideia de adentrar um mundo desconhecido e que precisa ser desbravado é recorrente. Foi preciso atenção para não reproduzir os estigmas e essa atenção também se transformou em matéria de conhecimento, de aprendizado.

A pesquisa qualitativa e nosso objeto de estudo sempre nos convocou a olhar para os SRT's como lugar de manifestações de intersubjetividades e de interação entre pesquisador e grupo pesquisado e não como apenas como observadores dos processos.

O trabalho de campo teve como um dos seus componentes fundamentais as entrevistas. Foram entrevistados os moradores, os trabalhadores e os vizinhos. A perspectiva adotada foi da entrevista semiestruturada, com questionários prévios⁵ contendo dez questões para cada categoria entrevistada. As entrevistas não foram conduzidas de forma despretensiosa, uma vez que elas se inserem na coleta de dados relatados pelos participantes dentro do nosso interesse científico. Mas também não se adotou uma postura rígida e protocolar.

As entrevistas nos levaram por caminhos que pudemos levantar dados objetivos sobre a vida cotidiana dos atores, seus afazeres, suas dificuldades, as possibilidades de circulação pela cidade, os lugares frequentados, as condições de trabalho etc., ao mesmo tempo que surgiram nos relatos as experiências, as frustrações, as esperanças, os desejos, as impressões com a vida dentro na casa e no manicômio. A (in)satisfação com o trabalho nos SRT's, as descobertas e mudanças que os trabalhadores experienciam nesses espaços, a relação entre trabalhadores e moradores; o olhar, as considerações, a imagem, o estigma, a surpresa, a distância etc., dos vizinhos com os serviços.

As entrevistas trouxeram à tona as experiências de vida, principalmente de moradores e trabalhadores dos SRT's. Para alguns moradores as entrevistas se tornaram momentos importantes para o reavivamento das memórias e as histórias de vida foram pontos

⁵ Vide Anexo IV

privilegiados para o começo de uma conversa, para a liberação de um pensamento reprimido, ou para a comparação entre a vida intramuros e o cuidado em liberdade.

Seguindo os passos de Ecléa Bosi, histórias de vida e memória mantêm estreita relação:

Qual a forma predominante de memória de um dado indivíduo? O único modo correto de sabê-lo é levar o sujeito a fazer sua autobiografia. A narração da própria vida é o testemunho mais eloqüente dos modos que a pessoa tem de lembrar. É a sua memória. (BOSI, 1979, p. 68)

Procuramos participar das atividades cotidianas das residências. Em alguns momentos a participação foi plena, momentos em que nós participávamos integralmente de alguma atividade desenvolvida na casa, um aniversário, a exibição de um filme, assistir aos programas de televisão junto com os moradores, compartilhar uma refeição, uma partida de futebol, ida à feira, ao supermercado, à farmácia etc. Outras vezes mantínhamos certo distanciamento para observar como as rotinas de trabalho se desenrolavam, o preparo da comida, a dispensação de medicação, o acompanhamento aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁶ para as rotinas terapêuticas, as idas aos espaços públicos para realização de atividade física etc.

A distinção entre uma e outra modalidade não é tão marcada como supúnhamos no começo das interações. Elas se imbricaram em muitas ocasiões, mas procuramos resguardar as finalidades de cada uma delas; não há uma receita quando estamos lidando com outras pessoas que têm desejos, vontades, estados de ânimo que influenciam na aceitação do pesquisador, como também determinam as relações que serão estabelecidas com outras pessoas e com a comunidade.

A pesquisa aqui desenvolvida não se limitou a interpretar os dados coletados à luz da teoria, mas novas indagações foram construídas na interação ente o pesquisador e os atores sociais envolvidos, tomando o pressuposto de que esses atores não são apenas meros espectadores ou interlocutores ingênuos. Em dado momento de uma entrevista um morador questionou o pesquisador a respeito do caráter da pesquisa, ponderando sobre o

⁶ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar. BRASIL. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Acesso em: 20 out. 2020.

fato da pesquisa tratar o tema da loucura conquanto ele não se identificava com o transtorno, muito menos com o estereótipo do louco. “Eu não sou louco”, disse durante a entrevista.

O trabalho de campos buscou atentar sempre para o fato de que o pesquisador não é um sujeito neutro que observa e traduz em palavras sem manchas aquilo que viu e ouviu, e também para a questão dos participantes como sujeitos críticos. Outra técnica da qual lançamos mão foi a utilização de um diário de campo. Nesse quesito a tecnologia mais uma vez foi uma grande aliada. Os telefones celulares permitem uma série de facilidades como registrar mais rapidamente os eventos transcorridos durante o trabalho de campo.

Após o término do trabalho produzíamos arquivos de áudio para registrar os eventos transcorridos no dia a dia do campo. Pensamos que dessa forma as memórias sofreriam menos impacto dos ruídos advindos com o distanciamento temporal, embora não idealizemos memórias perfeitas e sobriamente construídas imediatamente após o desenrolar dos episódios do campo.

A memória é seletiva tornou-se um lugar comum, mas nem por isso deixa de ter seu quinhão exatidão. Ainda na trilha de Ecléa Bosi, concordamos quando ela nos alerta que a memória desloca as representações imediatas. A autora refere-se a essa relação da seguinte forma:

A memória permite a relação do corpo presente com o passado e, ao mesmo tempo, interfere no processo “atual” das representações. Pela memória, o passado não só vem à tona das águas presentes, como também empurra, “desloca” estas últimas, ocupando o espaço todo da consciência. A memória aparece como força subjetiva ao mesmo tempo profunda e ativa, latente e penetrante, oculta e invasora. (BOSI, 1979, p.53)

A etapa de análise dos dados foi realizada *pari passu* com o trabalho de campo, procuramos não a deixar para o final do trabalho. Nem sempre os dados eram suficientes para estabelecermos conclusões, então foi necessário voltar para a etapa da coleta, observar, conversar, participar, interagir e retornar para as conclusões e para a escrita do texto. Os processos ocorrendo simultaneamente permitiram que as hipóteses e as impressões iniciais também fossem repensadas.

A bibliografia também foi aumentada à medida que novos questionamentos apareciam, tornava-se absolutamente necessário buscar novas respostas e estas, por sua vez, também ajudavam a produzir novos questionamentos. O processo dialético, ou a práxis trazida pelo trabalho de campo em sintonia com a revisão bibliográfica, materializou-se

nesses momentos de diálogo entre teoria e prática. O trabalho com dois campos do conhecimento – saúde mental e geografia crítica – exige que teoria e prática andem juntas dentro dos campos e na relação entre eles⁷.

Para iniciar a análise, aqui entendida num sentido mais amplo, como análise e interpretação (GOMES, 1994), procuramos estabelecer algumas categorias iniciais para tanto. Tais categorias foram estabelecidas com a finalidade de iniciar o trabalho e proporcionar uma organização introdutória. As categorias estabelecidas não foram pensadas para engessar o trabalho do pesquisador e nem precisaram ser mantidas *strictu sensu* até o fim do trabalho de campo e da análise dos dados coletados. Trabalhar com categorias possibilitou estreitar os laços entre a geografia e a saúde mental, sendo necessário estabelecer algumas identificações para que pudéssemos nos inserir no campo. Gomes (1994, p.70) afirma que:

A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à idéia de *classe* ou *série*. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

A escolha das categorias foi feita já na montagem dos questionários para as entrevistas, privilegiando a questão da moradia e da vida cotidiana. Escolhemos trabalhar com categorias como representação social, pensamentos, sentimentos, ações expectativas que procuram expressar a forma como os atores vivem e experienciam a realidade.

As histórias de vida performaram uma categoria de análise importante porque por elas foi possível chegar a algumas conclusões sobre a vida intramuros e as possibilidades colocadas pelo cuidado em liberdade para a reabilitação psicossocial.

A circulação dos moradores, colocada desde o começo desse trabalho, confirmou-se como uma das categoria-chave para o entendimento do processo descrito anteriormente. Acompanhar a circulação dos moradores possibilitou perceber quais espaços apresentam-se mais receptíveis, quais espaços podem ser apropriados com maior ou menor esforço e quais aparecem como espaços que dificilmente poderão ser experienciados por esses indivíduos.

O estigma soma-se às outras como uma categoria adversa para a fruição da vida dentro de certas possibilidades, uma barreira invisível erguida por olhares, falas e gestos de onde brota a percepção da diferença e como isso opera nas funções cotidianas. Como

⁷ Reforço os agradecimentos ao grupo de estudos “LIMIARES – Limites da acumulação e reprodução do espaço” (DG-FFLCH-USP), ao qual me vinculo, coordenado pelo Prof. Dr. César Ricardo Simoni Santos, pela riqueza das discussões em torno dos temas da geografia crítica e outros, e pela possibilidade de ter apresentado esse trabalho para os pares e recebido as devidas críticas.

observa Pimentel *et al.* (2013) há inúmeros estudos que constata uma reação negativa generalizada frente às pessoas com transtornos mentais graves.

Constata-se também a tendência da população em considerar pessoas com transtorno mental como imprevisíveis e perigosas incitando o desejo por distanciamento social o que gera a discriminação e a conseqüente exclusão social, isso é especialmente recorrente com relação à esquizofrenia condição mais representativa da doença mental no imaginário das pessoas. (PIMENTEL *et al.*, 2013, p.308)

O estigma caminha junto com o autoestigma. Ambas as reações perpassam a vida de muitas pessoas com transtornos mentais graves como uma espécie de simbiose, retroalimentando-se, com intensidades variáveis para cada indivíduo. O autoestigma pode ser descrito com o preconceito internalizado, a discriminação antecipatória. O autoestigma é descrito com a etapa de internalização de uma visão já compartilhada pelo indivíduo antes do seu processo de adoecimento.

Como já citado anteriormente, a rotulação das pessoas como “portador de transtorno mental” em geral evidencia atributos negativos como, por exemplo, serem considerados violentos e perigosos, além de despertar em sentimentos de desvalorização, descrédito e desejo por distância social. Esses atributos, crenças e sentimentos se aplicam aos portadores quando eles “se tornam doentes”, já que antes de estarem nessa condição, tais crenças e sentimentos formavam suas próprias concepções em relação às pessoas com transtorno mental. Dessa forma, portadores podem se desvalorizar ao se verem pertencendo à categoria que anteriormente acreditavam ser vista negativamente pelos outros e por eles mesmos, tendo essa crença efeitos negativos em sua autoestima. (PIMENTEL *et al.*, 2013, p.309)

Finalizado o processo de seleção de algumas categorias de análise - estigma, história de vida, circulação pela cidade, relação dos moradores entre si, com os trabalhadores e com a vizinhança - procedemos a delimitação do campo de trabalho propriamente dito, o recorte espacial. Escolhemos, inicialmente, três SRT's da cidade São Paulo, distintos com relação à classificação proposta pelo poder público, à localização espacial e características socioeconômicas.

Na cidade de São Paulo, os SRT's são gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), entidades sem fins lucrativos. A prefeitura repassa os recursos para que elas possam gerenciar diversos equipamentos de saúde espalhados pela cidade, em troca as OSS recebem alguns benefícios como isenções fiscais. Este modelo ocorre também nas áreas da educação, esportes, cultura, lazer e recreação⁸ e gera controvérsias entre a administração e entidades de classe dos profissionais da saúde e movimentos sociais.

⁸ PAULO, Prefeitura de São. Organização Social (OS). Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/governo/gestao/menu/index.php?p=227170>. Acesso em: 07 abr. 2021.

O primeiro serviço funciona no bairro de Ermelino Matarazzo, situado na zona leste da cidade, os outros dois estão localizados no bairro do Brooklin, zona sul. Os bairros guardam marcadas diferenças sociais entre si com relação ao perfil econômico dos seus moradores e acesso a bens e serviços públicos e privados.

O bairro do Brooklin – separado em Novo e Velho – é um dos mais valorizados da cidade, com grandes conjuntos empresariais e uma agitada vida noturna. Seus residentes possuem, em média, uma renda domiciliar per capita de 10 salários-mínimos.

Ermelino Matarazzo encontra-se muito distante do Brooklin, ambos os bairros distam consideravelmente do centro da cidade, mas com vantagens para o bairro do Brooklin, tantos em termos de tempo de deslocamento, quanto nas condições para alcançar as áreas centrais. Para se deslocar até o centro da cidade um residente do bairro de Ermelino gasta em média 70 minutos, utilizando transporte público. Já um morador do Brooklin gastaria metade do tempo. Em termos de renda domiciliar, a média em Ermelino Matarazzo não ultrapassa dois salários-mínimos, em algumas localidades ela fica abaixo dos 1,2 salários-mínimos⁹.

A escolha dessas residências, inseridas em bairros contrastivos, procurou garantir perspectivas diferentes de análise proporcionadas tanto pelos moradores das residências, que apresentam graus diferenciados de comprometimento clínico, períodos de internação e histórias de vida, bem como pelo perfil da vizinhança estabelecida nesses bairros. O que nos sugere que as relações entre os beneficiários dos SRT's e o entorno sejam de graus e intensidades diferentes, gerando, como consequência modulações no processo de reabilitação psicossocial¹⁰.

Os três grupos selecionados nos permitiram observar relações que se desenrolam de maneiras diversas. As relações entre moradores e trabalhadores são naturalmente estabelecidas no cotidiano das casas, haja visto que os serviços não são autorizados a fun-

⁹ METRÓPOLE, Centro de Estudos da. **ReSolution**. Disponível em: <http://centrodametro-pole.fflch.usp.br/pt-br>. Acesso em: 06 abr. 2021.

¹⁰ A reabilitação psicossocial prevê, prioritariamente, o tratamento comunitário para os pacientes portadores de transtornos mentais. O artigo 4º, b da portaria do Ministério da Saúde nº 106/2000 prevê como reabilitação psicossocial, especificamente no inciso II:

II - Ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso: 23.10.2020

cionar sem a presença dos trabalhadores. Para essas relações os dados e informações ajudaram a compreender a dinâmica do espaço interno das residências e as relações ali constituídas. Seguindo algumas premissas da reabilitação psicossocial dentro das especificidades dos SRT's procurou-se observar como atividades cotidianas são desenvolvidas, as interações propiciadas e os graus de autonomia.

As relações dos moradores e trabalhadores com a vizinhança contribuíram para as considerações entre a relação das residências com os espaços externos - vizinhança, comércios, serviços públicos etc. - o impacto que o estabelecimento dos serviços produz nos bairros e as possibilidades de apropriação do espaço pelos moradores, bem como aquilo que cada lugar com suas características pode propiciar no processo de reabilitação psicossocial.

As primeiras entrevistas foram conduzidas de forma presencial. A partir de março de 2020 passamos a realizá-las a distância em atenção às medidas sanitárias surgidas com o advento da pandemia de COVID-19, para tanto utilizei ferramentas digitais de comunicação como ZOOM e Google Meet.

No final de 2021, fui autorizado a continuar o trabalho de forma presencial, assim foram realizadas o restante das entrevistas como os moradores e trabalhadores. As redes sociais foram utilizadas para localizar e contatar os vizinhos, especialmente os comércios, serviços e associações de bairro, também foram distribuídos panfletos nas casas, convidando os vizinhos a participarem, presencialmente ou a distância, da pesquisa. Além do convite, os panfletos informavam a respeito do caráter e dos objetivos da pesquisa.

As visitas foram interrompidas, pela segunda vez, em dezembro de 2021, estendendo-se até março de 2022, por conta do aumento da incidência de casos de COVID-19, na variante Ômicron.

A análise dos dados coletados não foi feita em etapa única, nem reservada para o final da pesquisa. As incertezas advindas do momento pandêmico, as interrupções no trabalho de campo fizeram com que a análise dos dados fosse executada à medida em que eles eram coletados, pois esse procedimento evitaria mais atrasos, caso fossem necessárias mudanças estruturais nos rumos desse trabalho. Não foi o caso, não houve mudanças drásticas na evolução da pesquisa, mas foi importante delimitar a análise dos dados no curto prazo.

A análise foi feita junto ao processo de interpretação dos dados, que segundo Gomes (1994), são movimentos que estão contidos num mesmo momento. Isto possibilita romper até certo ponto com a prática por etapas, coletar-interpretar-analisar; tentando ir

além e pensando no caráter dinâmico do nosso objeto de estudos, no próprio campo de trabalho, os dados coletados geraram *insights* que subsidiavam – ou questionavam – o campo teórico subsidiário. Em muitas oportunidades, o movimento do campo, a dinâmica dos serviços nos permitiu refletir sobre as informações coletadas ao mesmo tempo que as interações aconteciam. Sem que fosse necessário levar os dados para um laboratório para pormenorizá-los *a posteriori*.

Ainda que trabalhando dentro de um ambiente vivo, enérgico, em que as possibilidades de interação não estão engessadas como se num ambiente controlado de laboratório, atentamos para três pontos importantes para que a análise se tornasse eficiente e para que a dinâmica presente no campo não se convertesse em conclusões apressadas.

Segundo aponta Minayo (1992), há três obstáculos que podem dificultar uma análise eficiente dos dados coletados: a ilusão do pesquisador, que olha os dados como a tradução fiel da realidade observada. Isto pode ocorrer com mais frequência para os pesquisadores mais familiarizados com o objeto de estudos e a consequência esperada é a simplificação ou até o equívoco nas conclusões.

O envolvimento com métodos e técnicas pode fazer com que as situações que geraram os dados observados não sejam consideradas na análise, perdendo-se as singularidades dos momentos observados. E, por fim, a dificuldade em articular o dado concreto e a experiência do campo com os conhecimentos abstratos com a revisão bibliográfica e os conceitos delimitados para o início do trabalho. Estas questões se tornaram balizas para o trabalho de campo e puderam ser minimizadas – em alguns casos exauridas – com as conversas de orientação, as discussões nos grupos de estudos e o trabalho constante de revisão da bibliografia.

3. CAPÍTULO 1 – OS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA NA MODERNIDADE

A investigação sobre a produção de um saber sobre as enfermidades mentais, juntamente com a prática de segregação dos loucos em locais específicos, na passagem da Idade Média para a Época Clássica, em solo europeu, tem como um dos marcos fundamentais e fundantes os trabalhos seminais de Michel Foucault (1978; 1979; 1997), que abordam, dentre outros temas, a determinação moderna da loucura, os processos de estigmatização e privação do convívio social para as pessoas com transtornos mentais graves.

Os escritos foucaultianos pontuam a evolução das questões citadas em sintonia com o amadurecimento da razão da Época Clássica, consolidada, em tese, pelo movimento iluminista e pela Revolução Francesa, que desembocaram no surgimento da moderna psiquiatria. Segundo Foucault, o ponto de partida temporal para o estabelecimento da condição moderna da loucura foram os séculos XVI-XVII, tendo como símbolos espaciais a construção dos primeiros estabelecimentos - alguns designados hospitais - destinados à reclusão das pessoas consideradas, então, como párias sociais (criminosos, prostitutas, desempregados, camponeses expropriados etc.) a partir uma lógica emergente de classificação social, fortemente ancorada em novos valores ou na reconfiguração de outros como aptidão/disposição para o trabalho, posse, propriedade, riqueza/pobreza, justiça, família, religião etc. (FOUCAULT, 1978).

O século XVI testemunhou as grandes navegações e o conseqüente encontro dos europeus com outros povos e culturas. Época dos primórdios da revolução científica que assentou base para o futuro pensamento racionalista que, por sua vez, lançou nova luz sobre o espírito ocidental, fazendo com que muitas questões passassem a ser entendidas sobre outros paradigmas - algumas sofreram verdadeiras revoluções - dentre elas, o tema da loucura.

Entretanto, até o Renascimento é possível constatar que a experiência da loucura foi vista com certo entusiasmo, a ponto de ser celebrada de algumas formas. A loucura tinha certo poder de atração; as sociedades europeias a viam como um lugar recôndito e misterioso da consciência a ser explorado. No limite, os loucos compartilhavam algo da esfera do sagrado, desfilando uma sabedoria inacessível aos homens comuns.

Essa forma de apreciação do fenômeno encontra ecos na Grécia antiga. Os loucos podiam ser caracterizados como seres dotados de habilidades especiais, dentre elas as de se comunicarem com os deuses, detentores de habilidades como conselheiros e adivinhos.

No período renascentista houve uma ultrapassagem limitada, mas significativa, da visão medieval - que, de certa forma, santificava a loucura - agregando novos sentidos aos fenômenos observados.

O louco continuou a ser visto como alguém que possuiria uma espécie de sabedoria indecifrável e misteriosa, fora do alcance das pessoas “normais”. Os delírios da loucura foram tomados como expressão desse dom natural. Deu-se, até certo ponto, uma aproximação de pessoas de diversos estratos sociais, inclusive de grandes gênios, com o tema, tomando-o como fonte de curiosidade e inspiração.

O Renascimento deixa transparecer essa percepção peculiar que dá novo corpo a loucura em várias formas de manifestação da cultura:

Com efeito, a experiência da loucura é celebrada no Renascimento de modos diversos. Além de se expressar nos ritos populares, as artes plásticas (por exemplo: Bosch; Breughel), as obras de filosofia ou de crítica moral (por exemplo: Brant; Erasmo) e os textos literários (por exemplo: Shakespeare; Cervantes) encarregam-se de testemunhar diferentemente o prestígio dessa loucura, cujos enigmas têm sobre o homem um poder de atração. Na França, por exemplo, loucos célebres escrevem livros que são publicados e lidos por um público culto como obras de loucura. Porém é apenas até o começo do século XVII que a cultura ocidental se mostrou hospitaleira para com essas formas de experiência. (FRAYZE-PEREIRA, 1994, p. 52-53).

Os quadros do pintor holandês Hieronymus Bosch reforçam a ideia de como a percepção da loucura foi abandonando sua roupagem piedosa da Idade Média e, ao adentrar na modernidade, reforçou padrões de atração aos fenômenos incompreensíveis manifestados por certos indivíduos; fenômenos que, no século seguinte, passariam a ser rotulados como desvio, ou desrazão, e mandados ao confinamento.

Tomemos um desse quadros como exemplo, “A Nau dos Loucos” (Figura 1), nele Bosch retratou um costume de época em algumas cidades europeias: os loucos eram embarcados e confiados aos barqueiros que os levavam sem destino, batendo de porto em porto, de cidade em cidade.

Alguns desembarcavam em lugares distantes que os acolhiam, outros seguiam intermináveis viagens perfazendo aquilo que, nas palavras de Foucault, fazia destas pessoas “prisoneiras eternas de sua partida” (FOUCAULT, 1978).

Figura 1 - A Nau dos loucos¹¹

Fonte: Wikipedia

O quadro possui algumas peculiaridades que apontam os contornos da loucura no período renascentista em dissonância como a interpretação que a modernidade iluminista daria ao mesmo fenômeno. No primeiro plano estão um sacerdote e uma religiosa entregues aos prazeres da música, da comida e da bebida. Os loucos estão embriagados e dispostos ao redor dos religiosos que pareciam navegar todos por uma espécie de paraíso renovado. A bandeirola tremulante num galho que se confunde com o mastro do navio carrega os dizeres “O triunfo diabólico do Anticristo”.

Há uma distância a partir de uma figuração mais religiosa de períodos históricos anteriores. Sagrado e profano se misturam para celebrar nos seus símbolos mais equidistantes a religião e a loucura. Se no período do Renascimento europeu é possível perceber que a loucura é retratada de um ponto de vista misterioso, ou talvez no campo do exótico até mesmo nutria uma certa aura de respeitabilidade, a partir do século XVII, com ascensão do racionalismo e a progressiva especialização das ciências, a loucura ganhará um

¹¹ BOSCH, Hieronymus. A nau dos loucos. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Nau_dos_Loucos#/media/Ficheiro:Jheronimus_Bosch_011.jpg. Acesso em: 19 ago. 2019.

novo status: será reportada como fato médico e aos poucos vai desaparecer dos espaços públicos. Vai ser transformada em doença que pode ser diagnosticada apenas por um especialista. A loucura como especialidade médica resultou de um processo gestado ao longo dos séculos XVII e XVIII e que veio à luz durante a Revolução Francesa.

3.1 - A Revolução Francesa e a consagração da psiquiatria como ciência positiva

A revolução francesa foi um evento de proporções gigantescas na história mundial e, ao lado da revolução inglesa, iniciada na segunda metade do século XVII, pavimentou o caminho para consolidação do modo de produção capitalista na sua fase industrial. São chamadas revoluções burguesas, capitaneadas por um estrato social poderoso chamado burguesia que até aquele momento detinha muito poder econômico na França (e algumas outras regiões da Europa) e desejava obter o poder político que estava concentrado nas mãos das monarquias e dos estratos da nobreza e também dos cleros religiosos.

Entretanto, a revolução francesa não deu vazão apenas a transformações político-econômicas, mas abriu um leque enorme de mudanças sociais nas ciências e nos costumes que ganharam ressonância em países e continentes muito distantes da Europa; desde a América - fomentando independências - até os confins do Oriente (HOBSBAWM, 1991).

Nas palavras do historiador Carlos Guilherme Mota:

A Revolução Francesa constitui um dos capítulos decisivos da longa e descontínua passagem histórica do feudalismo ao capitalismo. Com a Revolução do século XVII e a Revolução Industrial do Século XVIII na Inglaterra e ainda com a Revolução Americana de 1776, a “Grande Révolution” lança os fundamentos da História Contemporânea. Diversamente de todas as outras, entretanto, assistiu-se na França à primeira experiência democrática da História. (MOTA, 1989, p.13)

A revolução francesa trouxe consigo uma renovação das ideias racionalistas do século XVII, sob o prisma dos ideólogos da filosofia iluminista. Segundo Kant, filósofo do século XVIII, o iluminismo pode ser caracterizado como:

O Iluminismo representa a saída dos seres humanos de uma tutela que estes mesmos se impuseram a si. Tutelados são aqueles que se encontram incapazes de fazer uso da própria razão independentemente da direção de outrem. É-se culpado da própria tutela quando esta resulta não de uma deficiência do entendimento, mas da falta de resolução e coragem para fazer uso do entendimento independentemente da direção de outrem. Tem coragem para uso da própria razão! – Esse é o lema do Iluminismo (...). (KANT, 1974, p. 100)

Essa inovadora perspectiva da ideia de razão, centrada no indivíduo, que deveria ser capaz de alcançá-la para atingir o conhecimento e a cidadania, implicou também em

uma nova perspectiva no entendimento da loucura. Dentro destas transformações ímpares, algumas tiveram muita importância dentro da medicina, em particular, na história da loucura e da psiquiatria.

Uma delas diz respeito à passagem do hospital como instituição quase carcerária, ou filantrópica, para uma instituição médica, de fato. O médico tornou-se a figura central dentro dos hospitais, substituindo os antigos administradores nomeados pelos poderes monárquicos. É assim que, como detentor de um novo saber-poder legitimado pela sociedade que florescia, o médico Philippe Pinel iniciou sua grande obra de transformação do Hospital Geral de Paris, em 1793.

Pinel havia sido um revolucionário ativo e como resultado de sua atuação política e de suas ideias inovadoras passou a dirigir o Hospital de Bicêtre (uma das unidades do grande Hospital Geral de Paris). Posteriormente Pinel seguiu para La Salpêtrière, um sanatório que anos mais tarde seria um grande laboratório para as ideias do jovem Sigmund Freud (CASTEL, 1978).

Pinel introduziu o conceito de alienação mental para referir-se à loucura, daí que o médico que tratava a loucura passou a chamar-se alienista. Alienação, no sentido comum, significa “de fora”, “alienígena”, mas pode significar também algo que é originário de alguém, mas que está sob a posse de outrem. Nesse sentido, Pinel referia-se à razão que estava fora do paciente, sob a posse do alienista.

O alienista era portador desta nova racionalidade que decidia entre os cidadãos livres e aqueles que necessitam ser internados ou mantidos nos hospitais para que pudessem recuperar suas faculdades mentais. De posse da razão que faltava ao paciente, o alienista podia fazer um juízo moral a respeito do comportamento alheio e diagnosticar as faltas e as condutas desviantes (MACHADO *et al.*, 1978).

Uma das primeiras medidas tomada por Pinel foi desacorrentar os loucos, iniciativa célebre, na esteira dos ideais da Revolução Francesa, que tinha como ideias gerais “liberdade, igualdade e fraternidade”. Pinel, na França, assim como Tuke, na Inglaterra, foram considerados revolucionários no campo da saúde mental por levar aos manicômios novas práticas distintas daquelas que se praticavam dentro dessas instituições. Ambos passaram para a história como fundadores da psiquiatria moderna, pois propuseram uma nova forma de intervenção para a população internada nos hospitais, dentre elas o chamado tratamento moral.

Segundo Silva:

[...]coerente com a visão da doença como distúrbios das funções mentais, evidenciada pelo comportamento, mais ou menos, desviante dos pacientes, ou ainda, como produto das paixões, Pinel preconizava o tratamento moral – que implicava uma situação especial, na qual o paciente, livre das influências agravantes do convívio social, seria encaminhado para uma recuperação da sua plena racionalidade. (SILVA, 2001, p. 84)

Porém o ato de desacorrentar os loucos não significou liberdade plena para os doentes, eles continuaram isolados do convívio social, mas agora, sob uma nova demanda social, orientada pela revolução, impregnada na sociedade e materializada no tratamento hospitalar: para recuperar a liberdade faz-se necessário recuperar a razão. A esse respeito, Pinel é claro quando afirmava que:

Em geral é tão agradável para um doente estar no seio de sua família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade terna e indulgente, que enuncio, penosamente, uma verdade triste, mas constatada pela experimentação repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos de terceiros e de isolá-los de seus parentes. As ideias confusas e tumultuosas exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular desta enfermidade, que só podem ser reunidas num estabelecimento que lhe sejam consagrados. (PINEL *apud* AMARANTE, 2007, p. 32).

Isolamento hospitalar e alienação mental tornaram-se as pedras edificantes de uma nova terapêutica de cunho moral. O hospital passou de um lugar que deveria ofertar aos loucos os meios para se alcançar a cura para uma instituição que submetia o alienado a “regras de polícia interior”. O hospital tornou-se, ele próprio, uma instituição terapêutica e a conseqüente proximidade com os loucos, junto à possibilidade de observá-los com maior rigor, permitiram a Pinel “elaborar uma primeira nosografia, isto é, uma primeira classificação das enfermidades mentais, que consolidou o conceito de alienação mental e a profissão do alienista” (AMARANTE, 2007, p. 29).

O “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania de 1801”, elaborado por Pinel, é considerado o primeiro manual da especialidade médica que ganhou o nome de psiquiatria alguns anos depois. A partir desses momentos determinadas pessoas foram consideradas pacientes, pessoas sem razão, e a loucura ganhou o status de doença.

As instituições asilares de base pineliana espalharam-se por toda a Europa, graças às conquistas territoriais francesas e a exportação da revolução e de suas ideias para os países ocupados. Este novo tipo de instituição que preconizava um tipo de tratamento

moral aliado ao isolamento social perpassou todo o século XIX e grande parte do século XX¹².

Apesar do sucesso do modelo asilar, desde seu surgimento o hospital psiquiátrico foi objeto de críticas. Os contemporâneos de Pinel observaram que em nome da razão ergueu-se um paradoxo com a liberdade, um dos pilares da revolução francesa. Estranha instituição essa que aprisionava aqueles que pretendia libertar. Prisão do corpo para a libertação da consciência. Amarante afirma que:

Os primeiros asilos ficaram rapidamente superlotados de internos. A enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados, fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico, e em última instância, da própria psiquiatria, logo chegasse aos mais baixos níveis. (AMARANTE, 2007, p. 38)

Diante dessa constatação, já no século XIX, iniciaram-se algumas iniciativas em busca de mudanças nas instituições psiquiátricas asilares. As chamadas colônias de alienados foram as primeiras alternativas ao tratamento psiquiátrico utilizadas no século XIX.

A ideia das colônias de alienados veio à público no livro de Jean-Etienne Esquirol chamado “Doenças Mentais” de 1838. Esquirol foi discípulo de Pinel e sua obra influenciou médicos e psiquiatras pelo mundo com grande inserção na psiquiatria brasileira. Neste trabalho, o autor resgatou a história da vila de Geel, ou “ville de fous” (vila dos loucos) localizada na Bélgica, onde havia uma colônia de alienados desde tempos imemoráveis (FOUCAULT, 1978).

Esquirol foi atraído ao local porque, enquanto na França havia casas de internamento, hospícios e asilos. Na Bélgica, essas instituições estavam desativadas e os loucos

¹² Cabe ressaltar que o asilo de inspiração pineliana sobrevive no tempo; no Brasil existiam 32.284 leitos em hospitais psiquiátricos em 2012, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012), a despeito da lei 10.216 promulgada em 06 de maio de 2001 sob o governo do, então, presidente Fernando Henrique Cardoso e fruto da luta oriunda na década de 1970 que resultou na RPB brasileira, protagonizada por pacientes, familiares e trabalhadores do campo da saúde mental. A lei 10.216/2001 em seu Art. 4º parágrafo 2º preconizava que “o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora (sic) de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.”, vedando, no parágrafo seguinte, “a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º”. O artigo 2º, por sua vez previa uma série de direitos para a pessoa com transtorno mental, dentre eles, consta no inciso IX a previsão da pessoa com transtorno mental ‘ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental’. O resultado prático da lei 10.216/2001 foi o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos concomitante com a abertura de serviços de tratamento comunitário; as Residências Terapêuticas, objetos deste trabalho, constituíram-se no processo de desospitalização e desinstitucionalização após 2001.

eram levados para Geel¹³. Chegando em Geel, eles eram acolhidos por famílias, já que na vila não existia hospício, apenas um pequeno hospital geral. Esquirol relatou que os alienados viviam livremente pelas ruas sem que as pessoas os notassem com diferença. Havia alguns furiosos que, em último caso, “[...]lhes metem ferros nos pés e mãos, como um que vimos errando na estrada, com as pernas, do joelho para baixo, muito machucadas” (ESQUIROL apud PACHECO E SILVA, 1957, p. 30).

No campo clínico, iniciou-se um questionamento quanto à validade do tratamento em longos prazos nos manicômios. Constatou-se que a permanência dos internos nos hospitais psiquiátricos não trazia melhoras significativas, pelo contrário, observou-se o desenvolvimento de um quadro de apatia e falta de iniciativa por parte dos doentes. Segundo Goffman (2001), as práticas cotidianas da instituição, chamada por ele de instituição total, resultavam em uma desidentificação do paciente consigo, perda da sua identidade. Processo que ele nomeou como mortificação do eu.

O processo de mortificação do eu faz com que decisões simples, por exemplo, como, quando e com quem falar; o que vestir e comer, atitudes que comumente são tomadas fora do espaço institucional sem que seja preciso pensar muito sobre as possíveis consequências destas escolhas, sejam espoliadas dos internos.

As atitudes mais comuns podem se tornar problemáticas. Isto por seu turno abala o:

Eu civil do internado através do processo de despojamento institucional, pelo qual é transmitido ao interno um conjunto de regras e normas (que se não cumpridas geram sanções e castigos) que reorganizam a sua vida e conduta pessoal. Com tudo isto, a vida civil parece não ser possível para aqueles que estão internados em instituições totais. (Goffman, 2001, p. 27).

O interno passa por um processo de desculturação, que se consolida na instrumentalização das práticas mais banais da vida cotidiana:

Uma das formas mais eficientes para perturbar a economia da ação de uma pessoa é a obrigação de pedir permissão ou instrumentos para atividades secundárias que a pessoa pode executar sozinha no mundo externo, por exemplo: fumar, barbear-se, ir ao banheiro, telefonar, gastar dinheiro, colocar cartas no correio. (Goffman, 2001, p. 44).

Goffman (2001) relaciona as principais rotinas básicas que levam à mortificação do eu em regimes asilares da seguinte maneira, resumidamente:

¹³ ‘Um dos melhores exemplos em assumir o cuidado dos doentes mentais, por parte da comunidade, é dado pela cidade belga de Geel, onde se perpetua o que é, sem dúvida, o mais antigo programa comunitário de saúde mental no ocidente’. World Health Organization (WHO), Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental, Lisboa, 2002.

- O confisco de bens pessoais, ou seja, a separação entre a pessoa e as suas coisas;
- Exposição contaminadora em que o sujeito é obrigado a conviver com coisas com as quais não se identifica e mantém certo distanciamento (sujeira, alimentos estragados etc.);
- Perturbação entre o ator individual e o seu ato. Em muitos casos as atitudes dos sujeitos são usadas contra eles próprios, seja para ridicularizá-los ou castigá-los;

Além do processo de desculturação, eram recorrentes denúncias de maus-tratos dispensados aos pacientes dos manicômios¹⁴, o que elevaria o tom das críticas a uma instituição que foi mostrando-se pouco eficiente na função terapêutica e demasiadamente desumanizada.

Franco Basaglia, expoente da reforma psiquiátrica italiana, acrescentava a esse respeito que:

O internamento enlouquece, mas que, posto num espaço de coação, onde mortificações, humilhações e arbitrariedade constituem a regra, o homem...objetiva-se gradativamente nas leis do internamento, identificando-se como elas. (Basaglia, 2005, p. 53).

Tanto no século XIX quanto no XX, a situação dos hospitais psiquiátricos misturava asilamento, alijamento do convívio social, denúncias de maus tratos, mortes, abandono familiar, agravamento das enfermidades mentais. As colônias de alienados, inspiradas no trabalho de Esquirol, tornaram-se a primeira tentativa de oferecer outros cuidados para as pessoas com transtornos mentais, ainda no século XIX; no entanto uma crítica mais contundente ao modelo asilar precisou esperar o pós-guerra para ganhar contornos mais densos e sensibilizar os governos e a opinião pública sobre a forma como a loucura era tratada.

A experiência nazista e seus campos de concentração com o extermínio em massa de vários segmentos sociais e que havia começado pelos doentes e deficientes mentais

¹⁴Embora os relatos de maus tratos e as longas intenções em hospitais psiquiátricos tenham reduzido em número, esta realidade está longe de ser superada. Segundo Daniela Arbex: “Em 2004, uma inspeção nacional realizada nos hospitais psiquiátricos brasileiros pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil encontrou condições subumanas em vinte e oito unidades. Considerada uma das maiores vitórias feitas no país, o trabalho alcançou dezesseis estados e revelou que, de norte a sul do país, ainda prevalecem métodos que reproduzem a exclusão, apesar dos avanços conquistados com a aprovação de leis em favor da humanização das instituições de atenção à saúde mental e da consolidação de instrumentos legais comprometidos com os direitos civis dos pacientes psiquiátricos. Nessas unidades foram encontradas celas fortes, instrumentos de contenção e muitos, muitos cadeados, além de registros de mortes por suicídio, afogamento, agressão ou a constatação de que, para muitos óbitos, simplesmente, não houve interesse em definir as causas. O alerta para o risco de reprodução “bruta e silenciosa do modelo manicomial” foi então dado pelos presidentes dos dois conselhos, à época, Marcos Vinícius de Oliveira Silva e José Edísio Simões Couto.” (Arbex, 2013, p.229)

tocou mais profundamente a opinião pública mundial para a questão da loucura. Acrescenta-se aos horrores dos campos nazistas de extermínio a maré de movimentos sociais de toda ordem que ganhou corpo nos anos de 1960 e aprofundou a questão do respeito aos direitos civis e humanos (MACHADO *et al.*, 1978). Um dos resultados significativos foi o ressurgimento da polêmica em torno dos velhos manicômios e das novas demandas sociais por outro tipo de cuidado que atingiram níveis elevados de tensão especialmente na Europa Ocidental e nos Estados Unidos.

Ressalta-se que o Brasil foi protagonista de muitos casos de violência e maus tratos com pessoas internadas em instituições manicomiais. Apenas o Hospital Colônia situado na cidade de Barbacena, Minas Gerais, foi responsável por cerca de 60 mil mortes de pacientes entre as décadas de 1930 e 1980 (ARBEX, 2013).

Casos de omissão, maus tratos e violência, como o do Colônia em Barbacena, que chegaram a números expressivamente altos, não eram raros nos manicômios do país, que reproduziam o funcionamento dos hospitais de base pineliana disseminados por inúmeros países do mundo.

3.2 - Evolução das reformas no cuidado à saúde mental no Brasil

A partir dos anos de 1960, entraram em cena as reformas psiquiátricas pelo mundo. Esse novo impulso fez com que o Brasil produzisse seu próprio movimento de reforma psiquiátrica, com profundidade, na segunda metade dos anos de 1970, dentro do seu repertório de possibilidades num período marcado pelo autoritarismo do regime militar.

Desse movimento frutificaram experiências, políticas públicas e equipamentos de saúde que existem até o momento e outros que foram substituídos pela dinâmica própria da RPB e seus embates ao longo do tempo. São diversos os equipamentos, públicos e privados, em funcionamento e participantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹⁵, mantidos pelo poder público e subordinados ao SUS. Dentre eles encontramos os SRT's, objetos desta investigação.

¹⁵ Portaria Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 14.02.2020

Diferentes modelos de reformas psiquiátricas foram desenhadas no território nacional a partir de experiências oriundas outros países, sobretudo da Europa e dos Estados Unidos. A Comunidade Terapêutica Inglesa e Psiquiatria Comunitária Estadunidense foram experiências que inspiraram mudanças no Brasil por suas propostas, mas também por estarem ligadas a instituições internacionais de grande porte e poder econômico (CAMPOS, 1992). A psiquiatria de setor francesa, as experiências da clínica de La Borde também foram notáveis para as formulações brasileiras. Entretanto a experiência italiana foi a mais significativa para o processo no nosso país.

A experiência italiana recebeu o nome de Psiquiatria Democrática e foi iniciada numa pequena cidade no norte da Itália chamada Gorizia. Seu principal protagonista foi o psiquiatra Franco Basaglia. Após ter abandonado sua carreira acadêmica na Universidade de Medicina de Padova, onde lecionou por 12 anos, Basaglia assumiu a direção de um hospital local, colocando em prática e repensando as propostas da Comunidade Terapêutica, da Psiquiatria Institucional e da Antipsiquiatria.

O processo social de desinstitucionalização, na Itália, enfrentando resistências, foi um processo social complexo com a mobilização de diversos atores, transformação das relações de poder e a produção de estruturas de saúde mental que foram, progressivamente, substituindo inteiramente a internação no hospital psiquiátrico. A plataforma italiana enfatizava a invenção da saúde na vida social, fortalecendo o cuidado comunitário, procurando potencializar as habilidades dos pacientes como forma de inseri-los na comunidade, ao invés de tomá-los apenas como pessoas com um transtorno em que prevalecia o diagnóstico médico na tomada decisões sobre suas vidas cotidianas. (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001)

Nestes percursos Basaglia deparou-se com importantes resistências, decorrentes de determinados seguimentos, dos quais destacam-se: a) o universitário, dominado pela postura psiquiátrica clínico-positivista; b) o empresarial da loucura, que compartilhava os mesmos paradigmas, somados aos interesses mercantilistas; c) os psicanalistas, que o acusavam de não dar conta da questão dinâmica presente na questão sociológica e de falta de rigor metodológico. (BARROS, 1994, p.18)

Em um percurso complexo de desmontagem, ao redimensionar o problema, Basaglia (2005) propôs a desconstrução da instituição psiquiátrica em suas múltiplas dimensões. Foi pioneiro ao pensar a questão da loucura como uma dimensão da existência hu-

mana na relação com a sociedade e que não pode ser reduzido a uma categoria diagnóstica. No paradigma da desinstitucionalização¹⁶, a doença mental é colocada entre parênteses para que o sujeito seja reconhecido em todas as suas dimensões.

Compreende-se que o valor do homem não deve ser relativizado a partir de sua condição de saúde ou doença. Ainda em 1968, a equipe de Gorizia solicitou a administração local o fechamento do hospital alegando que, do ponto de vista médico, as internações não se justificavam e que as pessoas permaneciam ali por não disporem de condições econômicas e sociais, cessando as possibilidades terapêuticas. Diante da negativa do poder local a equipe demitiu-se em bloco após fazer uma declaração de cura de todos os pacientes. Nesse ínterim, Basaglia foi para os Estados Unidos, retornando em 1970 para assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, e, finalmente, colocar em prática seu projeto de desinstitucionalização (BARROS, 1994).

Em Trieste, Basaglia encontrou 1.200 internos que trabalhavam sem remuneração dentro do Hospital de San Giovanni. Substituiu essa estrutura por sete centros de saúde mental, uma unidade de emergência no hospital geral, dezenas de casas espalhadas pela cidade e cooperativas sociais (DESVIAT, 2015). Sobre essa escolha, Kinoshita (2011, p. 4) afirma que “a opção basagliana foi precisa: manter abertas as contradições, dialetizando na prática concreta as relações no interior das instituições, recusando todas as formas de ideologização: política, científica, social”.

A experiência de Trieste mobilizou a sociedade civil italiana em torno da questão dos manicômios. Ao lado de mudanças significativas aprovadas pelo parlamento italiano no final dos anos de 1970, como as leis que regulamentaram o divórcio e o aborto, somou-se a Lei 180¹⁷ de 13 de maio de 1978 que extinguiu definitivamente o regime asilar manicomial em solo italiano no contexto de uma reforma sanitária mais ampla.

A Lei 180 transformou definitivamente o cenário da saúde mental em todo o país. Abaixo destacamos alguns pontos que julgamos relevantes e inspiradores da RPB:

¹⁶ “A desinstitucionalização propõe uma diferente perspectiva ética, teórica e política para compreender a questão da loucura e as relações produzidas no contexto social. Nessa visada, a construção dos serviços de atenção psicossocial efetivamente substitutivos e territoriais não pode ser compreendida como simples modernização do circuito assistencial e implica uma profunda transformação das relações entre as pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e dos processos de ausência de valor social e de exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico” (NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.15, n.2. p. 71-81, maio/ago., 2004)

¹⁷ A íntegra da Lei 180 de 13 de maio de 1978 que dispõe sobre o “controle e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios” pode ser lida em português no portal da Associação Brasileira de Saúde Mental, Disponível em: https://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3714. Acesso em 07.10.2019

- Nenhum novo paciente podia ser admitido em hospitais psiquiátricos públicos (durante cerca de 1 a 2 anos antigos pacientes poderiam ser readmitidos);
- Novos hospitais psiquiátricos não podiam ser construídos;
- Os técnicos que trabalhavam nos hospitais foram realocados para os serviços comunitários;
- O tratamento deveria ocorrer fora dos hospitais (em centro de saúde mental comunitários, regionalizados);
- A hospitalização (voluntária ou compulsória) deveria ser uma intervenção excepcional, caso o tratamento comunitário não fosse possível naquele momento. Tal intervenção deveria ser realizada apenas em pequenas unidades em hospitais gerais, de até 15 leitos por hospital;
- A internação compulsória (judicial) deveria ser ratificada por certificados de avaliação de dois médicos, sendo revista obrigatoriamente pelo judiciário de dois a sete dias após a internação. O paciente ou qualquer parte interessada poderia apelar da decisão judicial.

A RPB baseou-se amplamente na experiência italiana, mas teve seus ritos próprios condicionados pelas características sociais mais gerais e das instituições em particular, acrescentadas pelas forças contra reformistas que se apoiavam nas ideias ultraconservadoras lideradas pela ditadura civil-militar vigente no país desde 1964.

Na janela de mudanças aberta pela política oficial da ditadura sob a presidência do general Ernesto Geisel, que propugnava lentas mudanças e a reintrodução “gradual e segura” da democracia liberal-burguesa no Brasil, a partir de meados dos anos 70, o conjunto dos profissionais envolvidos no cuidado à saúde mental aumentou a pressão sobre o Estado, propondo demandas tais como a universalidade de acesso e maior responsabilização do Estado pela saúde da população que culminaria, no plano específico da saúde mental, com propostas inovadoras relativas às alternativas para institucionalização dos pacientes em meio aos debates sobre outros modelos que ocorriam já desde a década anterior.

A influência dos movimentos de crítica à psiquiatria tradicional e ao modelo hospitalocêntrico impactou a opinião pública no Brasil. Nos anos de 1970, ocorreram encontros e conferências que propunham alternativas para a transformação da saúde mental no

Brasil, destaco aqui alguns marcos históricos desses passos que deram consistência ao conjunto das lutas antimanicomiais subsequentes¹⁸:

- Ata de Porto Alegre (1967): discussão criação e ampliação da rede extra-hospitalar, integração da saúde mental à saúde pública;
- I Conferência de Saúde Mental das Américas (Texas, 1968): ratificou-se as propostas da Ata de Porto Alegre, primeiras propostas sobre tratamento comunitário, comparecimento dos principais professores das escolas médicas brasileiras;
- Encontro de Viña del Mar (Chile, 1969): enfatiza a implementação de um sistema de Psiquiatria Comunitária no Brasil, presença do ministro da saúde do Brasil, na época, o sr. Leonel Tavares Miranda de Albuquerque;
- I Congresso Brasileiro de Psiquiatria (São Paulo, 1970): reafirma-se a importância da criação de serviços extra-hospitalares, a reformulação da assistência previdenciária por parte do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), na tentativa de corrigir distorções na assistência psiquiátrica brasileira;
- Reformulação da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e implementação de práticas pioneiras na assistência à saúde mental (1973);
- I Jornada Paulista da Psiquiatria Preventiva, Ribeirão Preto, 1975: presença do diretor da DINSAM, apresentação do documento “Um programa de psiquiatria preventiva para o Brasil” (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Essa série de embates ampliou as discussões sobre modelos alternativos de cuidado e traduziu-se em resultados práticos para os setores da sociedade que contestavam as práticas manicomiais.

A formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no final da década de 1970, demonstrou o grau de maturidade e de urgência que chegaram as discussões anteriores e foi capaz de traduzir e inovar as necessidades para o plano prático-cotidiano. O MTSM agregou, além dos trabalhadores implicados diretamente no campo da saúde mental, pacientes, ex-pacientes e familiares, que não tomaram assento nos embates estabelecidos nos anos anteriores, particularmente nos encontros e conferências ca-

¹⁸ Os eventos históricos tratados nessa pesquisa foram escolhidos com base na revisão bibliográfica, salientamos a importância muitos outros marcos e acontecimentos históricos, além da atuação de muitas pessoas que ajudaram a construir a RPB e a luta antimanicomial e que não puderam ser abordados no escopo desse trabalho.

pitaneadas principalmente por profissionais médicos, autoridades públicas e pesquisadores, além de aprofundar a etapa psiquiátrica da reforma sanitária¹⁹, envolvendo outras classes de trabalhadores na luta e passando a assumir significantes próprios para definir um conjunto de ações para a transformação do modelo hospitalocêntrico (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Vários fatores, tais como, a precarização das condições de trabalho, as frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas nas grandes instituições psiquiátricas brasileiras provocaram a união dos trabalhadores da saúde mental para a luta pelas mudanças consideradas necessárias para o sistema de assistência.

Mobilizados para luta dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, denunciaram à sociedade civil as situações de maus-tratos e negligência que ocorriam nos hospitais psiquiátricos, assim como as péssimas condições de trabalho e a privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social. (MASSA, 2018, p.19)

Contra as mudanças, o MTST encontrou as mesmas resistências que os pioneiros do debate sobre novos modelos de assistência já haviam encontrado, resistências por parte de grupos ligados ao tradicional sistema de atenção à saúde mental (Federação Brasileira de Hospitais), especialmente àqueles consolidados após o golpe de 64.

O movimento denunciava a formação da chamada “indústria da loucura” por parte dos hospitais subsidiados pelo Estado, que repassava recursos para internações contabilizando o número de leitos ocupados em um sistema que só fazia crescer²⁰: a cada ano entravam novos pacientes que permaneciam internados por décadas, caracterizando o aumento indiscriminado e exponencial de internações psiquiátricas em instituições privadas superlotadas, gerando exclusão e sofrimento.

A quantidade e o tempo que esses pacientes passavam dentro dessas instituições tornava o tratamento dispendioso para o Estado, levando em consideração que a quantidade de altas hospitalares era irrisória. Esse processo recua a 1964²¹, segundo Luiz da

¹⁹ A RPB foi um desdobramento da Reforma Sanitária no Brasil. Vide MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual.** jan-mar 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?lang=pt#>. Acesso em: 25 abr. 2019.

²⁰ Em 1961 existiam 140 hospitais psiquiátricos no Brasil, dos quais 54 pertenciam à esfera pública e 86 à esfera privada. Dez anos depois, quando se deu a mais ampla privatização de serviços de saúde da história do país, 340 hospitais distribuíam-se pelo território nacional, sendo 277 privados e 63 públicos. Em 1981, a rede hospitalar privada havia crescido ainda mais, alcançando 425 hospitais. Nenhum hospital público foi aberto entre 1971 e 1981 (MESSAS, 2008, p. 93).

²¹ O direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar pode ser percebido no fato de que entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais públicos permaneceu inalterada, enquanto a clientela das instituições privadas remuneradas pelo setor público saltou de 14 mil para 30 mil, chegando a uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (TENÓRIO, 2002, p. 34).

Rocha Cerqueira²² (médico psiquiatra, semeador de práticas inovadoras na psiquiatria brasileira) foi nesse período:

[...] onde o governo brasileiro expandiu o número de hospitais psiquiátricos privados e o número de leitos destes, através de políticas em que o Estado facilitava a implantação e o credenciamento desses hospitais na rede pública, ocasionando um aumento do número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos privados e, conseqüentemente, um aumento da lucratividade deste setor. (CERQUEIRA, 1984, p. 33)

É possível concluir que no desenrolar dos anos de 1970 houve profícuas discussões sobre o modelo assistencial em vigor para o tratamento em saúde mental. De toda forma também fica evidente, olhando para os marcos elencados anteriormente, que resumem alguns acontecimentos das décadas de 60-70, que as discussões circulavam em lugares restritos, para um público seletivo, composto médicos, acadêmicos e autoridades públicas, em sua maioria.

Os trabalhadores, usuários e familiares compunham vozes inaudíveis e ainda subterrâneas nessa etapa, mas no momento seguinte iriam compor o coro das reivindicações por mudanças e tomar de vez o palco das transformações que se processaram nas décadas seguintes.

As reivindicações por mudanças no modelo de assistência à saúde mental entraram em ressonância com outros movimentos que pipocavam pelo país afora na efervescência provocada pela flexibilização do regime, a partir da segunda metade dos anos de 1970.

As greves dos metalúrgicos da região do ABC²³, em São Paulo, e a materialização da Lei de Anistia de 1979 foram eventos que exemplificam a ascensão de uma nova onda de lutas de vários setores populares, que multiplicaram pautas de reivindicações e reorganizaram grupos de oposição à ditadura em partidos e movimentos sociais para além da oposição consentida pelos militares que se agrupava no Movimento Democrático Brasileiro (MDB).

Nesse ínterim, o ano de 1978 é considerado chave para ascensão das lutas por um novo modelo na saúde mental porque consolidou o MTSM como o principal movimento

²² “Atribuía aos empresários da saúde uma ganância que os levava a propor a privatização do atendimento público e a impedir a criação de recursos ambulatoriais, centrais de atendimento e pronto-socorro psiquiátrico que diminuiriam a demanda por leitos hospitalares.” PICCININI, Walmor João. **História da Psiquiatria**: Luis da Rocha Cerqueira (1911-1984). 2017. Psychiatry on line Brasil. Disponível em: <http://www.polbr.meVitorbr/ano04/wal0604.php>. Acesso em: 17 nov. 2020.

²³ Região Sudeste da grande São Paulo. A sigla vem das três cidades que, originalmente, formaram a região – Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul – hoje estende-se para Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.

pelas reformas (AMARANTE, 1995) e em decorrência de dois acontecimentos específicos que ajudaram a pôr em relevo a questão da saúde mental no Brasil: I Congresso de Psicanálise e Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro, que reuniu figuras exponenciais do campo da saúde mental e a crise na Direção Nacional de Saúde Mental (DINSAM)²⁴.

O MTSM ganhou corpo com a crise na DINSAM ao mesmo tempo em que novos trabalhadores foram incorporados às instituições de cuidado em saúde mental, renovando horizontes e aportando novas ideias aos debates do período anterior. Não obstante aos novos ares, a política pública, até meados dos anos de 1980, foi orientada pelo Ministério da Saúde, que mantinha o modelo hospitalocêntrico e medicamentoso, financiado pelo Estado (DEVERA; COSTA-ROSA, 2006).

A sociedade brasileira vai ser questionada mais fortemente sobre a existência dos manicômios e seu modelo de assistência na década de 1980, como resultado das pressões exercidas pelos diversos atores na luta por um novo modelo de assistência e pela publicização da situação em que se encontravam os locais destinados às pessoas com transtornos mentais, forçando algum tipo de resposta da sociedade e do poder público; somou-se aos fatos ocorridos na década anterior a volta das eleições diretas para os governos estaduais e naqueles estados onde houve vitória dos candidatos de orientação democratizante e desalinados do regime militar foram palcos de experiências paradigmáticas para a sequência das lutas antimanicomiais (AMARANTE; NUNES, 2018).

Duas experiências desse período, no estado de São Paulo, foram emblemáticas por seu pioneirismo ao apontar novos caminhos e ajudar a traçar os contornos da futura rede de atenção para as pessoas com transtornos mentais graves. A primeira delas foi a criação do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, mais conhecido como CAPS Itapeva. Essa iniciativa foi o coroamento de uma nova política estadual para saúde mental, originada no governo Franco Montoro (1983-86), que tinha como objetivo a diminuir o número de internações e para tanto apontou a necessidade da criação de equipamentos intermediários

²⁴ O episódio diz respeito à mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, onde as condições eram absolutamente precárias. A partir de uma carta encaminhada ao Ministro da Saúde com denúncias e reivindicações, foram demitidos 260 profissionais, desencadeando um processo de novas denúncias, manifestações e matérias na imprensa durante vários meses. É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de RPB. Isto irá influenciar de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social). AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, junho 2018. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232018000602067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de dezembro de 2020.

entre os hospitais e ambulatórios, onde fosse possível oferecer maior capacidade de acolhimento e respostas terapêuticas.

Durante a reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (1986), que extinguiu as Coordenadorias e Divisões, e após muita negociação junto ao então secretário de saúde, decidiu-se pela utilização do imóvel que abrigava a própria Divisão de Ambulatórios como local para o desenvolvimento da nova proposta assistencial. Vale ressaltar que se trata de um casarão da década de 1920, próximo à avenida Paulista, que só por isso já rompia com o conceito de asilamento, imprimindo a idéia ou a lógica de uma residência para essa nova unidade de tratamento... Assim, em 12 de março de 1987, fundou-se a primeira unidade da rede pública, em São Paulo e no Brasil, para oferecer tratamento intensivo e de qualidade, extra-hospitalar, para pessoas com sofrimento psíquico grave e para seus familiares.” (BARIÇÃO, 2001. p. 144-145.)

Outra experiência de desinstitucionalização importante ocorreu na cidade de Santos no ano de 1989 através de uma intervenção do poder público municipal na Casa de Saúde Anchieta. Segundo Kinoshita (2011), o que marcou o ineditismo deste processo foi justamente o fato de ele ter sido conduzido pelo poder público municipal, já que, até então, as políticas de saúde eram conduzidas pelos governos estadual e federal. Se bem que outras intervenções já tivessem ocorrido em instituições manicomiais, foram sempre conduzidas pelo poder público sobre entes públicos; no caso de Santos, alia-se ao movimento conduzido pela prefeitura o fato de que o poder público agia sobre a iniciativa privada e tomava para si a garantia dos direitos dos pacientes:

Em termos jurídicos, a Intervenção pôs em jogo a Constituição promulgada poucos meses antes, em outubro de 1988 (Dos direitos e garantias fundamentais dos indivíduos, Art. 5º da CF) contrapondo os direitos dos indivíduos em relação ao poder da propriedade privada. A interpretação conservadora via apenas a possibilidade do descredenciamento do hospital, portanto gerando a desassistência, mas não a garantia dos direitos dos pacientes, que incluía o direito aos cuidados de saúde, sem tratamento desumano ou degradante. O executivo municipal arrogou a si a responsabilidade constitucional de garantir tanto o tratamento quanto os direitos individuais, e levou adiante a tese vitoriosa de que apenas através da Intervenção seria possível alcançar tal objetivo. (Tykanori, 2009, p. 1)

A experiência não pretendeu apontar responsabilidades e (re)adequar o hospital às normas vigentes, idealizando um distópico manicômio ideal, mas indo além, o que se verificou foi um processo de transformação radical que colocou em juízo a essência do funcionamento do manicômio ela própria produtora de violências, tentando mostrar que a questão-problema não se resumia aos modelos de gestão ou aos desvios de conduta circunstanciais.

A sequência dos eventos na Casa de Saúde Anchieta – fim das chamadas celas fortes, mecanismos de isolamento forçado dos pacientes; instauração de assembleias para discussão e deliberação sobre o funcionamento das instituições, entre outros – resultou

em novas formas de cuidado e em paralelo ao desmonte do manicômio o município viu florescerem os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS).

O hospital foi reordenado em 5 enfermarias que seguiam uma divisão dos 5 territórios da cidade, de modo que todos os pacientes e familiares de uma região seriam sempre atendidos e referenciados a uma mesma equipe. Depois estas equipes e seus pacientes e familiares foram sendo deslocados para a implantação dos Naps enquanto as suas enfermarias iam sendo desativadas concomitantemente. Os Naps desde a sua implantação foram pensados para funcionar com leitos de internação, 24 h., 7 dias da semana. A idéia era destruir o hospício, desmontando a necessidade da sua existência. Mas na medida em que a confiança e cumplicidade entre pacientes, equipe e familiares se tornava mais forte, novas estratégias de cuidado foram sendo instituídas. (KINOSHITA, 2011, p.7)

A bagagem adquirida ao longo dessas duas décadas de lutas, debates e experiências práticas fez com que a luta antimanicomial entrasse de vez na agenda dos poderes institucionalizados, tendo como pano de fundo as transformações mais gerias pelas quais o país passou na década de 1980. A redemocratização e promulgação de uma nova constituição vão abastecer os ânimos da sociedade brasileira desejosa de mudanças e ajudar na ascensão de inúmeros movimentos sociais urbanos e rurais.

Em 1989, o então deputado federal Paulo Delgado, eleito pelo Partido dos Trabalhadores (PT), propôs um projeto de lei que regulamentava os direitos das pessoas com transtorno mental e indicava a proibição, em todo o país, de novos hospitais psiquiátricos, dando início a luta no campo legislativo federal. Tal projeto tramitou por mais de dez anos no Congresso Nacional, sendo aprovado com uma série de mudanças somente em 2001, transformando-se na Lei 10.216 (MATEUS, 2013).

Além do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, em 1990 o Brasil foi signatário da Declaração de Caracas²⁵, que junto às Conferências Nacionais em Saúde Mental, em 1992, inspirados no projeto de lei Paulo Delgado, aprovaram-se em vários estados brasileiros as primeiras leis propondo alternativas como a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede substitutiva e integrada de atenção à saúde mental. Nessa década também, surgiram as primeiras normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. São essas iniciativas que dispararam uma nova fase da Reforma: o processo de desinstitucionalização:

Em função do compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passaram a entrar

²⁵ O principal documento norteador das políticas adotadas pelo governo brasileiro nesta área foi a declaração de Caracas, aprovada em 1990. Este documento estabeleceu a diretriz da saúde mental, centrando-a na comunidade e dentro de sua rede social. Os recursos, cuidados e tratamentos devem salvaguardar a dignidade pessoal, direitos civis e humanos, propiciando a permanência do doente em seu meio comunitário. O principal efeito nocivo do sistema asilar era diagnosticado como o isolamento, a desintegração social e a exclusão do portador de transtorno mental (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2004, p. 119).

em vigor no país, a partir da década de 1990, as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dias. Também foram aprovadas as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. As macro-mudanças legislativas, jurídicas e administrativas foram, no período de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, consideradas necessárias e, até mesmo, as garantias de operacionalização de novas práticas terapêuticas. (FONTE, 2011, p.116)

O processo de desinstitucionalização atingiu seu clímax institucional com a sanção da Lei Federal 10.216²⁶, denominada “lei antimanicomial”, pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso; essencialmente, a Lei 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, visando à implantação de serviços substitutivos ao modelo centrado na internação hospitalar. Prioriza tratamentos em serviços de base comunitária, criando-se para isso linhas específicas de financiamento do Ministério da Saúde. Cria novos mecanismos de fiscalização e gestão em relação aos hospitais psiquiátricos, prevendo a redução programada dos leitos psiquiátricos existentes. E ainda, dispõe sobre a proteção de direitos das pessoas com transtorno.

Em dezembro de 2011, após dez anos da promulgação da Lei 10.216, novas portarias foram promulgadas²⁷, observando a necessidade de uma nova reorientação das propostas da política nacional de saúde mental. As novas portarias vieram no sentido de garantir a instituição da RAPS, incluindo a instituição de incentivos financeiros de investimento e de custeio para os serviços que compõem a rede²⁸.

Observamos que há uma ênfase maior às demandas decorrentes do uso/ abuso/ dependência de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2015). Dentre as portarias promulgadas a partir de 2011, uma em especial, estrutura o funcionamento dos serviços da RAPS, apresentando os diferentes componentes e os pontos de atenção da rede. Para esta pesquisa, o foco são os SRT's, pertencentes ao componente Estratégias de Desinstitucionalização²⁹.

²⁶ A íntegra da Lei Nº 10.216 que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 14.02.2020

²⁷ Portarias Nº 3089 e 3090 de 2011 e n. 121, 122, 123, 130, 131, 132 de 2012.

²⁸ Sobre o custeio dos SRT's a nota técnica nº 11 de 2019 introduziu uma mudança significativa a respeito dos recursos, que até então eram transferidos dos leitos fechados nos hospitais para a manutenção das residências, no momento da desinstitucionalização do paciente. A partir de 2019 os ‘recursos provenientes de AIH’s de casos de pacientes transferidos de Hospitais Psiquiátricos para SRTs, ou decorrentes do simples fechamento de unidades hospitalares especializadas devem ser destinados para a RAPS, no respectivo Estado (qualquer Serviço da Rede, incluindo Hospital Psiquiátrico). Na prática, os recursos que eram destinados a uma instituição hospitalar fechada podem ser direcionados para outra do mesmo tipo.

²⁹ A Matriz Diagnóstica da rede de atenção psicossocial encontra-se no ANEXO II

Os SRT's são um dos resultados da mudança de paradigma no tratamento das pessoas com transtornos mentais a partir dos desdobramentos do movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica, quando as internações em ambientes manicomiais foram progressivamente substituídas pelo tratamento comunitário a partir de 2001. Partindo dessa hipótese a pesquisa direciona-se para a investigação das relações que as SRT's estabelecem exteriormente com comunidade, e também os vínculos que estes equipamentos podem proporcionar entre os moradores.

O escopo deste trabalho orienta-se para a investigação sobre as margens de identificação e distanciamento cotidianos, níveis de integração e resistência encontrados pelos moradores do SRT's e para as possibilidades de apropriação do espaço, que parte da constituição de um sentido de pertencimento ao bairro e a vizinhança onde os equipamentos foram implantados.

É fundamental para esta pesquisa observar e compreender aspectos que iluminam as reflexões trazidas pelo pensamento lefevbriano e que elucidam o evoluir da vida cotidiana, qual sejam, as dimensões sociais negadas pelo processo de constituição da modernidade no plano espacial, no caso específico das pessoas com transtornos mentais graves, agrupados no epíteto "loucura", são dimensões negadas e estigmatizadas. Para tal empreitada faz-se necessário deslindar o sentido inverso desta relação, ou seja, o recebimento por parte da vizinhança constituída para com os novos indivíduos que passaram a compor a paisagem social.

Portanto, o conjunto das relações entre os moradores dos SRT's e o moradores do bairro é a base norteadora para compreender a forma e a essência com as quais estes indivíduos apropriam-se da vida cotidiana local. O levantamento da circulação dos moradores das SRT's pelo bairro, pelos equipamentos de saúde, lazer, comércio, religiosos etc., públicos e privados, agregam informações que nos permitem entender os fios que conformam essa trama de relações proporcionadas pelo estabelecimento dos SRT's na complexidade da metrópole paulistana.

4. CAPÍTULO 2 – ORIGENS E FUNCIONAMENTO DOS SRT'S

Os SRT's são equipamentos que compõem a RAPS (Organograma RAPS – Anexo II) e do conjunto de políticas públicas que orientam a estratégia de desinstitucionalização de pacientes com histórico de longas internações psiquiátricas e ao lado de programas assistenciais como o Programa de Volta para Casa (PVC)³⁰ ajudam a concretizar a superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

Encontram-se regulamentadas pela Portaria 106/2000 do MS, que o define como casas inseridas na comunidade com a função de receber os egressos com histórico de longas internações psiquiátricas. Desta forma o manual sobre SRT's produzido pelo MS informa que:

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. (BRASIL, 2004)

A RPB trouxe uma série de inovações, mas, como um processo profundo de reestruturação do sistema de atenção à saúde mental, colocou alguns impasses na vida das pessoas egressas de instituições manicomiais. Logo no seu início, as práticas de desinstitucionalização se depararam com o desafio de pensar o destino das pessoas que saíam dos hospitais psiquiátricos, mas que, no entanto, não poderiam contar com acolhimento familiar ou de qualquer outra natureza.

Havia um número considerável de ex-internos que, devido a longos períodos de asilamento, haviam perdido o contato com o núcleo familiar; outros mal lembravam de suas histórias de vida pregressa ao período de confinamento manicomial. Casos extremos, mas não menos raros, eram aqueles nos quais pacientes haviam sido destituídos completamente dos referenciais do mundo externo, incluindo aí seu nome de batismo.

Com a proposta de uma reestruturação dos hospitais psiquiátricos existentes, a Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe novos impasses para a vida dos pacientes que se encontravam internados, pois muitos desses hospitais fugiam totalmente a nova proposta terapêutica e tiveram que se adequar às novas regras,

³⁰ O Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no componente de Estratégias de Desinstitucionalização. Por meio do pagamento de um benefício, este programa se propõe a fortalecer o poder de contratualidade, favorecendo assim a inclusão social e o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, favorecendo o convívio social de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.” (BRASIL, 2015, p.25)

sendo que grande parte faliu ou foi perdendo gradativamente seus leitos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (GONÇALVES et al, 2011, p. 260).

Por essas razões, na II Conferência de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, ressaltou-se a importância da criação dos chamados lares abrigados, como um dos dispositivos para que se concretizassem processos de resgate da vida e da cidadania desses indivíduos, procurando incrementar, ao movimento de desospitalização, a possibilidade de (re)construir a vida fora dos manicômios, recuperando – ou construindo do zero em muitos casos - padrões aceitáveis de inserção social em termos de direitos e oportunidades. Neste sentido o relatório final da II Conferência de Saúde Mental orientou a construção dos equipamentos da (futura, até aquele momento) rede substitutiva dos hospitais psiquiátricos propondo, dentre muitas outras, as seguintes disposições:

Os serviços devem transformar-se em verdadeiros laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais seja resgatada a história e a cidadania dos indivíduos. [...]Devem ser estabelecidos mecanismos concretos para a efetiva desospitalização dos doentes mentais, tanto nos hospitais públicos como nos privados, através da intensificação dos programas públicos de **lares abrigados** e pensões protegidas, os quais deverão ser criados fora dos muros do hospital psiquiátrico, junto aos bairros, com a garantia de assessoria técnica por parte do setor público de saúde. (BRASIL, 1992, grifos nossos)

O relatório final da 2ª conferência apontou para o fato de que a questão da moradia carregava relevância ímpar no processo de reabilitação psicossocial e passou a ser vista como uma consequência necessária para concretizar a etapa de desospitalização, o restabelecimento dos laços socio afetivos como uma das modalidades de reabilitação psicossocial.

Portanto, os SRT's são frutos das jornadas antimanicomiais que abrangiam não apenas a desospitalização, mas também, a reintegração dos ex-internos na sociedade por meio do estabelecimento de um local de moradia no interior das metrópoles, na vida cotidiana dos bairros, não mais isolados em hospitais ou colônias de tratamento, ou em moradias tuteladas de perto pelas instituições hospitalares.

A luta pela moradia para os egressos dos manicômios culminou, em termos de política pública, no estabelecimento dos SRT's, possíveis após a publicação da portaria 106, em 11 de fevereiro de 2000 pelo MS. A partir desse momento foi possível proceder com diligência o esvaziamento progressivo dos manicômios brasileiros, dando aos ex-internos novas perspectivas, asseguradas por força de lei, para iniciar a superação da condição cronicante adquirida nos longos dos períodos de internação.

As características físico-funcionais foram definidas na Portaria 106/2000 no Art. 6º da seguinte maneira:

- 6.1 - Apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;
- 6.2 - Existência de espaço físico que contemple de maneira mínima;
 - 6.2.1 - Dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório;
 - 6.2.2 - Sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;
 - 6.2.3 - Dormitórios devidamente equipados com cama e armário;
 - 6.2.4 - Copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários etc.);
 - 6.2.5 - Garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar. (BRASIL, 2004)

E para que os ex-pacientes se tornem beneficiários das residências alguns pré-requisitos devem ser observados:

- Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário;
- Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal);
- Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, frequentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental;
- Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS. (BRASIL, 2004)

Não obstante vinculados às políticas públicas da área da saúde, esses equipamentos não foram caracterizados propriamente como um serviço de saúde. Na portaria 106 o termo serviço pode transmitir a ideia que o foco principal é o cuidado médico, no entanto estes equipamentos foram pensados como um lugar de moradia, prioritariamente, onde, espera-se, que os antigos pacientes consigam (re)estabelecer laços comunitários, na medida das suas condições de saúde física e mental e das oportunidades e trocas que o bairro e a vizinhança estejam dispostos a oferecer no encontro com os novos moradores.

Segundo Furtado & Nakamura (2014) o termo serviço pode ser atribuído a uma estratégia para inserir os SRT's no Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao fato que os recursos da área da saúde são historicamente mais consistentes do que aqueles destinados à área de assistência social³¹. Algumas orientações colocadas nas portarias indicam precauções com relação a não caracterização das casas como equipamentos de saúde, por

³¹ No mês de dezembro de 2020 o MS criou um grupo de trabalho 'com representantes do Ministério da Cidadania, do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias

exemplo, é vedada a sinalização com placas, timbres ou logomarcas, embora esteja referenciada a um CAPS e opere e junto e dentro da RAPS na lógica do território (BRASIL, 2000). Sob ponto de vista do poder público os SRT's precisam cumprir a função 'moradia' em primeiro lugar:

É preciso ter sempre em mente que a questão central é a moradia, o morar, o viver na cidade. Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município. (BRASIL, 2004)

Os recursos para a manutenção das casas são oriundos dos leitos desativados nos hospitais psiquiátricos que mantinham convênio com o poder público e transferidos para “[...]os tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência ao paciente. Com estes recursos, os municípios proverão infra-estrutura e acompanhamento necessários aos usuários, por meio de sua rede de saúde mental” (BRASIL, 2004).

Importante frisar que as modalidades de assistência comunitária puderam ser viabilizadas pois poder público previu a realocação das verbas anteriormente destinadas para a internação nos manicômios para os serviços comunitários, invertendo as prioridades na assistência em saúde mental ao longo dos anos de 2000-10³².

Municipais de Saúde (Conasems), encarregado de analisar, discutir, aprimorar, revogar e criar novos instrumentos para a garantia do cumprimento da nova Política Nacional de Saúde Mental, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em dezembro de 2017, por meio da Resolução CIT nº 32/201 e da Portaria MS nº 3.588/2017.’ (SAÚDE, Ministério da. **NOTA: Saúde Mental.** Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10539>. Acesso em: 20 jan. 2021.). Entidades de classe, sindicatos, movimentos sociais – especialmente aqueles ligados às lutas antimanicômias – coletivos de trabalhadores etc. afirma que a intenção do governo federal via MS é revogar uma série de portarias que, na prática, extinguiriam vários equipamento de atenção comunitária e reforçariam a volta do modelo hospitalocêntrico: ‘Entre outras iniciativas, o texto incentivou a ampliação de vagas em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, na contramão do que prega a Reforma Psiquiátrica.’ (ANTUNES, André. **Vem aí o golpe de morte na Reforma Psiquiátrica?** Comissão Intergestores Tripartite deve discutir no dia 17 proposta de revogação de portarias de saúde mental que, caso aprovada, inviabilizaria a aplicação da lei 10.216/2001. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/vem-ai-o-golpe-de-morte-na-reforma-psiquiatria>. Acesso em: 20 jan. 2021.). A ABP, uma das entidades convidadas pelo MS para participar do grupo de trabalho, alegou que o modelo em vigor acertou ao priorizar o tratamento comunitário, mas excluiu, ‘por questões ideológicas’ os Ambulatórios Especializados da RAPS, levando, segundo esta entidade, ‘à desassistência de base comunitária em Saúde Mental no país, já que os Ambulatórios são extremamente resolutivos e capazes de realizar grande volume de atendimentos.’ Além da questão sobre os ambulatórios, a ABP relata mau uso das verbas públicas e fraudes em fiscalização de Hospitais Psiquiátricos, além de denúncias sobre violação de direitos em SRT's. Aponta falta de critérios científicos nas intervenções terapêuticas dentro do modelo atual, mas não esclarece o significado do termo ‘questões ideológicas’ e quais seriam suas implicações no modelo atual de gestão da saúde mental. (PSIQUIATRIA, Associação Brasileira de. **ABP esclarece a verdade sobre seu posicionamento em relação aos Políticas Públicas em Saúde Mental.** Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/abp-esclarece-a-verdade-sobre-seu-posicionamento>. Acesso em: 20 jan. 2021.). Segundo o presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental Leonardo Pinho atenderia prioritariamente dois segmentos do mercado: ‘o das clínicas e hospitais, que ganham com as internações; e o da indústria farmacêutica, porque a ambulatorização na saúde significa aumento da quantidade de remédios receitados.’ (MARTIN, Roberto de. **Defensores da política antimanicomial reagem a revogação do governo.** Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/defensores-da-politica-antimanicomial-reagem-a-revogaco-do-governo/>. Acesso em: 20 jan. 2021.)

³² Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que muitos países considerados de

Não caberia no escopo deste trabalho discutir profundamente os gastos públicos em saúde mental (alguns dados pertinentes ao financiamento da saúde mental no Brasil podem ser encontrados no ANEXO III), mas pelos dados compilados fica evidente o sucesso brasileiro na inversão dos modelos de atenção, hospitalocêntrico – comunitário, em decorrência da RPB³³. Mas cabe ressaltar que a partir de 2017 os equipamentos públicos de saúde desvinculados da lógica do cuidado no território ressurgiram com força através de resoluções e portarias do MS.

A nota técnica de 2019, que apresenta a proposta de uma “Nova Política de Saúde Mental”. reforça a importância dos hospitais psiquiátricos e a intenção de não mais fechar leitos hospitalares em decorrência do processo de desinstitucionalização. Segundo o MS:

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. [...]O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos

baixa ou média renda alocam menos de 2% do seu orçamento de saúde em políticas de saúde mental. Esse investimento é considerado baixo e desproporcional pela OMS, em relação aos impactos dos transtornos mentais e comportamentais nos indivíduos, famílias e comunidades dessas sociedades. Enquanto isso, países de alta renda alocam cerca de 5% dos gastos em saúde nessas políticas. No Brasil de 2001, ano da Lei 10.216/01, os recursos da Política de Saúde Mental representavam 2,7% do orçamento do FNS. Naquele período, 80% dos recursos eram investidos em ações hospitalares. Já no ano de 2010, com a mudança do modelo de atenção em saúde mental em pleno desenvolvimento, a Política de Saúde Mental brasileira chega a receber 2,9% dos gastos federais da saúde, sendo 70% deste montante investido em ações extra-hospitalares. Mas, no ano de 2016, com evidente perda de recursos, a pasta passa a receber a menor parte do orçamento da saúde da série histórica – 2,1%. Esse estado de coisas permanece até o ano de 2019, num contexto de aprofundamento da crise de financiamento do SUS. Os gastos federais per capita com a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que, em 2012, chegaram a ser de R\$ 16,90 reais (nos valores de 2019), em 2019 caíram para R\$ 12,40 (DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021, p.11) (ANEXO III.B). ‘A publicação eletrônica *Saúde Mental em Dados (SMD)*, produzida pela Área Técnica de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, durante 10 anos consecutivos – teve sua última edição publicada em 2015. Ao longo do complexo processo que convenciamos chamar de reforma psiquiátrica, os dados ali tornados públicos serviam como uma espécie de bússola para o campo da saúde mental. Por meio deles, podia-se ter uma fotografia periódica e panorâmica do processo de reorientação da assistência às pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, no país’ DESINSTITUTE. **Saúde Mental em Dados: Acesse as edições eletrônicas de 2006 a 2015**: saúde mental em dados: acesse as edições eletrônicas de 2006 a 2015. Saúde Mental em Dados: Acesse as edições eletrônicas de 2006 a 2015. 2021. Disponível em: <https://bityli.com/WMkn11B>. Acesso em: 05 jan. 2022. Até o fim dessa pesquisa conseguimos encontrar alguns dados pontuais fornecidos pelo MS, mas que não trazem sequências temporais que possibilitem observar a evolução temporal dos recursos destinados para o tratamento comunitário e o (des)credenciamento dos leitos psiquiátricos pelo SUS, a partir de 2016.

³³ ‘O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou nesta terça-feira (21) levantamento em que mostra que o Sistema Único de Saúde (SUS) fechou 85 hospitais e quase 16 mil leitos psiquiátricos nos últimos 11 anos. Segundo a entidade, das 40.942 unidades psiquiátricas existentes em 2005, restavam 25.097 em dezembro de 2016, o que representa redução de 38,7% na oferta de leitos psiquiátricos.’ BRASIL, Agência. **Leitos psiquiátricos no SUS diminuiu quase 40% em 11 anos, diz CFM**. Disponível em: https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/2017/03/geral/552982-leitos-psiquiaticos-no-sus-diminuiu-quase-40-em-11-anos-diz-cfm.html. Acesso em: 21 jan. 2021.

vigentes. Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal, que não entende esses Serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos. [...] No entanto, a partir da nova normativa, o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento. Em caso de fechamento ou descredenciamento de tais Serviços (mesmo contrariando as novas diretrizes do Ministério da Saúde), o Ministério deve ser notificado e aprovar a nova destinação deste recurso federal, que deverá ser aplicado necessariamente na RAPS. (BRASIL, 2019)

A nota técnica destaca a criação de um grupo de trabalho interministerial para estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento das Comunidades Terapêuticas, que ofertam cuidados para dependentes químicos. É uma outra modalidade de tratamento asilar. Propõe também que o MS estabeleça diretrizes e protocolos de assistência para pacientes acompanhados na RAPS baseadas em evidências científicas, sem, contudo, expô-las nesse texto ou entrar em detalhes sobre a cientificidade – ou a falta dela – nas políticas anteriores.

Para os pacientes com transtorno mentais a nota propõe-se a buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população, para tanto o equipamento para eletroconvulsoterapia passa a constar na lista da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS. Na prática, Hospitais Gerais e Hospitais Especializados poderiam obtê-lo pelo financiamento do SUS.

Sobre a questão das drogas encontramos no texto mudanças significativas na compreensão da questão como a posição contrária à legalização das drogas, a abstinência como objetivo do tratamento em oposição à redução de danos, mais uma vez aparece no texto a ênfase do tratamento baseado em evidências científicas, ações intersetoriais e atualização da posição do Governo brasileiro nos foros internacionais. (BRASIL, 2019)

Os SRT's estão sendo construídos para ofertar cuidados em saúde mental na lógica dos serviços substitutivos aos manicômios com base na ênfase do trabalho na comunidade e do cuidado em liberdade, postos para servir como um dos instrumentos de reabilitação psicossocial e reinserção social dos egressos de longas internações psiquiátricas.

Inseridos noutro contexto esses indivíduos se deparam com a produção contemporânea do espaço na metrópole que se reflete no modo de vida dos grupos sociais nas mais variadas situações, seja impingindo novas formas nas relações sociais particulares,

no contato entre vizinhos, seja na segregação de contingentes populacionais significativos, nos processos denominados de “gentrificações”³⁴, ou ainda no espetáculo proporcionado pelas grandes obras de infraestrutura, erguimento de novos “templos’ do consumo e da fé”, dos condomínios residenciais fechados, da onda cada vez maior de apropriação do espaço público pelos entes privado, pela eclosão dos arranha-céus ultra modernos e inteligentes, pelas barreiras espaciais invisíveis.

Inúmeros movimentos nos planos da metrópole vão diluir e amalgamar as perspectivas de reabilitação psicossocial e inserção social, mostrando os limites do cuidado em liberdade, mas também as potencialidades que o tecido urbano pode oferecer para que os moradores dos SRT’s reinventem suas vidas num contexto distinto e até oposto ao ambiente manicomial. Como aponta Carlos (2020, p.352), discutindo a questão lefevbriana a respeito do direito à cidade afirma que:

A sociedade constrói um mundo objetivo. Na prática socioespacial, esse mundo se revela em suas contradições, num movimento que aponta um processo em curso subsumido à reprodução das relações sociais no atual estágio do capitalismo (enquanto relação espaço-temporal. Isto é a práxis tem por conteúdo um espaço e um tempo realizando como sócio-espaço-temporal). O ponto de partida de nossa análise se baseia no fato de que é no espaço que se pode ler a realidade e as possibilidades concretas de realização da sociedade. Esse é também o plano da vida cotidiana e do lugar. Aqui explodem os conflitos que sinalizam as contradições vividas.

Nessas contradições, postas pela prática socioespacial, que geram conflitos e possibilidades, que os habitantes das metrópoles, tantos aqueles considerados “normais” quanto para as pessoas com transtornos mentais graves, devem lidar para a realização do coletivo e de suas aspirações pessoais. É para muitos dos moradores dos SRT’s um mundo novo que os espera na esquina de suas novas casas.

4.1 – Os SRT’s dentro lógica espacial da metrópole paulistana

A questão da moradia é parte dos novos marcos que emergiram com o processo da RPB e com o movimento de desospitalização como forma de subsidiar o tratamento comunitário e o cuidado em liberdade. Para tanto o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), e depois, o poder público tiveram que se debruçar sobre outros campos do conhecimento para além do campo da saúde e do tratamento clínico.

³⁴ Para saber mais sobre o conceito de gentrificação consultar: SMITH, Neil. Gentrificação, a fronteira e a reestruturação do espaço urbano. *GEOUSP Espaço e Tempo (Online)*, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 15-31, 2007.

O debate sobre a questão da moradia passou a compor o rol de interesse dos programas de reabilitação psicossocial para as pessoas egressas de instituições manicomiais e ajudou a pautar a formulação das políticas públicas, alargando a tentativa de compreensão das novas modalidades de (re)inserção social para outras categorias, como espaço e território, tão caras quanto centrais para o pensamento geográfico.

Portanto, faz-se necessário para a continuidade desse trabalho a tentativa de analisar, de forma crítica, a noção de espaço mobilizada pelo campo da saúde mental, que desembocou nas políticas públicas referidas anteriormente, e suas implicações nas relações sociais estabelecidas pelos moradores dos SRT's, apontado para forma de compreender o espaço condicionado por certas categorias abstratas que direcionam sua (re)produção, espaço sujeito às abstrações da vida cotidiana que pressionam os habitantes a adotar certos padrões de comportamento, mas que também pode revelar o singular, o resíduo, aquilo que escapa a dura determinação dos fundamentos da reprodução da sociedade produtora de mercadorias e do modo de vida no interior desse sistema.

Pensamos que a compreensão mais profunda desse amplo espectro de movimentos colocados na dinâmica espacial pode acrescentar novos elementos para um melhor julgamento das possibilidades de reabilitação social e reinserção social para o grupo de moradores dos SRT's.

Para tal empreitada o campo de pensamento lefevbriano vai nos orientar nos âmbitos do trabalho teórico e metodológico para a compreensão dos processos que incidem na produção do espaço, da vida cotidiana e do lugar. Mais precisamente a noção de vida cotidiana na contemporaneidade e de habitat/habitar, emprestadas do filósofo francês Henri Lefebvre (LEFEBVRE, 1991;1999;2001;2016) que se desdobraram a partir das suas observações pioneiras sobre a mudança no paradigma da acumulação do capital no período do pós-guerra na França.

Lefebvre pontuou que o espaço deixava de ser apenas o locus para a produção das mercadorias e transformava-se, ele próprio, em um tipo especial de mercadoria. Concomitante à produção no espaço temos a produção do espaço e uma das principais consequências deste novo paradigma foi que o valor de troca passou a suplantar progressivamente o valor de uso dos lugares.

De acordo com Lefebvre (1970, p.211-212, apud CARLOS, 2020, p.352-353):

O imobiliário, como se diz desempenha o papel de segundo setor, de um circuito paralelo ao da produção industrial voltada para o mercado de bens não duráveis ou menos duráveis que os imóveis. Esse segundo setor absorve os choques. Em caso de depressão para ele afluem os capitais (...). Enquanto uma parte da mais valia global formada e realizada na indústria decresce, aumenta a parte de mais valia formada e realizada na especulação e pela construção imobiliária. O segundo setor suplanta o principal.

Lefebvre (1991; 1999; 2001), observando a produção do espaço, pode captar, nos anos de 1950-60, os primórdios das transformações progressivas na dinâmica da acumulação capitalista, que algumas décadas a frente fizeram com que muitos capitais empregados no setor industrial passassem a concorrer fortemente com investimentos no sistema financeiro com sua grande oferta de produtos, sobretudo no sistema bancário, uma boa parte desses capitais acabaria migrando de vez para o mundo das finanças.

O mercado imobiliário também se tornou um dos atrativos para a rentabilidade dos capitais que migravam da indústria e com a abertura dos capitais de grandes construtoras e incorporadoras nos mercados de ações o ciclo da valorização finanças-mercado imobiliários saltou para um outro patamar de interesse para os investidores.

Segundo Robert Kurz (2003) o movimento descrito acabou gerando bolhas financeiro-imobiliárias, ao longo dos anos 2000. A mais famosa delas estourou em 2008, a chamada crise dos subprime. Kurz procura demonstrar que corrida dos capitais para os mercados financeiros é fruto de uma crise mais profunda do sistema capitalista, iniciada partir dos anos 1970, que atacou o coração do velho modelo fordista de produção, quando surgem barreiras à acumulação nos setores produtivos e manufatureiros ligadas fundamentalmente à substituição cada vez mais intensa dos trabalhadores por máquinas mais sofisticadas e poupadoras de “trabalho vivo³⁵” (movimento que perpetua a dinâmica da competição na busca por inovações tecnológicas e pelo rebaixamento dos custos de produção).

Ainda que esses processos façam parte da tradicional dinâmica de reprodução do capital ao longo de décadas, a novidade aqui é a entrada em cena da microeletrônica e da telemática, duas inovações que, além de provocar dispensas em massa de trabalhadores, criaram um ponto de não-retorno ao modelo fordista anterior - de situações conjunturais de dispensa da mão de obra, na qual determinados ramos da produção deprimem por conta

³⁵Sobre o conceito de trabalho vivo ver: HAMRAOUI, Éric. Trabalho vivo, subjetividade e cooperação: aspectos filosóficos e institucionais. Cad. psicol. soc. trab., São Paulo, v. 17, n. spe, p. 43-54, jun. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172014000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 jan. 2020.

de algum evento circunstancial no processo de acumulação que resulta na queda da produção para se restabelecer no período subsequente, dando origem a ciclos sistêmicos de acumulação. Emergiu um plano estrutural de desemprego em massa fruto de uma reconfiguração nos fluxos dos investimentos.

Kurz salienta que o processo em questão se relaciona com a teoria da queda tendencial da taxa de lucro, proposta por Karl Marx n' *O Capital*:

A parte do capital real no capital dinheiro aplicado aumenta continuamente, enquanto diminui também continuamente a força de trabalho com ele mobilizável. Isto pode ser lido indirectamente nas estatísticas burguesas, no facto de historicamente os custos prévios de um posto de trabalho aumentarem inexoravelmente, porque tem de ser utilizado um agregado cada vez maior de maquinaria, infraestruturas etc. para poder empregar um trabalhador. Uma vez que apenas a força de trabalho produz valor novo, o lucro médio do capital dinheiro antecipado tem de baixar à escala social, embora aumente a quota parte da mais-valia na produção de valor por trabalhador. (KURZ, 2012)

As implicações da mudança de paradigma no seio da acumulação e da implicação do mercado imobiliário podem ser percebidas na transformação de cidades como o locus privilegiado para a circulação das mercadorias em cidades-mercadoria no final do século XX adentrando o século XXI; sujeitas ao achaque do mercado, que demanda por espaços privados ou pela privatização do espaço público, vimos crescer o movimento de subsumção do valor de uso pelo valor de troca em muitos locais dos espaços urbanos. Nos termos colocados por Santos (2006, p.111): “a cidade como negócio superou a condição da cidade como lugar do negócio”. De todo jeito, o mercado sozinho não daria conta de rodar a máquina de mercantilização das cidades.

Os investidores precisam do Estado como agente viabilizador do processo. Estado e mercado operam em sintonia para promover a privatização dos espaços públicos por meio de mecanismos políticos e jurídicos que são mobilizados para valorizar ou desvalorizar lugares destinados aos projetos de apropriação pelo capital.

Segundo Santos:

O Estado utiliza-se dos dispositivos legais e da força para, em nome do que se convencionou chamar de “utilidade pública”, promover a cidade como um negócio privado. Se não há mais atratividade para o capital no espaço produzido, cabe produzir e reproduzir constantemente novas infra-estruturas espaciais e uma nova configuração territorial urbana, a partir das quais um novo potencial de acumulação se apresenta (SANTOS, 2006, p. 117).

A lógica do controle privado do espaço restringe a possibilidade de apropriação e uso sociais por parte da comunidade, novos ritmos e valores são impressos aos aspectos da vida cotidiana moderna. Aos habitantes das cidades-mercadorias incorpora-se mais

uma demanda mercadológica aos pressupostos do sujeito-consumidor, o consumo dos espaços. Lefebvre (1991) chamava atenção para o fato de que as premissas do mercado estavam capturando a totalidade da vida cotidiana no pós-guerra francês, incluindo aí a questão espacial.

Observava a separação mais brutal do homem-natureza, a dissolução da comunidade, a acentuação da divisão do trabalho, movimentos que estavam levando a dissolução do radicalismo da classe operária, mergulhada nesse cotidiano mercantilizado em todos os seus poros, por um lado, e a intenção da burguesia em levar a vida como se fosse “um eterno domingo de alegria”, fruindo a arte pela arte numa mistura de hedonismo com estetismo sem qualquer tipo de compromisso.

Azeitando essa máquina que estrutura um mundo burocrático voltado para o consumo está a propaganda, mediando o produtor e consumidor, embora Lefebvre recusasse taxar o publicitário como “demiurgo das necessidades individuais”.

No trabalho intitulado *Vida Cotidiana no Mundo Moderno*, Lefebvre (1991) traça os contornos de um novo cotidiano, que será mais pormenorizado em obras posteriores. Cotidiano que assenta a sociedade moderna e sobre ele recai a tentativa de organizá-lo, desde os momentos mais simples aos mais complexos da vida social, a partir do Estado, do mercado, do semi-planejamento dos aspectos da vida, por exemplo, os momentos de lazer, que são massificados, espetacularizados e generalizados – o cinema, o lazer, o turismo, os locais de veraneio, de férias, etc. - para entrar no circuito das mercadorias rentáveis.

Lefebvre sintetiza essa transformação do capitalismo no pós-guerra com a criação dos termos ‘sociedade burocrática do consumo dirigido’:

“Sociedade burocrática do consumo dirigido”, tal é a definição proposta aqui para “nossa” sociedade. Marcam-se assim tanto o caráter racional dessa sociedade, como os limites dessa racionalidade (burocrática), o objeto que ela organiza (o consumo no lugar da produção) e o *plano* para o qual dirige a fim de sentar sobre: o cotidiano (LEFEBVRE, 1991, p. 68, grifos do autor).

No epicentro desse cotidiano está o deslocamento massivo da posição dos indivíduos para a esfera do consumo, do homem ativo para o sujeito consumidor dentro de uma sociedade do consumo, representada da seguinte maneira:

Ela [a sociedade do consumo] apagou a imagem do “homem” ativo, colocando em seu lugar a imagem do consumidor como razão da felicidade, como racionalidade suprema, com identidade do real com o ideal (do ‘eu’ do sujeito individual, que vive e que age, com seu ‘objeto’). Não é o consumidor nem tampouco o objeto consumido que tem importância nesse mercado de imagens, é a representação do consumidor e do ato de consumir. Ao longo desse processo de representação e de deslocamentos ideológicos, conseguiu-se afastar e até

apagar a consciência da alienação, acrescentando-se alienações novas às antigas. (LEFEBVRE, 1991, p.64, grifos do autor).

Faz-se necessário, então, mobilizar algumas premissas que apontam para lógica abstrata que opera a vida cotidiana nem sempre perceptíveis pelos habitantes das metrópoles e que poderiam ainda operar de maneira diferente no grupo escolhido para este trabalho, dos moradores dos SRT's. Tomando por base a sociedade burocrática do consumo dirigido e suas formas organizativas alicerçadas num certo modelo de racionalidade, eleito sob o império dos desígnios do mercado, sugerimos que essa forma social impõe restrições severas para a inserção daqueles considerados desprovidos de razão por um discurso médico recalcitrante e os ecos que ele produz em forma de estigma.

É importante ressaltar que a loucura estigmatizada e confinada passou a mover-se em espaços e tempos diferenciados depois da consolidação dos manicômios. Os moradores dos SRT's estiveram sujeitados por anos a fio a determinadas formas de (auto) regulação distintas daquelas encontradas fora dos muros, a lógica do sujeito-consumidor, por exemplo, ou da sua representação, aparecem como novidades a serem decodificadas.

Como fator adicional - e talvez complicador – para essa vida fora dos muros, os moradores dos SRT's se deparam com a cidade e seu ritmo cada vez mais acelerado. Como sugere Carlos (2007):

A metrópole é vista como um símbolo do mundo moderno, um centro onde a vida flui com incrível rapidez, o que impõe um ritmo alucinante e a banalização de tudo como produto direto do processo de homogeneização. A fluidez do tempo aparece como algo não natural, no dizer de Virilio, “o tempo consciente se recolhe automaticamente, formando um tempo contínuo e sem cortes aparentes.” O ritmo da metrópole é aquele da velocidade contínua, de uma anamorfose que faz da fugacidade um espetáculo de imagens sem sentido. (CARLOS, 2007, pp 35-36)

Obviamente todas essas forças manifestam-se nos espaços ocupados pelos SRT's, pois eles estão inseridos preferencialmente nos centros urbanos. Cidades com tamanhos e características muito distintas, com suas dinâmicas e histórias particulares, onde questões culturais, econômicas e políticas atuam nos modos de vida dos seus habitantes, que interagem no tecido social dentro das suas possibilidades. Tratando-se das grandes metrópoles, estas forças são ainda mais complexas e mutantes, de difícil decifração e interação para qualquer indivíduo com ou sem algum transtorno mental.

Fora dos manicômios, e de suas regulações específicas e binárias, da medicalização excessiva à violência física, a loucura instalada nos centros urbanos se deparou com

outras formas de sujeição dos corpos, dispersas pelo espaço da metrópole; há que se perguntar se essas novas formas de sociabilidade impregnadas no espaço foram ou continuam sendo consideradas na formulação das diretrizes para o tratamento comunitário.

Apenas na cidade de São Paulo, atualmente, são 69 SRT's que abrigam um total de 622 moradores³⁶, parte do total de 691 residências terapêuticas em todo território nacional³⁷ (Dados nacionais contam no ANEXO III.D)

4.2 – Olhares do campo burocrático da saúde para a questão espacial – a dimensão do Habitar e do Habitat.

Ao longo das décadas de construção da RPB e da substituição do modelo hospitalocêntrico para o comunitário são perceptíveis os esforços que progressivamente aumentaram de grau a importância sobre a compreensão do espaço para dimensioná-lo aos objetivos práticos do tratamento comunitário por parte dos atores envolvidos no processo da RPB e do poder público.

O espaço tem sido amplamente referenciado pelas políticas públicas da saúde como “território”, frequentemente com sentido de cobertura ou abrangência da política pública em função da demografia, isto é, partindo de um princípio quantitativo que determinaria quantos habitantes uma área geográfica deve possuir para que ali seja implantado um serviço de atenção comunitária, ou tomando como base as características epidemiológicas de um recorte espacial para priorizar investimentos e ações específicas para os habitantes do lugar considerado, deixando em suspensão a compreensão mais aprofundada de outras características do espaço, por exemplo, os marcos simbólicos e/ou históricos daquele lugar.

O espaço visto desta forma incorre no risco de transformar-se num espaço esvaziado de sentido, dentro de uma lógica euclidiana, em contraposição ao espaço concreto, aquele da realização da vida, com suas sujeições, mas também com suas possibilidades e contradições (CARLOS, 2017; DAMIANI, 2004).

Se tomarmos por base o diagnóstico feito pela Reforma Sanitária ao longo dos anos de 1970-80, que lançou as bases para a construção do SUS, sobre a oferta de serviços

³⁶SÃO PAULO. **Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_mental_ad/index.php?p=303570. Acesso em: 03 out. 2021.

³⁷ BRASIL. **Ministério da Saúde investe em ações de saúde mental durante a pandemia**. 09/10/2020. Disponível em: <https://bityli.com/WHUEu9P> Acesso em: 03 fev. 2021. * O portal do MS não informa a quantidade total de moradores distribuídos pelos SRT's até o fim deste trabalho.

de saúde para a população constataremos que a noção de território reproduz as carências sociais mais gerais que afetavam – e ainda afetam – a população brasileira.

Procurou-se então pensar o território em função da baixa cobertura assistencial em relação à demanda em alguns lugares e o excesso em outros; da ineficácia das resoluções tomadas longe dos locais de ação; fragmentação e desperdício de ações em contrapartida à centralização na tomada de decisões, etc.

Essa concepção de território, voltada para a qualidade de uma organização administrativo-burocrática do espaço, pressupôs a noção de distritalização. Essa noção organiza os serviços segundo a demografia espacial, adequando-os às questões epidemiológicas dos habitantes da localidade e é o referencial para implementação dos serviços comunitários no território, os distritos sanitários são as unidades menores:

O distrito sanitário como a unidade organizacional mínima do sistema de saúde deveria ter uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior. (GONDIM *et al.*, 2008, p. 240)

Como visto anteriormente, a década de noventa reforçou e sistematizou os debates dos períodos anteriores sobre a desinstitucionalização e o tratamento comunitário dos pacientes psiquiátricos. Os documentos produzidos pelo poder público ou como resultado dos encontros, congresso, etc. direcionados para a discussão do cuidado em liberdade passam a tocar mais fortemente na questão da moradia como uma vertente necessária para o processo de desinstitucionalização, sinalizando que a volta ao convívio social era um componente estratégico para a diluição do ambiente manicomial.

Percebe-se, no evoluir das discussões realizadas nos fóruns abertos e mesmos nas propostas que corriam por dentro dos poderes institucionais, que a discussão estava mais centrada nos tipos e funcionamento dos serviços de saúde que seriam construídos, a análise dos lugares onde esses serviços seriam estabelecidos e o levantamento sobre as possibilidades de inserção que as cidades e seus bairros poderiam oferecer para a inserção social e reabilitação psicossocial parece ter ficado em segundo plano, abstraídas no conceito de território.

Observando algumas conclusões trazidas pelo relatório final da Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992 percebemos a ênfase na composição dos equipamentos de saúde e no papel que os serviços teriam para resgatar a história e cidadania.

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de

atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão.

Os serviços devem transformar-se em verdadeiros laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais seja resgatada a história e a cidadania dos indivíduos. Devem ser estabelecidos mecanismos concretos para a efetiva desospitalização dos doentes mentais, tanto nos hospitais públicos como nos privados, através da intensificação dos programas públicos de lares abrigados e pensões protegidas, os quais deverão ser criados fora dos muros do hospital psiquiátrico, junto aos bairros, com a garantia de assessoria técnica por parte do setor público de saúde. (BRASÍLIA, 1994 p. 7).

O bairro aparece como coadjuvante do processo, remetendo à ideia de uma espaço abstrato-euclidiano, como nos sugere Carlos (2007).

Os serviços e instituições de saúde são destacados como os polos orientadores da reabilitação e o território funcionaria como um apêndice, uma extensão do tratamento clínico, tomado como um complemento funcional. Mas, conforme a RPB se materializava, e com o desaparecimento de muitos manicômios, a discussão sobre território foi alçada a um patamar mais elevado. Mais de uma década após a publicação do documento de 1994, sintetizando a Segunda Conferência, o MS tornava público o relatório sobre outra conferência realizada para avaliar e traçar novas diretrizes para as políticas públicas em saúde mental.

Esta conferência teve lugar em Brasília entre os dias 07 e 10 de dezembro de 2005 e o documento final intitulava-se “Reforma Psiquiátrica Brasileira e política de saúde mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”. Aqui a noção de território ganha elementos que passaram a considerar outras características presentes no espaço:

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005).

Empreendeu-se a tentativa de compreender o espaço no emaranhado de suas redes e recursos, do território como organizador da RAPS. Nesse documento, o território como organizador da rede difere muito fortemente das propostas feitas anteriormente, já que a orientação baseada na demografia ganha elementos da conformação social, mudando a intenção do estabelecimento dos serviços do âmbito da quantidade de habitantes para as

características socioculturais dos bairros. No entanto, outras determinações do cotidiano presentes no espaço não são encontradas.

Dessa forma o poder público estaria operando e tomando a questão do território do ponto de vista essencialmente da abrangência quantitativa como fator determinante para a extensão da rede de coberturas; os serviços ganham destaque na orientação das políticas públicas e a lógica do território, saberes e potencialidades funciona como um pano de fundo ainda difuso e pouco explorado como aparece na documentação consultada.

Essa preponderância dos serviços nos remete a funções típicas do poder público que tendem à dominância do polo funcional ou da gestão. Território ganha um caráter mais administrativo do que pleno de conteúdos da vida social, o que, enfatizamos, transforma o espaço em algo homogeneizador e abstrato. As análises feitas no próprio campo da saúde reconhecem essa limitação:

Ainda que não exista concepção funcional de território que não inclua algum elemento simbólico – e vice-versa – fica evidente que, segundo os documentos oficiais, território seria algo bem mais estreito, imediato, simples e administrável do que a concepção que emerge do conjunto dos textos científicos. (FURTADO; ODA; BORYSOW, KAPP, 2016, p.09).

Seguindo a trilha proposta, o poder público se debruça mais fortemente sobre a estruturação dos serviços com suas diretrizes de funcionamento, pautando-se por questões mais burocrático-administrativas e do tratamento médico em si e menos pelas categorias postas no e pelo espaço.

O tratamento comunitário mostrou-se importante componente para dinamizar o processo clínico de reabilitação, como visto no capítulo I, operando uma clivagem entre o modelo comunitário e as instituições totais de asilamento, mas encontra barreiras quando procura compreender o estabelecimento dos serviços no território.

A própria direção que a política pública tomou na consideração do território como agrupamento de pessoas, ou número de habitantes, mostra certa limitação na compreensão de outros fatores que implicam a vida na metrópole e que podem ser determinantes para a integração deste grupo em particular.

As categorias território e lógica do território continuam sendo empregados na documentação oficial e o tratamento mais aprofundado das características que já foram detectadas no espaço encontra as mesmas dificuldades apontadas no documento de 2005³⁸, como veremos a seguir.

Os documentos que tratam com mais ênfase os SRT's mostram coisas muito semelhantes, a organização dos serviços aparece em primeiro plano:

Uma Residência Terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores. De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do co-habitar e do circular na cidade, em busca da autonomia do usuário. De fato, a inserção de um usuário em um RT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Cada residência deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território. Especialmente importantes nos municípios-sede de hospitais psiquiátricos, onde o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais está em curso, as residências são também dispositivos que podem acolher pessoas que em algum momento necessitam de outra solução de moradia. (BRASIL. 2005).

O detalhamento do funcionamento do serviço se sobrepõe aos aspectos do entorno, da comunidade, da vizinhança, algumas perspectivas tímidas para a orientação dos serviços para além do funcionamento *strictu sensu* da casa aparecem no documento de 2005:

O processo de implantação e expansão destes serviços é recente no Brasil. Nos últimos anos, o complexo esforço de implantação das residências e de outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território. De fato, é fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito por cada caso, e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Desta forma, a expansão destes serviços, embora permanente, tem ritmo próprio e acompanha, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos. (BRASIL. 2005).

Uma década mais tarde, em 2015, o documento intitulado “Saúde Mental em Dados-12”, produzido pelo Ministério da Saúde, procurava sintetizar e trazer informações do amplo processo de desinstitucionalização e da situação do processo de transição assistencial em movimento no país como política pública desde 2001. Tratava-se de uma compilação de dados estatísticos sobre como a RAPS tinha lidado com a situação dos pacientes com transtornos mentais graves e outras enfermidades, além do grupo dos dependentes químicos.

³⁸ **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica Brasileira e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

Entre outras considerações aparece a questão do território e de outras ações para a promoção dos serviços comunitários, desde a atenção básica até as estratégias específicas de desinstitucionalização, SRT's e PVC. Nas palavras do então Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Roberto Tykanori Kinoshita, que assina o documento, os dados compilados na produção ambulatorial poderiam potencializar a organização e o planejamento da RAPS, todavia estes dados não haviam sido apropriados pelos territórios até aquele momento.

O monitoramento e avaliação da RAPS são de responsabilidade compartilhada pelas três esferas de gestão do SUS, sendo a análise dos registros da produção ambulatorial em saúde mental uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade na atenção psicossocial e para dar visibilidade à ampliação de acesso ao cuidado em saúde mental. Ainda em processo de apropriação por parte dos territórios, tendo em vista a transição do modo de alimentação dos sistemas de informação, não foi possível utilizar os dados do RAAS nesta edição do SM em Dados. (BRASIL, 2015)

Os dados produzidos dentro dos serviços de saúde, nos CAPS (RAAS³⁹), das consultas, do histórico dos pacientes, dos prontuários etc. podem subsidiar a organização de outros equipamentos e vice-versa, ou seja, a qualificação das informações produzidas dentro dos equipamentos de saúde nortearia o planejamento dos equipamentos na especificidade do tratamento comunitário. Haveria, portanto, em operação, uma lógica que organizaria os serviços a partir dos dados produzidos pelos próprios serviços, de dentro para dentro, caso não haja uma interlocução com as informações oriundas do espaço.

A consideração sobre o território, no “Saúde mental em Dados 12”, parece um ruído em meio ao discurso estabelecido pelo campo da saúde quando o tema gira em torno dos equipamentos de tratamento comunitário.

De certa forma o ruído território ganhou amplitude, mas, quando no fragmento anterior aparece a “apropriação por parte dos territórios”, ainda fica a impressão de que territórios e os serviços estão na mesma chave interpretativa.

O documento traz outras referências ao território, ao trabalho no território, as práticas no território sem esquadriñar as implicações mais objetivas sobre os termos, voltando-se para a recorrente associação território-demografia. Isto ocorre com relação aos outros equipamentos de atenção comunitária, por exemplo, os CAPS, parceiros estratégicos dos SRT's:

Para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50 mil

³⁹ RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, que institui tabela de procedimentos que configuram a produção dos CAPS, conforme portaria Nº 854, DE 22 DE AGOSTO DE 2012

habitantes; os CAPSIII e ad III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS (II, ad e i), cobertura de 100 mil habitantes. (BRASIL, 2015)

Sucedem-se referências à questão territorial de maneira mais ou menos automática transparecendo uma forma naturalizada de utilizar o termo burocraticamente apropriado pelo mundo administrado. Na passagem sobre “Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais por UF” aparece o termo “territorializado”, sugerindo, mais uma vez, a ideia de que o serviço é referência de um determinado contingente populacional.

O Hospital Geral, em articulação com outros pontos de atenção para conformação de redes de cuidado, constitui-se como ponto estratégico para fortalecimento do modelo baseado na atenção psicossocial. São serviços geograficamente localizados no contexto da vida social, territorializados e de fácil acesso, presentes em inúmeros municípios, com propostas de intervenções breves e acesso a recursos clínicos multidisciplinares, incluindo a possibilidade de integração com outras tecnologias hospitalares, diferentemente do que ocorre no Hospital Psiquiátrico. Além disso, contribui para o enfrentamento do estigma e preconceito no campo da saúde mental. (BRASIL, 2015)

Pela maior aproximação com a questão do cotidiano e da inserção social dos ex-pacientes egressos de internações em instituições manicomiais, os tópicos relativos às estratégias de reabilitação psicossocial e formação “Em saúde mental de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da equipe de Saúde da Família (eSF) – Caminhos do Cuidado”⁴⁰ - procura enfatizar a ‘apropriação’ e as ‘especificidades’ de cada território onde moradores e profissionais da saúde irão atuar. No tópico “Reabilitação Psicossocial Incentivos e Chamadas de editais” a questão foi colocada da seguinte forma:

A Reabilitação Psicossocial é um componente estratégico para o cuidado em saúde mental, com o objetivo de viabilizar a ampliação da autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, e a possibilidade de circulação e apropriação de seu território.” (BRASIL, 2015)

No tópico “Formação e Educação Permanente Projeto de Formação - Caminhos do Cuidado”:

A formação proposta pelo “Caminhos do Cuidado” inovou por ser dinâmica, com estratégias que possibilitam aos (às) profissionais da Atenção Básica trabalhar em conjunto com a Saúde Mental, acolhendo e cuidando dos (as) usuários(as). Outra peculiaridade é que todo o trabalho se dá conforme as especificidades de cada território, levando em conta a realidade local nas mais diferentes regiões do Brasil. (BRASIL, 2015)

⁴⁰ O projeto de formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATEnf) em saúde mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas é um projeto pactuado pelo Ministério da Saúde que consta entre as prioridades da Presidência da República no plano de enfrentamento ao Crack. Disponível em: https://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2014/02/Boletim_Caminhos_do_Cuidado.pdf. Acesso em 09 de dez. 2019

Dado que a demografia pautou fortemente estabelecimento dos serviços comunitários, destacamos que o aprofundamento da compreensão sobre o espaço, a expansão do marco território para a categoria espaço, com sua carga de relações (re)postas se torna fundamental para dimensionar os impactos da vida cotidiana na metrópole, pensando um maior grau de sucesso dos programas de tratamento comunitário, dado que a extinção dos espaços de confinamento e a desinstitucionalização por si só não garantem a reinserção e a reabilitação.

A compreensão crítica da dinâmica espacial pode iluminar possíveis contradições no processo do cuidado em liberdade, qual seja, o estabelecimento de uma rede de serviços no território pode reproduzir, no extremo, práticas ditas manicomiais nos equipamentos comunitários, e no comum e corrente do cotidiano; fazendo surgir práticas outras, ainda que parciais e diferenciadas dos manicômios tradicionais, de controle sobre uma população que passou muito tempo sob um tipo de controle total. Como alertam Lima & Yasui:

Se o território é, simultaneamente, espaço de inscrição da racionalidade dominante e lugar de emergência de formas de resistência, o deslocamento espacial da atenção, do asilo ao território, não garante uma prática em ruptura com as formas de poder que se exercem sobre a vida. Do asilo aos novos serviços substitutivos que inscrevem sua ação em seu território de abrangência, poderíamos apenas passar de uma prática disciplinar para uma prática de controle. Deleuze (1992) chamou a atenção para esse risco ao afirmar que, se a crise do hospital, os hospitais-dia e os serviços comunitários marcaram inicialmente novas liberdades, eles também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com as mais duras formas de confinamento. [...] Assim, se a discussão das relações entre território e produção de cuidado envolve o território como área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde, ela também deve ir além e pensar o território como espaço e percurso que compõem as vidas cotidianas das pessoas e dos usuários de serviços de saúde, espaço relacional no qual a vida pulsa. Isto sem esquecer o território como espaço no qual se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir, alguns engajados na grande máquina capitalista, outros que resistem a sua captura. Não se trata apenas de pensar os deslocamentos no espaço físico, mas de problematizar o olhar sobre o território, para pensar quais os modos de vida que estão sendo produzidos e que clínica é possível aí realizar. (LIMA; YASUI, 2014, p. 598-599)

Portanto, se a questão passa por problematizar o olhar sobre o território a Geografia crítica, na vertente lefevbriana, pode aportar alguns elementos para o entendimento da relação entre os moradores e o espaço e como consequência lançar luz sobre a efetividade dos processos em andamento que visam à reinserção social, para que o trabalho no território não tome o espaço apenas como abstração funcional, ou como um simples repositório de práticas que se produzem no espaço.

Ou, como tradicionalmente o Estado trabalha as questões espaciais, a fim de organizá-las do ponto de vista burocrático, que tradicionalmente não desce aos planos mais objetivos onde as relações sociais se materializam no cotidiano dos bairros, dos centros urbanos e das metrópoles, que podem revelar o avesso das possibilidades anunciadas pelos programas porque são em si mesmo abstrações concretas.

A investigação sobre o conceito de território que o campo burocrático nos apresenta corre o risco de reforçar a integração de indivíduos numa condição de dessolidarização e alienação socioespacial, abrindo uma lacuna para as aspirações de reinserção social e reabilitação psicossocial. Essas legítimas aspirações também podem esbarrar numa via integração de mão única, direcionada a partir das políticas públicas e das possibilidades apresentadas pelas dificuldades encontradas pelos serviços, sem levar em consideração as particularidades socioemocionais e a história de vida de cada morador, podendo tornar-se uma inserção pouco significativa para os ocupantes dos SRT's (SALLES; BARROS, 2013).

Isto posto, podemos sugerir que, se os processos de desinstitucionalização seguiram - e seguem⁴¹ - os ritos jurídicos a contento e os manicômios foram progressivamente desativados a partir de 2001, postulamos, também, como hipótese de trabalho, uma inserção limitada no território e na comunidade, porém uma inserção potente nos serviços de saúde.

Seguir por esta trilha é de suma importância para os trabalhos de campo, na tentativa de deslindar o processo de inserção e reabilitação ocorrendo no tempo presente, *in locu*. Será, portanto, o conteúdo do capítulo III, para tanto se fará imprescindível acompanhar os moradores das SRT's em seus trajetos diários, entrevistar os moradores e trabalhadores das SRT's, familiares e vizinhos das residências, elucidar para o objetivo deste trabalho como o conceito de território e a inserção na comunidade é posto em prática pelos protagonistas das SRT's

⁴¹ A Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, continua válida no território nacional, entretanto o Ministério da Saúde divulgou uma nota técnica, em dezembro de 2017, que dispõe sobre as novas diretrizes que orientarão o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. A partir daquele momento os hospitais psiquiátricos foram reabilitados e voltaram a compor a RAPS como pontos primários de atenção e não mais como serviços substitutivos ou auxiliares, condição em que os Hospitais Psiquiátricos foram colocados após a Lei 10.216. Urgência e Emergência. Na prática, os leitos em hospitais psiquiátricos públicos não continuarão a ser desativados, nem os leitos particulares conveniados com o SUS, a perspectiva é que mais leitos em hospitais psiquiátricos sejam abertos; a internação passa a competir com os serviços comunitários como primeira intervenção no cuidado e não mais como última, como preconiza a Lei 10,2016, depois que todas as possibilidades terapêuticas em liberdade forem esgotadas.

O aporte das categorias trabalhadas pela geografia crítica e pelo pensamento lefevbriano podem ajudar a preencher algumas lacunas para processo de compreensão do espaço e apontar para determinantes que possivelmente não foram levados em consideração pelas políticas públicas e até pela produção e pelo fazer cotidiano do campo da saúde mental. Uma dessas contribuições é a consideração pela velocidade da dinâmica espacial da metrópole contemporânea, que impõe um ritmo de mudanças demasiadamente veloz e que tende a uma espécie de “derretimento de relações sociais comunitárias”.

A ponderação sobre um cotidiano que se esvazia e que resulta em relações sociais frágeis e cada vez mais distantes é um fator com alto grau de importância para as conclusões que podem ser tiradas a respeito das possibilidades de inserção num determinado contexto urbano, e que pode ser tomado como parâmetro para medir o sucesso da integração dos moradores dos SRT's.

A rapidez da vida moderna, a banalização de tudo é o que Ana Fani Alessandri Carlos sugere tomar em conta para pensarmos como a vida cotidiana se desenrola na metrópole contemporânea:

[...]um centro onde a vida flui com incrível rapidez, o que impõe um ritmo alucinante e a banalização de tudo como produto direto do processo de homogeneização. A fluidez do tempo aparece como algo não natural, no dizer de Virilio, “o tempo consciente se recolhe automaticamente, formando um tempo contínuo e sem cortes aparentes.” O ritmo da metrópole é aquele da velocidade contínua, de uma anamorfose que faz da fugacidade um espetáculo de imagens sem sentido. (CARLOS, 2007 p. 35-36)

Seguimos por esta via da fluidez do tempo e do ritmo alucinante da metrópole como elementos importantes para analisarmos as possibilidades e os limites que reabilitação psicossocial encontra para concretizar seus objetivos. E como fatores adicionais temos que considerar as comorbidades em níveis distintos que muitos ex-pacientes carregam e que se materializam em dificuldades cotidianas de locomoção, autocuidado, para a observação de direitos e deveres, obtenção de trabalho e renda, acesso à educação etc.; além das dificuldades determinadas pelo estigma secular imposto às pessoas com transtornos mentais graves.

Ritmos alucinantes, relações distantes e esvaziadas - aprofundadas pela atual pandemia do COVID-19⁴² - reportam fadiga psíquica e adoecimento mental em números

⁴² Uma breve pesquisa na internet feita no mês de fevereiro de 2021 reportou uma série extensa de reportagens, artigos etc. sobre os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental da população brasileira em geral. Números mais precisos podem ser encontrados numa pesquisa feita pelo MS, publicada em setembro de 2020: BRASIL. **Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre**

alarmantes nas sociedades urbanas e sugerem a pergunta sobre se, e até que ponto, os moradores das SRT's conseguem acompanhar os ritmos experimentados por uma metrópole em transe pela construção-desconstrução cotidiana, já tão exaustiva para os habitantes considerados “normais”.

Circunstâncias que poderiam estar propiciando resultados inversos, o estranhamento frente a essa nova realidade produzido nos moradores dos SRT's, ou inesperados, a experiência fora dos manicômios já produziu uma quantidade de informações que informa que muitos moradores se sentem angustiados e desprotegidos com a nova realidade e com o cuidado em liberdade, chegando em alguns casos, preferirem a volta para os antigos hospitais psiquiátricos o que configura limites à inserção social desses moradores. (FURTADO; NAKAMURA, 2014).

Ainda segundo Ana Fani, o estranhamento afeta o cidadão a partir do desaparecimento das referências do lugar:

Produz-se neste processo o estranhamento do cidadão diante da cidade que se transforma com incrível rapidez, eliminando as referências do lugar que diz respeito, diretamente à sua vida e onde se reconhece enquanto habitante de um lugar determinado. (CARLOS, 2007, p. 38)

Para efeito deste trabalho estamos considerando um grupo de pessoas que foram reconduzidas para dentro da metrópole, muitas delas vindas de outras cidades, sem muita ou nenhuma familiaridade com a cidade de São Paulo, onde passaram a viver; outras sem qualquer experiência com a vida urbana – em que pese os esforços e diretrizes para que o usuário vá para a SRT de sua cidade natal ou onde viveu mais tempo.

O estranhamento pode ter impactos ainda mais profundos do que aqueles experimentados pelo cidadão habitual, já que este ainda possui um leque referências anteriores e alguma habilidade em lidar com as transformações em curso. Os novos moradores são postos diante de uma realidade urbana que sempre foi objeto de mudanças, que fomenta novos ritmos, mas que conheceu renovações mais aceleradas a partir dos últimos quarenta anos.

As transformações na morfologia das cidades, no mercado de trabalho, na oferta de serviços, no incremento de novas tecnologias no cotidiano, na reconfiguração de espaços tradicionais etc. são variáveis que impactam fortemente diferentes camadas sociais nos seus afazeres mais corriqueiros do cotidiano.

Carlos (2001) apresenta uma experiência muito elucidativa a respeito dos impactos nas transformações da metrópole paulistana ocorrida na década de 1990 com a abertura do novo trecho da Avenida Faria Lima, que cortou os bairros do Itaim Bibi e da Vila Olímpia.

O trecho acabou erigindo uma barreira para a circulação das pessoas idosas que terminam por não lograr atravessar as oito pistas dentro do tempo estipulado pelos semáforos. Intervenções urbanas como esta são exemplos de metamorfoses que provocam profundas mudanças nos ritmos e nas temporalidades, apagam memórias que identificam e ajudam a dar sentido à vida das pessoas do lugar, destroem os locais do encontro e as áreas de referência das gerações anteriores. A Nova Faria Lima fez brotar uma espécie de segregação social para as pessoas idosas, confinando-as em seus respectivos bairros (SANTOS, 2016).

De toda forma são movimentos reflexos de uma dinâmica maior que toma a cidade moderna não mais como lugar passivo de produção, mas que submete e intensifica a exploração total da sociedade, antes reservada aos estratos do proletariado clássico do universo fabril e que, deste momento em diante, produz novas formas de sociabilidade. (LEFEBVRE, 1991).

É dizer também que, assim como os espaços, a totalidade das relações sociais constituintes passam a ser inscritas dentro da lógica que privilegia o valor de troca sobre o valor de uso das coisas, mediadas pelo signo do dinheiro. Portanto o uso e apropriação dos espaços se subordinam cada vez mais fortemente às possibilidades dadas pela forma monetária.

As pretensões de inserção dos moradores dos SRT's na comunidade não podem ignorar os limites colocados pela mediação da forma mercadoria, que imprime nos espaços urbanos o signo da monetarização e que franqueiam acesso apenas àqueles possuidores de dinheiro. É sabido de antemão que a falta de dinheiro sempre foi um fator limitante para o exercício da cidadania plena nos moldes da sociedade burguesa e para a sociabilidade mais geral, mas essas limitações mais gerais são intensificadas por uma metrópole cada vez mais segregada e carente de espaços públicos.

Dado que, a priori, os moradores dos SRT's são pessoas com enormes dificuldades de acesso ao mundo do trabalho, sobrevivendo com escassos recursos percebidos por programas governamentais.

Além do peso do estigma da loucura, da classe, da raça, do gênero que se somam para subtrair as possibilidades de reabilitação psicossocial e reinserção social. Aqui propomos, então, um outro limite a ser explorado para determinar as possibilidades de inserção social para os pessoas egressas de instituições manicomiais que passaram a viver na metrópole paulistana.

A partir do momento que o espectro da desinstitucionalização dos pacientes manicomiais foi consolidado pelas lutas em defesa do cuidado em liberdade, discutir questões que envolvem a produção e as transformações dos espaços, as relações sociais que materializam a qualidade dos lugares, a apropriação dos espaços pelos seus habitantes, as alterações na morfologia das cidades etc. e outras questões familiares à Geografia passaram a ser tematizadas também pelo campo da saúde mental.

A aprovação da lei 10.216 e das portarias subsequentes, que consagraram, pelo menos no âmbito institucional, a supremacia do tratamento comunitário, fizeram com que o campo da saúde mental fosse impelido ao encontro com outros saberes que transpunham a visão clínica da loucura, tornando necessária a ampliação do repertório de conhecimentos que não era de interesse para a medicina psiquiátrica tradicional, enquanto o modelo asilar vigorou (quase) exclusivamente no cuidado ofertado as pessoas com transtornos mentais.

As normativas do poder público produzidas após 2001 expressam procuram dar conta dessas novas demandas trazidas pelo tratamento comunitário. A política pública estabelecida para as Residências Terapêuticas destacava que:

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um RT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. (BRASIL, 2004)

O documento síntese do Ministério da Saúde ressalta que a questão central é a moradia, compreende-se que os processos terapêuticos especializados não constituem o foco do estabelecimento e funcionamento de uma Residência Terapêutica. As diretrizes procuram enfatizar a questão do habitar, evitando, ao máximo, que a residência se torne um lugar de cuidado, o que poderia enviesar a sua finalidade primeira:

Por ser recente, a implantação dos RT's vem sendo discutida em vários âmbitos, de modo a assegurar que esta alternativa seja a mais adequada possível para auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração à comunidade. É preciso ter sempre em mente que a questão central é a moradia, o morar, o viver na cidade. Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município. (BRASIL, 2004)

Mais adiante o documento aprofunda a importância do território, destacando que não podemos tomá-lo apenas como área geográfica, mas como a concatenação da área geográfica com as relações sociais encontradas:

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.) (BRASIL, 2004).

O espaço passa a figurar como uma categoria relevante para pensar a eficácia do tratamento comunitário e alguns marcos teóricos vão nortear as abordagens que o campo da saúde mental tomou emprestado para seus objetivos. Lima e Yasui (2014) destacam que os trabalhos do geógrafo Milton Santos, dos filósofos Giles Deleuze e Félix Guattari (LIMA; YASUI, 2014) e, também, do filósofo Michel Foucault foram referências de primeira grandeza para formular as perspectivas de trabalho dentro do conceito cunhado como lógica do território.

Não é nosso objetivo e não caberia no escopo deste trabalho analisar a maneira como esses pensadores foram compreendidos pelo campo da saúde mental. Mas é importante destacar que houve esforços no sentido de trazer para dentro das elaborações sobre o trabalho no território pensadores não identificados estritamente com campo da saúde, ou que nem do campo da saúde faziam parte, como é o caso do geógrafo Milton Santos.

Para nossos objetivos mobilizaremos a ideia lefevbriana do habitar-habitat, que apareceu no seu trabalho intitulado O direito à cidade (1968) e depois voltou a ser empregada – e reconsiderada nos textos compilados no volume “Espaço e Política: o direito à cidade II” - em trabalhos posteriores como uma categoria analítica das cidades e do cotidiano.

Os conceitos procuram dar conta da compreensão de um período histórico de transformações da vida urbana no qual o sentido criativo e as apropriações dos conteúdos inerentes à vida humana vão cedendo lugar às abstrações do espaço. Essas abstrações incidem sobre o espaço sob os signos do valor de troca e da mercadoria e consequentemente passam a determinar a vida cotidiana, conectadas com a lógica de acumulação capitalista, refletindo no processo de urbanização da modernidade.

Não obstante a categoria habitar esteja colocada numa perspectiva utópica, ela foi se reduzindo ao habitat em função das exigências de ordenamento do espaço, personificadas pela ação da burocracia estatista, dentro do contexto do modo de produção capitalista do pós-guerra (LEFEBVRE, 2016).

O resultado dessas transformações é uma força que tenciona o cotidiano em direção à produção de uma homogeneidade imposta, criando referenciais para a vida que procuram diminuir a participação social (CARLOS, 2020). Marcando temporalmente a criação do par habitar-habitat, Lefebvre diz que o momento se desenrola após a Comuna de Paris (1871), quando os operários e demais membros das classes despossuídas tentaram um retorno forçoso para o centro do Paris, haja visto que as reformas executadas antes do estouro da rebelião de 71 havia relegado às classes despossuídas da cidade os subúrbios e periferias. (LEFEBVRE, 1991)

Se o processo havia começado lá pela segunda metade do século XIX, após a II Guerra, Lefebvre observava o aprofundamento do conceito de habitat: “levado à sua forma pura pela burocracia estatal” (LEFEBVRE, 1991, p.26). Naquele momento a consumação do conceito de habitat era conduzido pelo Estado com a construção de habitações populares, em face de uma crise habitacional oriunda das destruições massivas resultantes do conflito mundial. Lefebvre se referia ao processo nos seguintes termos:

[...] Após a última guerra, todos sentem que o quadro das coisas se modifica em função das urgências, de coações diversas: impulso demográfico, impulso da industrialização, afluxo dos interioranos para Paris. A crise habitacional, confessada, verificada, transformassem catástrofe e corre o risco de agravar a situação política ainda estável. As urgências transbordam as iniciativas do capitalismo e da empresa privada, a qual aliás não se interessa pela construção considerada insuficientemente rendosa. O estado não pode mais se contentar com regulamentar os loteamentos e a construção de conjuntos, com lutar (mal) contra a especulação imobiliária. Através de organismos interpostos, toma seu cargo à construção de habitações. Começa o período dos novos conjuntos e das novas cidades (LEFEBVRE, 1991, p.25).

O Estado francês reivindicou para si a construção de novas habitações, tomando a dianteira com relação ao mercado imobiliário tradicional, as urgências do momento assim o exigiam. O Estado consumava seu programa de habitação construindo moradias de dois tipos distintos: os conjuntos e os pavilhões. Conjuntos eram os blocos de apartamentos, já os pavilhões eram formados por residências nos subúrbios, isoladas umas das outras.

Os dois tipos encarnavam formas diferentes do habitat, os pavilhões mantinham uma certa liberdade na disposição dos espaços, nos conjuntos a exclusão do habitar, da plasticidade do espaço se mostravam com mais força, dispostos de forma a concatenar o

morar com a mecanicidade da vida sob os desígnios do mundo do trabalho no capitalismo financeiro-industrial, turbinado pela consolidação da forma fordista de organização do trabalho no pós-guerra.

“Os novos conjuntos serão marcados por uma característica funcional e abstrata: o conceito do *habitat* levado à sua forma pura pela burocracia estatal” (LEFEBVRE, 1991, p. 26 - grifos do autor). O *Direito à cidade* (1968) trouxe concepções fundamentais para a compreensão da vida na metrópole contemporânea a partir das considerações que Lefebvre fez sobre a dinâmica das transformações espaciais operadas no período que se abre com o fim da II Guerra.

O habitar, reduzido ao *habitat*, está inscrito e mantém relações dialéticas com as considerações críticas que Lefebvre havia feito sobre a vida cotidiana. Em *A vida cotidiana no mundo moderno*, Lefebvre apontou uma série de transformações que soariam muito familiar para um leitor do século XXI, ainda que o autor tenha ressaltado que tais apontamentos não haviam sido abordados com a atenção merecida para o momento.

De toda forma são apontamentos que nos remete a questões atuais e merecem um olhar atento para as considerações das relações estabelecidas em nossos dias. Esses apontamentos diziam respeito:

- a) A lenta e profunda ruptura entre o cotidiano e o não-cotidiano (religião, arte e filosofia), ruptura correlativa a outras cisões (entre o econômico e as relações imediatas e diretas, entre a obra e o produto, entre o privado e o público);
- b) A deterioração dos estilos, o fim da inserção dos objetos, dos atos, dos gestos no estilo como um todo, a substituição do estilo pela cultura, pela arte e pela “arte pela arte” (isto é, pelo estetismo);
- c) A separação “homem-natureza”, a deslocação dos ritmos, a ascensão da nostalgia (saúde da natureza perdida, do passado), o enfraquecimento do drama, ou melhor, do trágico e da temporalidade;
- d) A rejeição dos símbolos e dos simbolismos em proveito dos signos e, em seguida, dos *sinais*;
- e) A dissolução da comunidade e a ascensão do individualismo (não idêntico à realização do indivíduo, longe disso);
- f) A atenuação, mas não desaparecimento, do sagrado e do maldito, deslocados, mas não substituídos pelo profano;
- g) A acentuação da divisão do trabalho, levada ao parcelamento extremo, com nostalgia da unidade e compensação do fragmentário pela ideologia;
- h) A inquietação pela invasão do *insignificante*, mal compensado pela intensificação dos signos e significados. (LEFEBVRE, 1991, p. 46)

As considerações levantadas por Lefebvre sobre o cotidiano do pós-guerra em mutação trazem outros fundamentos para caracterizar o mal-estar que paira na sociedade

capitalista e que engloba os diversos estratos e classes sociais. A burguesia gerencia o processo, mas ela própria se encontrava enredada num processo que resulta num movimento autotélico de busca pela satisfação, este é o objetivo e a legitimação dessa sociedade.

Essa busca tem como suporte o hedonismo e estetismo. Uma das consequências visíveis já naquele momento era a obsolescência das necessidades, poderíamos inferir, dos desejos. Lefebvre coloca em outro patamar a questão do mal-estar na civilização proposta por Freud nos anos 30. Lefebvre discute o mal-estar observando as classes sociais e as estratégias de dominação de classe sob outras perspectivas. Uma delas é um reposicionamento da questão do desejo:

Aqueles que manipulam os objetos para torná-los efêmeros manipulam também as motivações, e é talvez a elas, expressão social do desejo, que eles atacam, dissolvendo-as. Para que a usura “moral” e a obsolescência das coisas trabalhem rapidamente, é preciso também que as necessidades envelheçam, que jovens necessidades as substituam. É a estratégia do desejo! (LEFEBVRE, 1991, p. 91)

O pensamento lefevbriano incorporou as categorias de dominação de classe das interpretações marxistas tradicionais, assentadas principalmente no Estado e nas suas instituições, mas avançou tentativa de compreender categorias mais sutis – como a estratégia do desejo – diluídas nas relações sociais fluidas do cotidiano. Segundo ele a legitimação dessa sociedade também passa pela satisfação das necessidades, que surgem – ou são criadas? – com prazo estabelecido.

O tema da obsolescência e da efemeridade dos desejos e das necessidades, bem como a conseqüente velocidade que se impõe para a satisfazê-los, passa a ser um ponto crucial para elucidar a dinâmica de funcionamento do capitalismo do pós-guerra.

As novas formas de dominação estão conectadas com a forma primeira de reprodução da sociedade capitalista estruturada na produção de mais-valia, os mecanismos de acumulação se diversificavam e procuravam impor seu *modus operandi* aos movimentos mais simples da vida e às esferas da vida privada. Tratava-se de tentar organizar o cotidiano até suas formas mais elementares, tentativa que parte do Estado, do semi-planejamento dos aspectos da vida.

A arquitetura e o urbanismo ganharam especial atenção para o pensamento lefevbriano justamente por colocarem-se como campos privilegiados para o reordenamento da vida, por meio da tentativa de reordenamento do espaço. O espaço, ele próprio, entra no circuito da troca e a lógica da produção no espaço transforma-se na produção do espaço (LEFEBVRE, 1991).

Esse contexto enseja novas formas de reprodução social que procuram dar sentido a esta sociedade que se pretende racional, mas que, no entanto, produz indivíduos com cada vez menos possibilidades de dar sentido para a sua vida cotidiana. O espaço ganha um lugar importante na produção da racionalidade externa ao indivíduo, a alienação e o estranhamento produzidos pela sociedade produtora de mercadorias são reforçados pela questão espacial.

Mas isto não resulta em uma ausência completa de sentido para a vida, e sim, que o sentido proposto direciona o sujeito à subsunção na sociedade burocrática do consumo dirigido, que, por sua vez, traduz-se na generalização do modo de vida das classes médias do pós-guerra, influenciadas, na Europa, pelo *way of life american*.

Os hábitos de vida e consumo das classes médias foram difundidos para outras classes, para o proletariado, em especial. A publicidade também ganhou outra importância, diferentemente da publicidade do século XIX até a primeira metade do século XX, que presumia as funções de informar, descrever e já, naquele momento, de exercitar o desejo, de forma embrionária, todavia, na segunda metade do século XX, a publicidade passa a comprar o rol das estratégias de satisfação do desejo, além das anteriores. Segundo Lefebvre:

Na segunda metade do século XX, na Europa e na França, *nada* (um objeto, um indivíduo ou um grupo social) *vale*, a não ser através da sua duplicata: a imagem publicitária que o aureola. Essa imagem *duplica* não apenas a materialidade sensível do objeto, mas o desejo, o prazer. Ao mesmo tempo, ela torna fictícios o desejo e o prazer, situa-os no imaginário. É ela que traz “felicidade”, isto é, a satisfação do estado consumidor. A publicidade, destinada a suscitar o consumo dos bens, torna-se assim o primeiro dos bens de consumo. Ela produz mitos, ou melhor, não produzindo nada, apodera-se dos mitos anteriores. Ela drena os significantes em direção a um duplo objetivo: oferecê-los tais quais o consumo geral – estimular o consumo determinado de uma coisa. (LEFEBVRE, 1991, p. 115)

Quão familiar podem soar essas palavras aos ouvidos de um leitor dos tempos que correm! Quando analisamos de que forma o cotidiano foi colonizado por formas de reprodução do capital, de apropriação de mais-valia e de reprodução do valor e o papel central que a publicidade ainda ocupa nos processos de ventilação das necessidades. As formas de reprodução que se espriavam pelo cotidiano criaram relações sociais e novas formas imagéticas.

Determinadas formas de ser e de estar no mundo passaram a ser integradas na sociedade do consumo burocrático dirigido. Segundo Lefebvre, o americanismo buscou “desideologizar” a Europa dos grandes conceitos como o universalismo da razão e as identidades nacionais. Tentou determinar o fim das classes sociais, para tanto contou a

integração de parte do marxismo, que teve sua cota de participação na produção desse modelo de cotidianidade.

Nesse avanço da modernização capitalista sobre a vida cotidiana⁴³, a prática e os modos de ser e viver dos indivíduos, intensificados ao longo do século XX, particularmente no período do pós-guerra. Santos (2021) aponta que o resgate de certas dimensões da vida tidas como irracionais – a prática, o corpo, o gozo e os instintos – são aspectos centrais para a renovação de um programa teórico-prático proposto pelo pensamento lefebvriano, que por sua vez, sustenta a noção do direito à cidade.

O direito à cidade não pode ser tomado, ou não apenas, como o direito de fruir e usufruir da cidade tal qual a conhecemos, ainda menos resume-se aos projetos de urbanização tocados por governos e entes privados. O direito à cidade lefebvriano carrega a dimensão utópica, marcada por essas categorias historicamente negligenciadas pela razão instrumental, ou subsumidas a ela. O processo é tido como de ocultação dessas dimensões. Segundo Santos (2021, p. 13-14):

No campo da análise crítica, Lefebvre observa o trabalho de ocultação operado pela razão ocidental moderna, que apaga o corpo, os prazeres, as paixões, os instintos e o sonho, bem como rebaixa o papel da natureza, subordinando-o. Trata-se do mesmo movimento que põe à sombra, em suma, a dimensão dionísíaca da vida. Uma poderosa representação amparada nesse movimento sustenta um universo de coações bastante reais. O corpo, a natureza e as paixões, quando emergem no horizonte, aparecem como matéria dominada, subjugada e servil aos próprios projetos da razão. É somente assim que a história pode ser o cavalgar do grande espírito do mundo, que coloca a seu serviço a natureza inteira, incluindo aí os impulsos cegos de homens imperfeitos.

Os indivíduos socializados pela sociedade do consumo burocrático dirigido preferem buscar segurança às aventuras revolucionárias, mas não se trata de uma escolha totalmente consciente, mas da imposição de uma forma de estar no mundo que resulta castradora, que procura, para equilibrar-se em meio às contradições sempre em marcha do processo de reprodução capitalista. Negligenciar o corpo, o sonho, a loucura, etc., mas também tentar eliminar a reintrodução da festa, no sentido mais antigo, talvez, o sentido camponês, por exemplo. Ou, então, formatá-la para privilegiar a ganância e a prodigalidade.

A festa transformada em evento de puro entretenimento, com hora para começar e acabar, com ritos programados e pré-formatados. As festas retiradas das ruas e alocadas em espaços fechados em nome da segurança e da ordem.

⁴³ No capítulo 3 discutiremos algumas atualizações do american way of life e o impacto na vida dos moradores.

Negligenciar, formatar, enquadrar, entretanto, não fazem com que as dimensões e os resíduos não reificados estejam completamente ausentes do fazer cotidiano e que não possam ser (re)apropriados. Novas experiências que possibilitem o contato com a dimensão dionisíaca da vida, ou o resgate delas, podem proporcionar experiências que passem ao largo da satisfação de desejos produzidas pela sociedade burocrática do consumo dirigido. Aí uma parte do projeto lefebvriano de resgate da utopia contra a sociedade produtora de mercadorias e também frente aos marxismos ortodoxos e as filosofias do sujeito⁴⁴.

Retomando o objeto deste estudo, pensar o processo de reabilitação psicossocial nos remete para a complexidade dos processos cotidianos, citados anteriormente. Pensar a imbricação dos moradores e ex-internos na sociedade burocrática do consumo dirigido, a lida diária com sujeitos quase totalmente despossuídos de renda, trabalho, lazer, cultura, das determinações mais imediatas da reprodução.

Para os nossos objetivos trata-se também de investigar a apropriação das dimensões negligenciadas na vida dessas pessoas. A história dessas pessoas desemboca muitas vezes naquilo que ficou conhecido como uma “carreira psiquiátrica”. Transitando de instituição em instituição, ou passando muitos anos em apenas uma, segregados do convívio social mais elementar as possibilidades de apropriação tornam-se mais escassas.

O trabalho de (re)construção de múltiplas dimensões é uma das metas propostas pelos serviços frente à mortificação do eu acarretada pelas instituições asilares (GOFFMAN, 2001). Parte fundamental do processo é o acesso ao dinheiro e consequentemente ao consumo, práticas quase inexistentes nas instituições asilares, e que ajudam a encaminhar questões imediatas.

O PVC é a ferramenta mais acessível para os moradores suprir algumas carências materiais, mas não é suficiente. A falta constante e crônica de dinheiro é um empecilho para a reabilitação dos laços sociais, isso pode ser verificado nas possibilidades restritas de circulação dos moradores pela cidade, pela dificuldade de visitar parentes e de comprar objetos de desejo. Criam-se modos de vida relativamente desmonetarizados e que se tornam precariamente monetarizados, criam-se um novo tipo de pobreza imiscuída na sociedade. A falta de dinheiro tem a ver com os valores destinados para os programas de

⁴⁴ A restituição das dimensões concretas alienadas se posiciona no cerne de um projeto que prioriza a apropriação, como estratégia subversiva e finalidade, num processo ativo de desalienação. Essa apropriação não é somente a apropriação do produto alienado, mas também do tempo, do corpo, dos desejos, do sonho e do espaço, o principal entre estes e que os viabiliza. (SANTOS, 2021, p.20)

assistência, mas também passa pelo acesso dificultado ao mundo do trabalho, é aqui que as barreiras são quase intransponíveis.

O mundo do trabalho dita ritmos e normas que são, muitas vezes, difíceis para serem assimiladas pelas pessoas com transtornos mentais graves. Ainda que haja especificidades nos ritmos de trabalho, esses indivíduos viveram por muito tempo outros tempos, uma série de habilidades e competências lhes foram negligenciadas. As especialidades são entrecortadas por ritmos diferentes, se tomarmos o período em que os moradores viveram encerrados nos manicômios os relatos apontam para temporalidades conflitantes dentro e fora dos muros.

Opções de trabalho são oferecidas aos moradores a partir do trabalho feito nas casas, mas principalmente pelos CAPS por meio de oficinas de geração de renda e práticas de economia solidária⁴⁵. Em geral, o mundo do trabalho não está preparado para receber pessoas com tais demandas e não identificamos nesse trabalho programas públicos ou privados de inserção de pessoas com transtornos mentais graves no mercado de trabalho, o que já ocorre com frequência para as pessoas com deficiências.

Como apontou Foucault (2002) as relações com o trabalho são um dos grandes domínios de atividade que constrói a identidade dos sujeitos da modernidade, junto à sexualidade e família, fala e linguagem, jogos e festas. Estar excluído de qualquer uma dessas categorias podem significar assumir o lugar da marginalidade social⁴⁶. O lugar da marginalidade social também é o lugar de inúmeros preconceitos e pré-julgamentos que vão sustentá-la.

Manifestam-se aí a opressão e as formas de terrorismo cotidiano. Parece-nos que as considerações lefebvrianas sobre o tema encontram intersecções com das palavras da pensadora húngara Agnes Heller em termos de dominação social. Heller aprofunda os

⁴⁵ A Economia Solidária (ES) é um movimento com o intuito de organizar atividades de produção, de distribuição e de consumo, entre outras atividades relacionadas para a satisfação das necessidades de diferentes ordens. Como uma forma de reação ao mundo produzido pelo sistema capitalista, a ES tem como visão de mundo a ideia de que a principal virtude de qualquer sistema econômico é promover a cooperação entre as pessoas, famílias, comunidades, países, etc. (SINGER, Paul. Saúde Mental e Economia Solidária. In: BRASIL. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, p.11-12)

⁴⁶ Lefebvre (1991) discorre sobre a propagação daquilo que ele considera um modelo de ‘terrorismo’ das formas no cotidiano que serviria para mascarar o falseamento da transparência do real e, no limite, impede que as pessoas criem na sua própria experiência. A carência de certeza sobre os acontecimentos do real e a dificuldade para tirar conclusões sobre as experiências vividas, experiências emocionais-sensoriais, e também a possibilidade de introduzir a dúvida sobre questões tradicionalmente consagradas são elementos que ensejam a discussão atual sobre pós-verdade. Ver SIEBERT, Silvânia; PEREIRA, Israel Vieira. **A pós-verdade como acontecimento discursivo**. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ld/a/vykt83t8h8874gJT7ys46sy/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jan. 2022.

processos de produção dos preconceitos e discorre sobre sua incorporação deles pela sociedade produtora de mercadorias como um aspecto funcional dessa forma social (HELLER, 2004).

Os preconceitos modernos funcionariam em duas instâncias: proporcionam a mobilização de indivíduos em torno dos interesses da classe burguesa, ao mesmo tempo que os desmobilizam quando o movimento é de integração dentro da sua classe. Como principal elemento produtor dos preconceitos a classe burguesa o faz com maior intensidade porque pretende, além de dominar as outras classes e estamentos sociais, universalizar sua ideologia, a despeito de ter sido a classe que mais combateu os preconceitos aristocráticos-estamentais nas lutas contra o Antigo Regime.

A maioria dos preconceitos, embora nem todos, são produtos das classes dominantes mesmo quando essas pretendem, na esfera do *para-si*, contar com uma imagem do mundo relativamente isenta de preconceitos e desenvolver as ações correspondentes. O fundamento dessa situação é evidente as classes dominantes desejam manter a coesão de uma estrutura social que lhes beneficia mobilizar em seu favor inclusive os homens que representam interesses diversos (e até mesmo em alguns casos as classes e camadas antagônicas). Com ajuda dos preconceitos, apelam a particularidade individual, que - em função de seu conservadorismo de seu comodismo e de seu conformismo, ou também por causa de interesses imediatos é de fácil mobilização contra os interesses de sua própria integração e contra práxis orientada no sentido do humano-genérico. O camponês húngaro que se lançou com entusiasmo na primeira Guerra Mundial, ou o operário alemão entregue de corpo e alma Hitler, foram tipos humanos manipulados através de sistemas de preconceitos. Não é casual que fossem manipulados: seus interesses imediatos, sua particularidade individual, foram mobilizados contra seu ser humano-genérico, e de um de tal modo que passaram aceitar como integração superior as formas ideais de serviço a uma “consciência de nós”. (Heller, 2004, p.54)

Tentando refutar a sociologia do seu tempo, Heller enfatiza que a disseminação dos preconceitos parte de um núcleo comum, a classe burguesa e pretende a homogeneização de uma certa visão de mundo e a desagregação dos indivíduos das classes não proprietárias quando essas colocam em marcha a luta pelos seus interesses, ou, mais importante, que os preconceitos atuem para afastar “naturalmente” os indivíduos dessas classes, tentando evitar que haja qualquer tipo de mobilização. Tratar-se-ia da mobilização da sociedade inteira contra outras sociedades e contra grupos estigmatizados, e não apenas de preconceitos localizados.

Heller sustenta que até a modernidade nunca houve este tipo de mobilização e que sociedades rivais se respeitavam, chegando muitas vezes a valorizarem-se mutuamente, como gregos e troianos ou as famílias no período do feudalismo (HELLER, 2004).

Heller e Lefebvre foram contemporâneos, pensadores que assistiram ao ressurgimento da sociedade capitalista do pós-guerra com alguns arranjos sociais singularmente

diferentes daqueles da primeira metade do século XX e atualizações de outros que já compunham o *modus operandi* do sistema capitalista.

Como apontado no Capítulo I, a interpretação da loucura a partir da visão hegemônica europeia passou por várias transformações ao longo da história, mas até nossos dias e apesar das inúmeras contribuições sobre o tema, arrasta-se uma visão solidamente ancorada na assunção da modernidade e na interpretação pineliana sobre o fenômeno, qual seja, a prevalência da visão médica e a persistências dos sistemas asilares de segregação da loucura.

A modernidade capitalista impõe a sociedade como um todo uma série de opressões e preconceitos, nem sempre palpáveis, ao mesmo tempo e dialeticamente surgem resistências que levam a rachaduras dentro desse cotidiano que se pretende impermeável.

Como pontuou Lefebvre nesse emaranhado de sujeições há espaço para aquilo que não se ajusta aos formalismos, o resíduo, a resistência, o que não se submete na teia das abstrações cotidianas (COSTA *et al.*, 2014). Como posicionar a loucura nessa compreensão da dinâmica social? Entendemos que, a priori, o fenômeno da loucura ainda carrega o signo do desajustamento perante a ordem estabelecida, os manicômios continuam a existir, mas não é possível afirmar que loucura é sinônimo de resistência. É mais sugestivo dizer que loucura, antes de tudo, é sofrimento.

O caso das pessoas com transtornos mentais graves é peculiar porque observa-se que os estigmas seculares oriundos da marginalização social continuam assombrando a vida dessas pessoas, acrescidos dos pré-julgamentos próprios da condição do louco.

A construção da figura do louco como um tipo eminentemente violento, incapaz e delirante em tempo integral interpõe-se como os estigmas e preconceitos de raça, classe e gênero, afundando essas pessoas numa espiral de marginalizações. Os movimentos de resgate da cidadania e da dignidade deparam-se com dificuldades de toda ordem, mas ensejaram boas práticas de cuidado e formas inventivas de inclusão.

Os SRT's são frutos da luta por outro cuidado e resultaram da percepção que a questão da moradia não é secundária, é fundamental, mas também não é decisiva, final. Morar em algum lugar da cidade, fora dos muros não significa estar livre das formas de opressão da sociedade produtora de mercadoria, da produção espacial, das temporalidades, enfim, mas significa que a instância de opressão e controle específica impostas pela lógica manicomial foram desabilitadas. Instâncias que, entretanto, eram a centralidade da vida dessas pessoas.

Acompanhar como ocorre a apropriação dos espaços pelos moradores dos SRT's torna-se uma questão essencial para o desenvolvimento deste trabalho. Este percurso nos ajuda a entender as modificações que vão sendo operadas na vida desses indivíduos e transformações proporcionadas pelo cuidado em liberdade. Para tanto compreender a complexidade da questão mobilizamos algumas ideias lefebvrianas como o par *habitar-habitat*, que é um dos fios-condutores do pensamento deste autor, discutido com maior profundidade no direito à cidade (LEFEBVRE, 2001).

Pontuamos que esses conceitos podem enriquecer a compreensão de como os diversos grupos sociais usufruem dos espaços aos quais estão inseridos e nos permitem reconhecer as opressões que incidem nesses espaços simultaneamente, ou seja, vislumbrar a riqueza de movimentos que performar os espaços sociais.

Entendemos, portanto, que esses momentos possam ser capturados também na dinâmica dos moradores dos SRT's e suas relações com a vizinhança e com o poder público. Como aponta Santos (2019) num primeiro momento a sociedade industrial reduz a função do *habitat* a atos elementares como alimentação, abrigo e reprodução.

A função do *habitat* pode ser pensada como o espaço que procura viabilizar tão somente as funções biológicas. Santos recupera Lefebvre para nos lembrar que o pensador francês aponta ainda a deterioração do que fora um dia a ideia de *habitar* provocada pelo progresso da sociedade industrial.

No reino do *hábitat*, desapareceu do pensamento e deteriorou-se fortemente na prática o que fora o *habitar*. Foi preciso a reflexão metafilosófica, de Nietzsche e de Heidegger, para tentar a restituição nesse sentido: o *habitar*. O *hábitat*, ideologia e prática, chegava inclusive a reprimir as características elementares de uma vida urbana, constatadas pela ecologia mais sumária [...]. O *hábitat* foi instaurado pelo alto: aplicação de um espaço global homogêneo e quantitativo obrigando o “vivido” a encerrar-se em caixas, gaiolas ou “máquinas de *habitar*” (Lefebvre, 1999, p. 80-81 APUD Santos, 2019, p. 545)

O pulsar da vida que incide dos indivíduos, ainda que encerrados em muitas determinações heterônomas, faz com que esses indivíduos interajam com essas mesmas determinações ou reajam a elas. Produzem-se movimentos de integração, de assimilação e também de rejeição às determinações impostas. As diversas formas de existência estão adaptadas ao meio, mas outras estão em franca rota de colisão com os condicionantes externos.

Assim que, como aponta Santos, a lógica que se produz no espaço não é simplesmente a mimese dos formalismos impostos pelos ditames da sociedade industrial. Há aí todo um movimento dialético que, dentro do projeto lefevbriano, abre espaço para aquilo que não se sujeita.

Além de efetuar a crítica, essa dialética emerge também como arena das possibilidades e de um projeto utópico renovado. Isso significa dizer que a dialética espacial não dá ganho de causa incontestemente aos formalismos ou à racionalidade que procuram dominar o cotidiano. No projeto lefebvriano, há lugar para aquilo que não cabe, que não se sujeita e não se ajusta imediatamente ao plano redutor da forma e dos formalismos, tal como o “resíduo”, a “resistência” ou o novo que se projeta no “virtual”: uma dimensão extraída do âmbito do conteúdo que não se apaga diante do ímpeto da abstração. (Santos, 2019, p. 547)

A dimensão do resíduo e da resistência é a chave para entendermos o processo de produção do espaço em oposição à ciência do espaço.

A lógica formal, positiva e da justa medida, que rejeita ou não compreende o direito à diferença, que nega o próprio movimento de negação dos conteúdos dialéticos do espaço social e suas contradições, negando, assim, os próprios conteúdos aos quais se remetem, não pode, por isso, abarcá-los completamente, deixando de fora elementos residuais que retornam em forma de resistência e, frequentemente, de conflito social. Desse modo, também a relação entre uma *ciência do espaço* e uma teoria sobre a *produção do espaço* “corresponde à articulação entre lógica e dialética”. (Santos, 2019, p. 547)

A dimensão do habitar-habitat foi trazida para esse trabalho para tentarmos compreender quais são os conteúdos negados dentro da prática espacial dos SRT's, as especificidades das formas de dominação impostas para esse público, bem como as manifestações de resistência que são exercidas pelos moradores na apropriação do espaço. Alguns direitos que lhes foram negados por anos, às vezes décadas, agora são oferecidos e poderão ser apropriados. Tratando-se de pessoas com transtornos mentais graves e dos estigmas que essa condição carrega, a possibilidade de estar em algum lugar público pode ser encarada como uma forma de resistência.

Usufruir de um espaço público ou privado constitui-se uma brecha dentro da limitação imposta ao louco, que o transforma em uma espécie de pária social, aquele que deveria ser mantido longe dos olhares. Entretanto, consideramos que os modos de inserção obedecem aos conteúdos específicos dos espaços.

Os espaços possuem modos de sociabilidade singulares e não são, portanto, espaços neutros. Para nossos objetivos, observar a reinserção dos moradores tem a ver com compreender como a vida cotidiana vai sendo atravessada por modos de sociabilidade ausentes dentro das instituições e a relação dos moradores com esses conteúdos, inéditos para alguns.

Desabilitado os modos de sociabilidade impostos pelo modelo hospitalocêntrico outros entram em cena. De toda forma por que não supor que o modelo manicomial de

sociabilidade persista, ainda que fragmentado fora dos manicômios? A partir dos conceitos mobilizados passaremos buscar entender o funcionamento dos SRT's escolhidos dentro da lógica espacial na metrópole contemporânea.

5. CAPÍTULO 3 – A CASA COMO ELA É E SEUS MORADORES

As residências localizadas no bairro do Brooklin são classificadas como tipo I e II⁴⁷, sendo a que a residência Tipo I é mista e conta com oito moradores, 12 Acompanhantes comunitários (AC's)⁴⁸, divididos em turnos de 12x36 (doze horas de trabalho por 36 de descanso) uma coordenadora e uma técnica em enfermagem.

A coordenadora possui formação em psicologia, aos AC's é necessário que tenham concluído o ensino médio. A residência Tipo II também é mista conta com 10 moradores, que chegaram de hospitais psiquiátricos fechados ou provenientes de outras residências no interior do estado. A casa conta com 14 trabalhadores, 12 AC's que alternam turnos de doze horas, um coordenador e uma técnica em enfermagem.

O coordenador desta residência também possui formação em psicologia, a técnica de enfermagem foi designada para atuar na parte clínica, por exemplo, na administração das medicações, mas também participa dos momentos da vida cotidiana que acontece na casa.

⁴⁷ Cada casa deve ser organizada segundo as necessidades e gostos de seus habitantes: afinal é uma moradia! Por isso, a rigor, deverão existir tantos tipos de moradias quanto de moradores. No entanto, pensando em termos bem gerais, temos dois grandes tipos de SRT's:

RT I – O suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação etc.). O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, quando houver. Devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade. Este é o tipo mais comum de residências, onde é necessário apenas a ajuda de um cuidador (pessoa que recebe capacitação para este tipo de apoio aos moradores: trabalhador do CAPS, do PSF, de alguma instituição que faça esse trabalho do cuidado específico ou até de SRT's que já pagam um trabalhador doméstico de carteira assinada com recursos do De Volta Para Casa).

RT II – Em geral, cuidamos de nossos velhos, doentes e/ou dependentes físicos, inclusive com ajuda de profissionais: o RT II é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, este tipo de RT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24h/dia.” (BRASIL, 2004, p.10)

⁴⁸ Os AC's têm como função:

a) Atuação na recepção dos usuários, possibilitando uma ambiência acolhedora, facilitando a integração com os demais moradores; b) Apoio e monitoramento nas atividades básicas e instrumentais da vida diária; c) Suporte e acompanhamento dos cuidados com a moradia, como organização e limpeza do ambiente e preparação dos alimentos; d) Contribuição para desenvolver a autonomia e a independência, respeitando o processo individual de cada usuário; e) Apoio e colaboração no processo de reaproximação e fortalecimento do vínculo com a família quando for o caso; f) Acompanhamento do usuário aos serviços de saúde, educação, profissionalização e outros requeridos no cotidiano: relatórios, grupos, supervisão/educação em serviço, curso. (Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. **PROTOCOLO SAÚDE MENTAL: SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)**. 2021. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo%20Saude%20Mental%20Servico%20Residencial%20Terapeutico%20\(SRT\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo%20Saude%20Mental%20Servico%20Residencial%20Terapeutico%20(SRT).pdf). Acesso em: 16 mar. 2021.)

Os trabalhadores que não atuam diretamente com os moradores, como é o caso dos acompanhantes comunitários, aqueles designados para funções administrativas ou da equipe de enfermagem acabam aproximando-se dos moradores e contribuindo com os processos de reabilitação psicossocial. É o desdobramento observado da função, já que os profissionais da enfermagem cumprem a jornada de trabalho integralmente na casa. Os coordenadores alternam as jornadas nas residências e em outros espaços institucionais.

A residência de Ermelino é Tipo I é masculina, conta com oito moradores, doze acompanhantes comunitários, cumprindo jornadas iguais às das residências anteriores, uma supervisora, cinco agentes de segurança, cuja função é zelar pelo patrimônio, que também se revezam em turnos de doze horas e, por fim, um técnico de enfermagem.

Aqui também a supervisora – exerce a função de coordenação⁴⁹ - possui formação em psicologia. Diferentemente de outros equipamentos de saúde, nota-se a ausência de profissionais médicos nos postos de coordenação deste tipo de serviço. As residências pesquisadas nunca contaram com tais profissionais na função de coordenação, que normalmente é preenchida por psicólogas, terapeutas ocupacionais, enfermeiras e assistentes sociais⁵⁰. As três residências possuem profissionais de limpeza, contratadas pelas OSS gestoras em jornadas regulares de 40 horas semanais.

Costumeiramente as OSS fornecem treinamento para o desempenho das funções técnicas; no caso da residência de Ermelino alguns agentes de segurança passaram a desempenhar a função de AC's. Para determinados trabalhadores os SRT's foram a primeira experiência de trabalho com a área de saúde mental. Os trabalhadores apontaram muitos desafios com a vida cotidiana dos serviços e com as especificidades da área, mas nos relatos também transparece satisfação com o trabalho.

Olha, eu não era preparada, pois eu não trabalhava na saúde mental, eu trabalhava numa ONG que trabalhava com a inclusão dos jovens aprendiz, então qual era a minha função, era buscar essas pessoas, através da lei de cotas, pra que essas pessoas pudessem entrar no mercado de trabalho. Isso era bacana. E quando eu sai, eu passei um tempo fora do mercado de trabalho, e encontrei uma pessoa que me falou sobre esse serviço e me interessou, e aí eu fui participar de um processo seletivo, mas eu ainda não conhecia nada sobre saúde mental, e fui conhecendo mais lá na associação, onde me proporcionaram cursos que me mostraram muito. Fiz cursos com a Patrícia Villas Boas, que mostrava como era a vida no manicômio, e mostrava muito como era a realidade deles que eu não conhecia, então isso foi algo muito positivo e que me mostrou melhor o que estaria fazendo lá, que é trazer da realidade que eles viveram pra nossa realidade. E eu vejo grandes mudanças lá Darcio, quando eu entrei, um dos nossos moradores, que tinha entrado lá fazia seis meses mais ou menos, e

⁴⁹ A nomenclatura das funções pode variar de acordo com a OSS

⁵⁰ “É uma questão de manejo, mesmo, você tem que entender um pouco da questão doméstica. É muito uma questão burocrática, não sei se o médico teria essa ‘pegada’.” (Luíza - coordenadora)

era uma realidade bem difícil, por que ele não aceitava um não, a negativa, e ele era bastante agressivo, e a mudança que ele teve de quando eu entrei pra agora, é bem grande, é muito visível, não que ele ainda não dê trabalho, mas comparado a forma que ele tratava a gente, melhorou muito. Esse paciente foi o que eu mais notei diferença, mas todos tem essa diferença, de ver o quanto eles progrediram, se você for ver eles melhoraram bastante. (Vânia – acompanhante comunitária)

Eu acho uma boa pergunta porque o que eu penso de primeira, essa pergunta até, brincando um pouco com a pergunta, se eu me sinto preparado? Se eu me sentisse preparado seria ruim, se eu já tivesse com todas as... todos os manejos, todas as coisas... eu me sinto em algum sentido despreparado porque foi minha primeira experiência numa RT, mas por outro sentido eu vejo com olhar externo, pelo fato de eu não trabalhar lá, pelo fato de ser minha primeira experiência, eu me sinto como sendo alguém de certa forma estranho naquela situação e eu posso, a partir da minha não preparação, pensar o lugar e pensar até novas formas de cuidado, pensar mudanças, eventualmente, alguma coisa que eu perceba. Claro que minha preparação está muito fundamentada na minha supervisão, porque eu fui contratado para estar na RT através do Instituto A CASA, que eu participo da equipe de acompanhantes terapêuticos de lá. Eu estou há dois anos lá, por lá nas reflexões vindas da supervisão eu consigo ir repensando e estando cada vez mais, digamos assim, preparado para lidar com os desafios cotidianos. E aí, os próprios desafios em si, a pergunta era quais são os desafios, né... (Luciano – acompanhante terapêutico - SRT II⁵¹)

Eu ainda estou aprendendo, aprendo com as outras funcionárias, pois tem gente que tá a 10, 12 anos na casa, a gente faz muito curso, muita reunião, isso, querendo ou não, acaba preparando a gente, e a gente vai lidando com a situação e vai se envolvendo, é um trabalho que você acaba se envolvendo, não tem jeito. No final, se você fizer uma somatória, você acaba preparada pra aquilo. Bom, no geral, é só quando eles têm crises mesmo, mas é muito raro, tem uns lá que parece criança, se você fala não eles já querem brigar, esses são os desafios do dia a dia, agora, os mais difíceis são quando eles ficam doente, que a gente tem de acompanhar até o hospital, isso mexe muito com o nosso psicológico, vamos supor, alguns deles tem convulsões, e isso mexe muito, pois eles tomam várias medicações, passam por vários médicos, e eles continuam tendo essas convulsões, e isso mexe com a gente, pois o medo de perder é constante. Eles são como uma bomba relógio, temos de ficar sempre em cima, pois temos muitos idosos, então eles podem estar com a gente quanto não podem, então os mais velhos acabam se tornando um desafio maior, devido a essas doenças. Mas pra conviver com eles é tranquilo. (Flávia – Acompanhante comunitária)

Um desafio constante. Eu estou, desde 2013, coordenando a residência faz 7 anos que eu estou em residência terapêutica, bastante tempo, às vezes eu fico pensando se é isso que eu quero nesse momento de pandemia, tá bem difícil. Você me pegou numa semana bem difícil, mas eu pensei não vou cancelar a entrevista. Nas últimas semanas foi bem difícil teve um morador que faleceu, que eu comentei com você, veio uma moradora grave ontem para residência no meio da pandemia, que acaba misturando todos os moradores, juntando todo mundo, então é difícil, mas tem a parte boa também eu acho que cada conquista do morador, cada passo de autonomia que ele dá tanto no entorno, que eu acho que faz parte um pouco do seu trabalho, como ele vai no barbeiro sozinho. Tem um morador que vai para o Ibirapuera sozinho. (Luíza - coordenadora)

⁵¹ O Acompanhamento Terapêutico é um trabalho clínico que visa promover a autonomia e a reinserção social, bem como uma melhora na organização subjetiva do paciente, por meio da ampliação da circulação e da apropriação de espaços públicos e privados. A CASA, Instituto. **Acompanhamento Terapêutico**. Disponível em: <https://acasa.com.br/acompanhamento-terapeutico/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

Acho que agora o Ministério (da Saúde) aumentou o número de moradores. Mas na época, a portaria indicava 8 moradores, e aí eu sempre brincava que são oito mundos, por que cada morador é um mundo, então, a gente tinha que administrar oito mundos praticamente. Então no cotidiano do trabalho, claro que você saber, teoricamente, o que é uma residência terapêutica não é o suficiente para você aprender a fazer um bom trabalho, mas quando você chega ajuda [...] Tanto que o Augusto (nome fictício), que você já deve ter conhecido, ele chegou com um nível de agressividade elevadíssimo, tanto que uma vez ele pegou um botijão de gás, ele é forte né, com uma mão e falou que ia jogar na cabeça de alguém. Então assim, são coisas que mais que você se prepare, você não fala “vou fazer x, y, z agora”, não existe um protocolo, depende muito das situações que vão acontecer. (Luciana – ex-coordenadora)

Eu trabalhei um período na área da segurança privada, mais de onze anos trabalhando na área da segurança privada, surgiu a oportunidade de trabalhar como agente de segurança aqui na residência terapêutica de Ermelino Matarazzo. Pra mim era tudo novo, apesar de um período que eu trabalhei na área da segurança privada, eu prestei serviço para um hospital municipal da prefeitura de São Paulo, há cerca de uns dez anos atrás, onde eu tive um pouco de experiência em ficar na área de psiquiatria. Pode ser esse um dos atributos que fez com que a Seconci⁵² efetivasse minha contratação. Eu vim, mas pra mim foi tudo novo, esse modo de serviço, de trabalho, de exercer a profissão e aí exercendo a profissão fiquei por um período de oito meses e fui efetivado ao cargo de acompanhante comunitário. (Marcelo – Acompanhante comunitário)

Bom, são eles que fazem valer. É muito difícil, não vou mentir, é um trabalho como qualquer um outro, mas eles fazem o pouco valer muito, eles fazem isso com você, eles demonstram valor a tudo que você faz, isso faz a sua vida se tornar muito melhor. É o meu primeiro trabalho que eu tenho em 42 anos que eu acho gratificante, pois é gratificante mesmo. Se você, ou qualquer outra pessoa, tiver a chance de conhecer uma residência terapêutica, tenho certeza que vai sair transformado. (Roberta – Acompanhante comunitária)

A satisfação dos trabalhadores se manifesta nas conquistas que os moradores alcançam. Nas habilidades e competências que eles vão desenvolvendo nos serviços, desde as mais simples até aquelas que necessitam de um grau maior de autonomia. Reaprender cuidados básicos de higiene, normas validadas de comportamento social, preocupação com cuidados estéticos, etc. até circular pela cidade sem a necessidade da presença do AC; matricular-se em algum curso, escola, academia, frequentar bares, restaurantes, praças, igrejas, cinema, namorar, brincar, beber, fumar, festejar, cantar, ouvir música, assistir à televisão, etc. As conquistas dos moradores espelham o trabalho da equipe e, portanto, carregam a marca dos profissionais envolvidos no processo.

As conquistas vão dando contorno a um novo modo de vida. Novas experiências para uns, resgate para outros. O cuidado em liberdade se constituiu tendo o hospital psiquiátrico como a sua antítese. Nesses termos a discussão em torno das chamadas práticas manicomiais ou da lógica manicomial é um ponto de atenção.

⁵² OSS que gerencia a residência terapêutica de Ermelino Matarazzo

Acho que sim, acho que sim, acho inclusive que nessa residência que estou especificamente, por todos os integrantes da residência, a maioria, não sei precisar quantos exatamente, vieram de uma longa internação ou de uma internação num hospital psiquiátrico, inclusive a pessoa que eu acompanho diretamente passou muitas décadas internado num hospital psiquiátrico. Então é uma coisa quase que inevitável que o sistema de relação que eles respondem, que eles sugerem, tem muito a ver com uma lógica manicomial, não tem jeito assim. E os cuidadores precisam estar muito atentos, os funcionários da casa precisam estar muito atentos para tentar mudar essas lógicas. (Luciano – Acompanhante comunitário)

[...] e eu não se você já ouviu falar como eram, mas no hospital psiquiátrico eles eram muito judiados, muito judiados, o que eles viveram lá dentro não é brincadeira. Então se eles pediam alguma coisa e você não dava, eles te batiam, ficavam agressivos, então foi bem complicado. No começo você acaba estranhando, mas no fim, você vira uma mãe, porque você acaba entendendo a situação dessas pessoas, você ouve as histórias e acaba lidando com aquilo, e no final tudo se transforma, então é bem diferente, quem trabalha lá sabe. Mas a maioria de lá são controlados, controlados no modo de dizer né, pois eles são acompanhados pelos psicólogos, tem as medicações, e a nossa função é colocar eles da melhor forma possível na sociedade, esse é o nosso trabalho e é assim que funciona. (Roberta – Acompanhante comunitária)

Para você ter uma ideia, a casa como eu te falei, você vai ir lá conhecer assim que possível. as pessoas falam: "Nossa não tem nem escrito na porta", eu falo: "Gente! Meu deus!". Porque o que a gente quer é que seja uma casa mesmo. Como que vai pôr uma placa "Serviço de Residência Terapêutica"? Ontem eu recebi essa moradora. Pessoal foi lá levar, pessoal do Hospital de Santo Amaro: "Nossa! É uma casa mesmo nem parece uma clínica!". "Não, não é uma clínica colega". Mas é difícil, né, para as pessoas entenderem. (Luíza - coordenadora)

Na residência tipo I do Brooklin, sete moradores possuem históricos de longas internações psiquiátricas, quatro moradores vivem na casa desde a inauguração, ocorrida no dia 31 de janeiro de 2009. O tempo de asilamento em instituições psiquiátricas dos moradores varia entre três anos e seis meses até 48 anos; dois moradores – Paulo e Vilma^{53 54} - não possuem histórico de internações psiquiátricas, esses moradores estão na residência por ordem judicial.

A coordenadora Luíza relatou que os SRT's recebem, em alguns casos, pessoas que não se enquadram integralmente no perfil exigido pela portaria que regulamenta os serviços visto que, entre outras coisas, há um déficit de vagas e de equipamentos para acolhimento de pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo e porque a internação

⁵³ A nota técnica nº11 de 2019 ampliou o perfil para ingresso nos SRT's, diz a nota: "Um dos pontos da Nova Política Nacional de Saúde Mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos. Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns." (BRASIL, 2019)

⁵⁴ A fim de preservarmos as identidades das pessoas entrevistadas todos os nomes constantes nesse trabalho foram substituídos por nome fictícios.

sem consentimento do paciente em hospitais e clínicas psiquiátricas ocorre apenas em situações pontuais, depois de cumpridos determinados ritos médicos e/ou judiciais⁵⁵.

Trataremos do caso desse morador com uma riqueza maior de detalhes porque nos parece um caso em que a relação com o espaço foi se modificando com o passar do tempo e, principalmente, depois que ele passou a viver na residência. Ademais, Paulo conta com o acompanhamento de um Acompanhante Terapêutico (AT)⁵⁶, que o auxilia no processo de reabilitação, circulando juntos por muitos lugares nos dias de atendimento. Vítor, o AT de Paulo, trouxe muitas informações e sugestões sobre o processo de Paulo na residência e sua relação com as instâncias da vida cotidiana e também sobre a história de vida desse morador.

A residência tipo I é um sobrado amplo e está localizada em uma rua tranquila do bairro Brooklin, no entorno encontra-se uma diversidade de estabelecimentos comerciais como padarias, bares, restaurantes, escolas, salões de cabeleireiros, circundada por grandes avenidas. O comércio do bairro é frequentado por alguns moradores da residência, todos são acompanhados pelo CAPS do Itaim. O deslocamento dos moradores até o CAPS é feito por um veículo viabilizado pela OSS que administra a casa ou solicitado por um serviço de aplicativos para transporte privado urbano.

Quando inaugurada a casa possuía três quartos, sala, cozinha, banheiro, garagem para dois carros, quintal e lavanderia. Na parte de cima da lavanderia foi construído uma espécie de galpão, onde são armazenados produtos de limpeza e parte da despensa com os mantimentos e objetos de uso doméstico em geral.

Um dos moradores, Pedro, costuma guardar pertences nesta parte da casa, como cd's, dvd's, livros e um objeto singular, que salta à vista quando se adentra nesse recinto, uma estátua do deus Ganesha, que integra o panteão de deuses das tradições hinduísta e védica. Sobre este morador, em particular, falaremos mais adiante porque ele alcançou um patamar elevado de autonomia, circulação e interação com a vida na cidade após anos de institucionalização.

⁵⁵FEDERAL, Senado. Internação involuntária/compulsória. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/manualdecomunicacao/redacao-e-estilo/internacao-involuntaria-compulsoria>. Acesso em: 06 abr. 2021.

⁵⁶ “Criada como alternativa à internação, o acompanhamento terapêutico consiste, basicamente, em atender fora do consultório pacientes sem condições de sair de casa. Em casos de dificuldades mentais, como psicoses, ou mesmo motoras (desde que acarretem dificuldades de ordem psico-afetiva), como estados pós-operatórios, o acompanhante terapêutico vai aonde está o paciente para ajudá-lo a voltar a interagir com o mundo. Quem tem experiência no assunto garante que o ponto-chave está na relação de confiança entre o paciente e o profissional”. PAULO, Conselho Regional de Psicologia de São. **Acompanhamento terapêutico: a clínica vai às ruas**. Disponível em: <https://bitly.com/F7jX1M1>. Acesso em: 16 abr. 2021.

Até a finalização dessa pesquisa a casa mantinha uma configuração diferente do momento da inauguração. Um dos quartos foi dividido por uma parede drywall e outro quarto foi construído no galpão, a casa passou a contar com cinco quartos. O quarto do galpão construído e destinado para Ana, que inicialmente dividia um dos quartos com Janete. Segundo a coordenadora, as duas passaram a enfrentar “grandes conflitos e questões de convivência”, dessa forma os moradores entenderam que as duas moradoras passassem a habitar quartos separados.

O quarto de Ana foi construídos com seus próprios recursos. A coordenadora ainda informou que não sabe exatamente o momento em que isso aconteceu. Durante as conversas e entrevistas com essas moradoras o tema não foi abordado e elas não falaram a respeito durante os momentos compartilhados na casa por nós.

O motivo que levou a divisão de um dos quartos originais no andar térreo foi o fim de um relacionamento afetivo entre Jorge e Isabel⁵⁷. Desde então Jorge ocupa um dos quartos que fora dividido após sua separação de Isabel. O quarto que pertencia à Isabel foi ocupado por Cecília, que dividiu quarto com Solange por algum tempo no andar superior, os trabalhadores e moradores propuseram que Cecília ocupasse o quarto no andar térreo, pois ela é idosa e isso diminuiria o risco de queda nas escadas e também facilitaria a locomoção entre os outros cômodos.

O outro quarto do andar térreo é dividido por três moradores, Paulo, Jaime e Pedro. O quarto do andar superior é ocupado por Janete e Vilma. Esta foi a última moradora a chegar à residência.

A residência tipo II mudou de endereço no decorrer da pesquisa. A primeira casa que visitamos era um amplo sobrado localizado na esquina de duas ruas muito movimentadas do bairro. O entorno é formado majoritariamente por residências e alguns prédios de apartamento, no entanto, ela não está distante das ruas comerciais.

A casa é composta por quatro quartos, sendo que o maior deles é uma suíte, uma grande sala de estar com sofá e televisão, quintal, cozinha, banheiros e uma edícula ao fundo, que funcionava como uma espécie de escritório para as funções administrativas.

Na edícula fomos recebidos pela primeira vez pela ex-coordenadora da casa, Marisa, para alinharmos o trabalho de campo; há uma quantidade considerável de vidros na entrada da edícula, um deles era a porta de acesso, o que gerava preocupação nos trabalhadores, principalmente com relação a um dos moradores, diagnosticado como autista

⁵⁷ Isabel faleceu durante o andamento dessa pesquisa, logo que começamos as visitas à casa seu estado de saúde era crítico e ela estava sob cuidados intensivos de uma equipe da UBS próxima à residência.

que apresentou episódios anteriores de se colocar em risco quebrando um dos vidros. Havia duas entradas, usadas regularmente.

A casa apresentava sinais claros de deterioração, o piso interior estava bastante irregular e alguns faltavam, a pintura estava descascando em muitos pontos. Próxima à residência localizava-se uma praça pública, onde um grupo de idosos faziam atividades físicas coordenadas pela equipe da UBS local.

Os moradores costumavam frequentar a praça nos dias em que o grupo de idosos se reunia e em uma de nossas visitas pudemos acompanhar o deslocamento de quase todos os moradores para esse local, com exceção de uma moradora que naquele dia estava na academia de natação. Nessa visita pudemos presenciar duas cenas que apontam para irrupção dos estigmas cotidianos contra as pessoas com transtornos graves. No momento de voltarmos para a residência ao fim das atividades uma das integrantes do grupo de idosos aponta o sumiço da sua bolsa.

O grupo juntava bolsas e pertences pessoais num dos bancos da praça. No mesmo instante essa pessoa dirige-se ao grupo dos moradores que voltavam para a residência juntos acusando-os de terem pegado a bolsa. Num primeiro momento os moradores ficam em silêncio e não esboçam reação. Um dos trabalhadores intervém e sugere que a bolsa poderia ter caído no chão. De fato, a bolsa estava caída ao lado do banco. Não houve qualquer retratação ou pedido de desculpas.

A cena seguinte ocorre ao chegarmos na residência, enquanto os moradores entram pela porta lateral uma moradora do bairro nos aborda e pergunta quem morava ali. Após uma explicação sobre a natureza da residência e do serviço ela pergunta se os moradores trabalhavam. Então, convidamo-la a entrar ou visitar a casa em outro momento ela agradeceu e continuou seu caminho.

No desenvolvimento do trabalho houve a mudança de endereço⁵⁸, a nova residência encontra-se em melhores condições, são três suítes, três quartos, um lavabo, edícula com banheiro, sala e cozinha. Uma garagem para quatro carros e um escritório na parte da frente. Até a interrupção das visitas e o fim deste trabalho a divisão dos quartos estava sendo construída. Duas moradoras, entretanto, Sônia e Adélia foram alocadas individualmente em duas suítes. Sônia é a moradora que frequenta a academia de natação, conhece muito bem o bairro e o comércio do entorno.

⁵⁸ A primeira casa foi inaugurada em 16/08/2016, a mudança de endereço ocorreu em 23/07/2021.

Ela vai com certa assiduidade ao salão de cabeleireiro e trabalha esporadicamente no brechó organizado pelo CAPS. Em uma de nossas visitas ao CAPS, ela nos guiou pelo entorno e apresentou outros serviços que compõem um complexo de serviços públicos próximos ao CAPS do Itaim.

A nova casa está situada numa rua mais movimentada que a anterior, mas também mais próxima das principais avenidas comerciais do bairro, por exemplo, a Avenida Engenheiro Luís Carlos Berrini, sede de importantes escritórios comerciais e empresariais da cidade. Esta avenida sofreu profundas transformações a partir dos anos 70-80 com deslocamento de empresas oriundas da região da Avenida Paulista. No entorno da residência são encontrados vários tipos estabelecimentos comerciais, além do tráfego intenso de carros e ônibus.

O processo de escolha da casa depende de condições materiais objetivas, que podem se sobrepor às questões terapêuticas. A escolha da casa depende do montante da verba repassada pela prefeitura para as OSS, que administram os serviços, mas também pela adequação dos espaços para o número de moradores. A localização é levada em conta, com relação a infraestrutura do bairro e também pela proximidade com equipamentos de saúde frequentados pelos moradores, em especial os CAPS.

Entretanto transparece na fala acima da acompanhante comunitária Amanda o receio dos proprietários em alugar a casa para o público desse serviço, temendo a vandalismo da casa. É o estigma do “louco-violento” que aparece na fala dos proprietários, certos de que as pessoas com transtornos mentais em algum momento promoverão algum ato violento.

Assim, falando um pouco da experiência que eu tive com a escolha da casa, a uns dois anos a gente recebeu a notificação de que precisaríamos escolher outra casa, pois o proprietário estava pedindo pra sairmos, ou algo assim, então fomos procurar algo naquela região, naquele bairro, principalmente pela já convivência dos moradores, e quando chegava nas imobiliárias, a gente já perguntava sobre o número de quartos, banheiro, etc..., pois é muito difícil encontrar uma casa que seja confortável pra toda gente que temos, e quando a gente encontrava a casa ideal, os proprietários desistiam, pois eles achavam que iríamos vandalizar e destruir a casa dele. Foi uma época bem difícil, pois ficamos cerca de um mês procurando casa. Então demos muita sorte quando conseguimos achar uma casa que suportasse a demanda. (Amanda - Acompanhante comunitária)

A residência de Ermelino localiza-se numa rua tranquila, próxima a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e a um mercado, entre duas grandes avenidas da região, a avenida

São Miguel e a Paranaguá. Às quintas-feiras uma feira livre tem lugar, rompendo a calmaria dos outros dias da semana na rua e na casa, os moradores são frequentadores assíduos da feira.

A residência é de tipo I, masculina, a maioria deles possui um grau de autonomia considerável e circula pelo bairro. A casa conta com quatro quartos, ampla garagem, duas entradas, uma sala, cozinha, quintal com piscina; no corredor lateral há um jardim, no fundo localiza-se a lavanderia coberta e os varais para secagem das roupas. Há uma churrasqueira de alvenaria próxima a piscina que os moradores utilizam com certa frequência.

O bairro de Ermelino não conta com a mesma oferta de serviços do Brooklin, moradores e trabalhadores apontam a falta de espaços públicos de lazer e a necessidade de se deslocarem para outros bairros, como Itaquera, para poderem usufruir do shopping, cinemas ou restaurantes. Em Ermelino as opções são mais restritas aos bares e mercados, próximo à residência há um brechó. Um dos moradores mantém uma atividade remunerada de maneira irregular como catador de materiais recicláveis e frequenta a escola pública municipal na modalidade EJA, também de forma bastante irregular.

Em uma de nossas visitas, fomos convidados pelo morador Anderson a acompanhá-lo pela feira junto a uma acompanhante comunitária. O morador vai nos explicando a dinâmica da feira e conversa com alguns feirantes que parecem conhecê-lo há bastante tempo. Fomos levar a panela de arroz para o conserto. No trajeto o morador para em uma loja de variedades, comenta sobre os produtos que ele já havia adquirido e quais pretende adquirir.

Anderson divide o quarto com Augusto e coleciona chaveiros e canetas. Para todas as pessoas que visitam a casa Anderson pede que assine uma espécie de caderno de presença, com nome completo e rubrica. Cada quarto é ocupado por dois moradores. Rômulo tem uma televisão e um aparelho de dvd no seu quarto, é fã dos Racionais e leitor contumaz de livros de todo tipo, especialmente da Bíblia. É uma pessoa introspectiva, conversa muito pouco com os outros moradores e com os acompanhantes e recusou-se a falar conosco em todo tempo da pesquisa. Algumas informações foram passadas pelos acompanhantes e principalmente por Anderson.

Wilson é um morador ativo e bastante curioso do nosso trabalho na residência. Embora carregue sérias limitações na fala, que é ininteligível em muitos momentos, responde prontamente nossa solicitação para uma entrevista e conversas. Frequentemente apresenta comportamento auto agressivo (bate com a cabeça no chão) sem que a equipe tenha chegado a uma conclusão sobre o gatilho de tal comportamento. Em uma de nossas

conversas conta sua história com riqueza de detalhes. Ex-morador de um edifício na Avenida Brigadeiro Luís Antonio, Wilson foi asilado após o falecimento da mãe, episódio que conta repetidas vezes. Recorda do Jumbo Eletro e das corridas de São Silvestre na avenida.

Quando os trabalhadores foram perguntados sobre a avaliação e sobre a adequação das casas foram unânimes ao dizer que elas estavam adequadas e ofereciam condições para a convivência entre os moradores, mas precisa de algumas reformas, tanto estruturais como estéticas, principalmente pelos anos que os serviços funcionavam nas mesmas residências.

Eles estão há 10 anos nessa casa. Eu acho que era uma casa mais nova, hoje estruturalmente a casa está bem prejudicada, tem infiltração. Eu acho que deveria ser uma casa mais ampla. A gente até tá procurando uma casa para mudar, mas estruturalmente a casa está precisando de uma boa reforma. (Luíza – coordenadora)

Sim, sim. É o que eu te falei, tem que ter mudanças, por exemplo, nós temos uma moradora de idade, ela tem uns 70 e poucos anos, e ela sobe uma escada⁵⁹, então eu acho que isso é uma mudança que tem de ser feita, que é cogitada lá na casa, o piso da casa tá feio, então algumas reformas são necessárias, mas é uma casa boa. Quando eu entrei na residência, eu já dizia pra minha família e pra pessoas que eu conheço, que eu descreditei que na prefeitura existia um trabalho desses. (Vânia – acompanhante comunitária)

Então, a casa dois é perfeita pros moradores, é uma casa muito boa, eu entrei no início, ela ia fazer dois anos, mas é uma excelente residência, tem vários banheiros, é uma casa enorme, é bem arejada, bem interessante, pras eles se locomoverem é perfeita, já a casa um... Nós falávamos sobre a casa um, hoje ela é uma casa muito antiga, já fomos até a prefeitura, pedir pra trocar, mas até então só ficamos nessa fase. E nós temos duas idosas que elas dormem no quarto de cima, e a escada é em espiral, é perigosíssima, algumas partes da casa tem goteira, são os únicos problemas da casa em si, mas ela também é bem grande, nós conseguimos fazer festas, é bem arejada, é bem acomodada. Além de serem bem localizadas, ficam perto do CAPS, perto de UBS, perto de ponto de ônibus, tudo isso para que possam se locomover da melhor forma possível. (Roberta – Acompanhante comunitária)

Em alguns casos, os trabalhadores comparam os serviços com sua própria realidade para chegar a algum critério de avaliação sobre a casa. As comparações foram tecidas tanto com relação à casa em si, mas também com o seu funcionamento e a situação dos moradores.

Eu brinco com eles, que eles moram e vivem melhor do que eu, aí o Pedro, que vem de família rica, diz assim “aqui é um hotel e logo, logo eu vou sair”, aí eu falo “Pedro, você vive melhor que eu”, por que eles vivem em um bairro bom, numa casa boa, com uma alimentação muito boa, e tem dinheiro pra lazer, pois tem o dinheiro do benefício, então eu diria que é muito boa, e isso que eu estou

⁵⁹ A moradora referida é Cecília, que foi transferida para o andar térreo durante o processo dessa pesquisa.

te falando eu falava, desde que eu entrei, pra minha família e continuo falando para as pessoas que eu conheço, eu desacredito que o governo tenha um serviço desse nível. A minha ideia é que acabem com os hospitais e que tenha mais e mais residências, eu diria que, pra mim, as residências são notas dez. (Vânia – Acompanhante comunitária)

Com relação à localização, os trabalhadores afirmam que o bairro proporciona facilidades e uma quantidade grande de serviços, que convida os moradores a circular por ele. No entanto as opções públicas de lazer são escassas. A circulação se dá nos comércios, preferencialmente bares e padarias. Para aprofundar a questão foi perguntado se eles mudariam o serviço para outro bairro.

As respostas, quando afirmativas em relação à mudança, apontam as questões estruturais da casa e a proximidade com o CAPS de referência e menos com bairro em si. Em alguns casos percebe-se que o trabalhador sugere a mudança para facilitar seu deslocamento ou qualquer outra questão relacionada à melhora do desempenho da sua função.

Bom, o bairro onde eles estão é ótimo, tem duas residências, é um bairro muito bom, eu não mudaria de bairro, e a casa, é o que te falei, ela está com a gente há muitos anos, ela só precisa de uma reforma né, mas não é nada tão sério, eu não posso dizer que eu não faria umas mudanças, claro que faria, mas eles moram bem. (Vânia – Acompanhante comunitária)

...acho que mudaria sim, um pouco por conta da estrutura, pois já é uma casa mais antiga, mais velha, e também pois é um lugar bem afastado e deserto, só tem um ponto de ônibus, por exemplo, e é uma caminhada de cerca de 20 minutos até poder chegar no trem. (Amanda – Acompanhante terapêutica)

Não, não, de verdade. Nós temos tudo lá. o que a gente mais precisa são os hospitais, o CAPS, que é essencial, as farmácias, a UBS, então todos aqueles lugares que a gente precisa de acesso rápido, nós temos. O supermercado, por exemplo, alguns deles vão e compram as coisas sozinho, e tudo isso é bom pra gente, a localidade ali é bem interessante, não tem problema nenhum. A única coisa que eu reclamo lá no bairro, e que eu vejo que eles reclamam, são as calçadas. Pois é um bairro muito antigo, e tem muita árvore, isso atrapalha demais, especialmente um dos moradores, que tem dificuldade de locomoção, mas também é só, é a única reclamação que recebo do bairro. Mas no geral, o bairro é ótimo, tudo é próximo, é muito agradável. (Roberta – Acompanhante comunitária)

Eu acho que se for por questões estruturais eu mudaria, e em relação ao bairro. Eu acho que se fosse mais próximo do CAPS, talvez, em Pinheiros. Porque a gente fica muito distante do CAPS, de carro é 15 minutos o CAPS fica lá na Faria Lima. A gente fica um pouco distante, assim, talvez, se fosse mais próximo do CAPS, próximo de um parque que eles pudessem ir tem o Parque do Povo, que fica ali próximo do CAPS, talvez. Eu mudaria nesse sentido. Mas tem alguns moradores que gostam muito do bairro, outros nem tanto. (Luíza - coordenadora)

Pra falar a verdade, não. Até por que, eu acredito que temos de aprender a conviver com as diferenças, pois em um primeiro momento, tem o risco do conflito, mas com o processo histórico e com investimento, tanto emocional quanto o financeiro, e enquanto tiver o desejo de fazer acontecer, eu não vejo o porquê mudar, mudaria só pra flexibilizar os fluxos, de ter mais recursos, pois vivemos num país continental, e os recursos públicos dificilmente chegam

nas pontas, então temos de ser criativos para nos virarmos. (André – ex-coordenador)

Embora essas residências estejam há um tempo significativo nos mesmos endereços (com exceção da residência tipo I do Brooklin, que mudou de endereço durante a realização desse trabalho), moradores e trabalhadores convivem com a possibilidade de trocar de casa ou de bairro em algum momento.

Por questões de ordem administrativa – a impossibilidade ou a falta de interesse em renovar o contrato de aluguel por alguma das partes, por exemplo - ou pela necessidade de morar em uma residência mais adequada com o passar dos anos, por conta da deterioração ou mudança de perfil dos moradores.

A mudança de endereço não passa pelo escrutínio dos moradores, pelo que pudemos observar, é uma escolha feita pela OSS gestora. A procura por uma nova residência é feita pelos coordenadores com a ajuda dos acompanhantes comunitários e demais trabalhadores.

Bom, não é nem o poder público que notifica, eles viabilizam o recurso e a OS que vai atrás, mas o gestor ajuda sim, ajuda a achar a casa e nos serviços.

... e também tem a questão do valor que também não colabora, e também tem um limite de aceitação no contrato dos locadores, então sempre se acaba alugando a primeira casa que parece ser mais adequada. Mas para mim, a casa é ótima, é bem bonita, apesar de todas as limitações, como por exemplo, a casa tem muitos vidros, uma das paredes da sala é cheia de vidros, e um dos nossos moradores, que é autista, se comunica muito batucando nas coisas, vira e mexe a gente tem de trocar um dos vidros da sala pois ele quebra batendo neles, mas é uma casa bem bonita, ela é aberta e bem arejada. (André – ex-coordenador)

Falo muito lá pela experiência de Sorocaba, a gente evitava casas que tinham escada, ou quando a casa tinha escada a gente escolhia um perfil de morador que tinha uma independência física, que não tinha uma limitação física para subir e descer, mas, de fato, se a gente pensar num perfil de casa, uma casa ampla, plana, que não tenha escada, com quintal, com cômodos grandes, pra ajudar na circulação e na apropriação da casa. (Alexandre – ex-coordenador)

Há questões técnicas e burocráticas impactantes para a escolha das casas. Mas estigma também atravessa em alguma medida a possibilidade alugar um imóvel para os fins dos SRT's:

Quando a gente estava na segunda residência no Brooklyn, eu estava saindo da minha residência, mas peguei um pouco da construção dessa casa, eu ajudei a procurar uma casa, e uma das casas que a gente tinha visto, se eu não me engano quem estava à frente era a Sara, que infelizmente veio a falecer no ano passado, de um câncer, mas era uma supervisora maravilhosa que a gente teve, foi uma perda bem importante pra gente, mas era ela quem estava à frente no tempo, e se eu não me engano teve uma situação dessa, que quando o proprietário soube pra que era, desistiu de alugar. Era uma casa ótima, uma casa muito boa, inclusive tinha sido eu quem achou essa casa, mas quando a dona soube para o que era, ela não quis alugar. (Luciana – ex-coordenadora)

5.1 – O interno e o externo

Até onde pudemos observar, portanto, a escolha das casas passa por um processo determinado por um rito temporal e por condições materiais que não comporta a participação efetiva dos moradores, bem pouco por parte dos trabalhadores, à exceção dos coordenadores, que estão mais diretamente envolvidos com essa decisão.

Na sociedade produtora de mercadorias, a mudança de endereço ou o estabelecimento de um local de moradia não estão, necessariamente, ligados aos desejos e às intenções dos indivíduos. Outras condições também atuam como determinantes dessa escolha. A questão material, o dinheiro, a riqueza são fundamentais, mas também a proximidade com local de trabalho ou de estudo e da família; os projetos de urbanização, de construção de moradias populares por parte do poder público que realocam as pessoas de um lugar para outro, o nível de violência e vulnerabilidade de um bairro, etc. atuam como outros agentes dessa escolha, grande medida previamente escolhida.

Essa (quase ou não) escolha implica entrar em contato com os conteúdos que preenchem os lugares. Para os moradores significa a possibilidade de vivenciar uma sociabilidade que já está posta na vida do bairro, da cidade – revivenciá-la ou entrar em contato com essa dimensão pela primeira vez. Para muitos um grau diferenciado de experiências e para outros, experiências novas.

Dessa perspectiva a questão do acesso à moradia é fundamental, mas não encerra o processo de reabilitação psicossocial. E para não cairmos numa espécie de fetichismo do espaço evitamos tomar o ambiente urbano como uma panaceia para as questões colocadas pela reabilitação e a cidade de forma romântica.

Estudar o espaço sob a perspectiva da geografia crítica lefebvriana é pensá-lo como uma categoria socialmente produzida e, como a própria sociedade, existe em formas substanciais (espacialidades concretas) e como um conjunto de relações entre os indivíduos e os grupos, uma corporificação e um meio da própria vida social. A espacialização está intimamente ligada à divisão social do trabalho, à materialidade institucional do Estado e às expressões do poder econômico, político e ideológico (SOJA, 1993).

Soja (1993) pontua, ainda, que pensar o conceito de espacialidade trazido por Lefebvre significa, dentre outras coisas, romper com um certo dualismo tradicional que olha o espaço como físico-mental. A interpretação espacial por essa abordagem praticamente separa o espaço dos seus conteúdos sociais. Lefebvre introduz novos conceitos para abordar a espacialidade, nos quais os conteúdos que preenchem os espaços colocam-

se numa relação dialética com a produção desses espaços. Dessa forma são abertas as possibilidades para se pensar a apropriação dos espaços. As relações constituídas nesses espaços são meramente reflexivas da organização espacial como pretende muitos projetos de urbanização.

Assim a produção espacial não está desligada das suas múltiplas dimensões, mas não se reduz a elas. Compreende que a espacialidade é afetada pelas distâncias, mas espacialidade e distância não se confundem. Os processos psicológicos-cognitivos que emergem nas diferentes espacialidades – qual ele se refere como uma segunda natureza para diferenciar do espaço físico, primeira natureza - carregam signos e significados dentro de um espectro semiótico que não podem ser reduzidos a uma “uma capa deturpadora de idealismo e psicologismo”, segundo Soja:

Pode-se desenvolver uma argumentação semelhante com respeito ao espaço cognitivo ou mental. A apresentação da espacialidade concreta está sempre envolta nas representações complexas e diversificadas da percepção e da cognição humanas, sem nenhuma necessidade de uma correspondência direta e determinada entre as duas. Essas representações, como imagens semióticas e mapeamentos cognitivos, como ideias e ideologias, desempenham um papel poderoso na moldagem da espacialidade da vida social. (SOJA, 1993, p.)

O espaço não é inerte, produto apenas da ordenação imposta pelo planejamento urbano, no caso das cidades, ou da falta dele. O espaço inerte, geométrico, euclidiano é uma ilusão de ótica que mascara o conflito e a atuação social. Pensando os SRT's nessa perspectiva, a questão da moradia é vista aqui mais como um marco inicial para a reabilitação do que como um ponto de chegada. Ainda que qualquer lugar seja melhor que o manicômio, como aponta o MLA – uma das principais consignas do movimento é “Por uma sociedade sem manicômios”⁶⁰ - os lugares sempre estarão sujeitos às determinações de ordem coercitivas, impostas pela sociedade produtora de mercadorias, ao mesmo tempo que oferece a possibilidade de serem apropriados pelos seus habitantes.

Estabelecidas as residências, os moradores são (re)inseridos em (novas) relações e (re)criam sua maneira de estar no mundo, diferente daquela experienciada no manicômio. Nessa trajetória busca-se que as determinações da vida manicomial desapareçam no tempo e no espaço para dar lugar a outros conteúdos da vida, que, por sua vez, engendram outras sociabilidades e formas de apropriação do espaço.

⁶⁰ Sobre o histórico do MLA ver: BAURU, Comissão de Sistematização do Relatório Final do Encontro de. **ENCONTRO DE BAURU: 30 ANOS DE LUTA “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”**:Bauru, 08 e 09 de dezembro de 2017 RELATÓRIO FINAL. 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/11/relatorio-encontro-de-bauru-1.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

As relações com o mundo externo são o grande diferencial entre as residências e o manicômio, já que neste último elas estão praticamente ausentes ou são fortemente controladas. O dentro e o fora é muito peculiar para cada residência porque sofre a ação da singularidade dos moradores que vão ocupar a casa, do bairro, da vizinhança, dos trabalhadores, da forma como a determinada OSS administra o serviço etc.

Eu acredito muito na casa, na Residência Terapêutica, mas é isso, a casa vai ser feita por quem tá habitando ela, por quem tá trabalhando nela, por quem tá supervisionando ela, então acho que vai depender muito. Tem algumas casas que tem...as casas vão ter perfis diferentes porque têm moradores diferentes, têm demandas diferentes, tem uma vizinhança diferente, estão em lugares da cidade diferentes, trabalhadores são diferentes, tudo é muito diferente, mas é o modelo que eu acredito que é o modelo de casa. O máximo que a gente quer fazer para descolar a casa de um serviço é o ideal, a gente não quer que pareça um serviço, a gente quer que pareça uma casa. Eu habito minha casa, quero que os moradores se sintam em casa da forma deles. (Alexandre ex-coordenador)

Ah, tem gente, não tô falando das acompanhantes, mas entram no meu quarto, pegam os meus livros, reviram os meus livros, ficam passando a mão na minha cabeça e falam que sou uma criança, por isso quero sair daqui. (Anderson - morador)

É que nem eu falei, são 12 horas e eles são um pouco que nem criança, precisam de carinho, de atenção, eles são adultos, mas ao mesmo tempo são as crianças né. Eles gostem de brincar, dar risada. O ..., por exemplo, ele sempre pede pra colocar o Ultraseven pra ele, que é uma série dos anos 80, o Spectreman. Ele sempre chama “Amauri, você coloca o Ultraseven pra mim?”, e eu coloco no YouTube e é uma terapia pra ele. O ... também, gosta do Michael Jackson, do exterminador do futuro. O ... gosta do que? Do Raul Seixas. E assim vai. O ... às vezes, dá um pouco de trabalho, precisa entender bem ele, o ... eu não me dou muito bem com ele, as vezes ele sai um pouco de si, fica meio agressivo, mas com uma conversa a gente consegue amenizar né. E tem o seu ..., né. O seu ... é um amor de pessoa, ele lembra um pouco meu avô, então eu sou meio apegado ao seu O tenho nem comentários, ele é um dos mais tranquilos da casa, mais sossegado, como você viu aí, tá sempre participando das reuniões, e é isso cara, resumindo. Eu gosto de trabalhar aqui, depois que fiz o teste eu me adaptei super bem. (Amauri – Agente de Segurança)

Na relação ao entorno, como eu já convivia com os moradores desde a criação da casa, eu fui na base da transformação, pois especialmente em São Paulo, vai muito da classe social, na periferia por exemplo, a intimidade é algo mais natural, todos estão na vida de todos, já da classe média pra cima, as relações são mais distantes, as pessoas são mais distantes, nesse sentido então eu acho que não tem uma aproximação entre os moradores da casa com a da região, mas também a relação já melhorou muito, se tratando dos conflitos, que já foram muitos e a relação acabou se desgastando a um tempo atrás. E conforme o tempo vai passando, a UBS também vai se aproximando de nós. Eles fizeram um projeto, onde toda quinta feira nós vamos para uma praça, onde pessoas do bairro também aparecem, e isso vai ajudando na coexistência. (Eduardo - coordenador)

No meu ponto de vista, a vizinhança tem um pouco de receio, espanto, às vezes e com o tempo a vizinhança fixa, mesmo, que já tem um tempo aqui acaba se adaptando. Mas os moradores novos ou que estão de passagem ou alguns que

não moram tão próximo e vê a circulação tem um pouco de receio, assim. Porque é tudo novo, sabe que têm problemas psiquiátricos, mas entendem a origem, então tem um pouco de receio sim. De alguma reação violenta ou enérgica de algum morador.

Eu gosto de ir ao Shopping... Tem os filmes, tem como as compras, mas é muito caro as coisas lá né. É muito caro, né? É, muito caro. Não vale a pena. Vale a pena gastar no Brás, esse tipo de coisa vale mais a pena. Mais que no shopping. Gosto, gosto de dar uma caminhada, e eu fui botar minha cartinha do papai Noel lá perto com o ... que é acompanhante. E eu gosto de dar uma caminhada. (Anderson - morador)

Então, o desafiador é inserir eles na sociedade na forma que deveria, então é as pessoas aceitarem melhor, não olharem eles de forma tão incapaz né, então esse é o nosso trabalho sair com eles, mas eu vou te falar, lá na redondeza eles são bem recebidos, um dos nossos pacientes sai bastante e ele sempre foi muito calado, e teve alguns problemas de não respeitar as pessoas, assim, no toque[...] Mas nós temos uma vizinha, vizinha de parede, que tudo que ela pode pra complicar, ela complica, ela é bem inacessível, a gente não consegue entender os problemas, então tudo que é situação vira briga, as vezes não tem nem sentido o que ela faz, cá entre nós, o problema é ela, por que não precisaria ser tanto como ela é, ela é bem insensível, ela exagera na forma de tratar eles, ela é uma pessoa que não aceitou, acho que ela é uma pessoa que não vê eles como gente, mas com o estereótipos de loucos, é mais ou menos isso [...] Eu não vejo nenhum, nenhum deles fizeram nada pra ela, desde que eu entrei, eu não vi nenhuma situação, eu até perguntei para as minhas colegas que estão lá a muito tempo se aconteceu alguma coisa, não, eles não fizeram, mas um dos nossos pacientes não tem esse limite, e um dia, andando pela rua, fez xixi muro, e então ela viu aquilo e pra ela foi horrível, mas pra ele, não foi algo tão ruim, ela que é impaciente mesmo, ela não cumprimenta, bate o portão, então a gente percebe que tem uma certa frieza. Mas não é todo mundo não, pois eles frequentam o cabelereiro, a padaria o supermercado. Pra você ter uma ideia, nos ônibus que a gente pega para o CAPS, os motoristas conhecem os moradores, cumprimentam eles pelo nome, brincam com eles, então eles são conhecidos até nos ônibus [...] é só essa vizinha que é o problema, na maioria dos casos eles são bem queridos, mesmo o ..., que tem esse problema, as pessoas entendem e é claro que estão sempre pedindo espaço pra ele, mas não é uma atitude com grosseria do ..., ele tocar nas pessoas, mas não é todo mundo que aceita isso, mas mesmo assim ele é super querido, ele sai na rua, e as pessoas estão sempre cumprimentando ele, então na maioria dos casos eles são muito bem tratados. (Vânia – Acompanhante Comunitária)

Vejo como uma casa normal. Às vezes tem um estranhamento. Por exemplo, teve um dia, peguei os moradores, tava todo mundo junto “vamos sair lá na calçada, vamos colocar as cadeiras lá na calçada pra ver a rua” e vi que tem várias pessoas que se incomodam. E outras pessoas que não, que dão boa tarde, que cumprimentam e respondem ao cumprimento. Outras que nem respondem, uma casa de doido, né? Tem, “a casa dos doidos”. Você vai ver isso lá visitando, conversando lá com os moradores. Tem essa relação também. (Alexandre – ex-coordenador)

Por exemplo, têm vezes que vai pessoa visitar a residência terapêutica no projeto de pesquisa, estagiários, qualquer outra coisa e fala: “Qual atividade você faz na residência?” e aí eu pergunto “Qual atividade você faz na sua casa?”

É uma casa e aí a pessoa para que fala assim não, mas “Qual atividade você faz aqui?” A mesma que você faz na sua casa: assistir televisão, não faz nada. ler alguma coisa ou também não faz nada porque tem a sensação que na residência sempre tem que fazer alguma atividade. É uma casa é uma casa como a

minha, é uma casa como a sua com as suas peculiaridades todas porque são oito pessoas convivendo junto com hábitos bem diferentes tem uns que tem mais dificuldades de convivência e outros não. (Luíza - coordenadora)

Aqui no bairro, o que eu faço aqui no bairro? Acho que nada. Não tem nada de interessante aqui no bairro. Não que seja uma merda, é um bairro de classe média alta, tanto que antes eu ia na galeria do rock comprar uns CDs de rock. Eu ia na Paulista, comprava filmes, ia na Augusta comprar CDs de jazz e de metal. Aqui no bairro, não. É só residencial, sabe.

Não, não conheço, às vezes a gente caminha, conversa e se cumprimenta, mas nada muito pessoal. [Sobre os vizinhos] (Pedro - morador)

Pensar a questão da moradia como uma questão que não se esgota em si e coloca para os moradores novas perspectivas de vida significou que teríamos que olhar as formas de sociabilidade que foram sendo construídas no tempo e que estão em constante processo de transformação.

Para um habitante de uma metrópole como São Paulo dos dias que seguem, a percepção de uma tempo-espço acelerado não é incomum. Temos concordância com as conceituações que apontam para outra sociabilidade que foi edificando-se em substituição aos modos de vida ocidentais típicos que tomou forma nas últimas décadas do século e XX e continuam se desenvolvendo.

É difícil - e não faz parte dos objetivos desse trabalho - precisar um marco para esse fenômeno, mas podemos sugerir que as décadas de 1980-2000 trazem alguma luz para o tema das mudanças nas formas de sociabilidade. O antropólogo francês, Marc Augé (1994), refletindo sobre o tema, sugere que a modernidade capitalista, com todas as suas vicissitudes e determinações, estaria sendo suplantada pela supermodernidade, que carrega duas transformações aceleradas: a primeira na percepção do tempo e da história e a segunda referente a novas configurações do espaço. Sobre a primeira o autor pontua que:

A 'aceleração' da história corresponde de fato a uma multiplicação de acontecimentos na maioria das vezes não previstos pelos economistas, historiadores ou sociólogos. A superabundância factual é que constitui problema[...] Essa superabundância, que só pode ser plenamente apreciada levando-se em conta, por um lado, a superabundância de nossa informação e, por outro, as interdependências inéditas do que alguns chamam hoje de 'sistema-mundo'. (AUGÉ, 1994, p.31)

A superabundância factual do mundo contemporâneo atuaria no plano do simbólico produzindo uma percepção do tempo como tempo acelerado e impactando no sentido que os indivíduos dão aos acontecimentos. O mundo continua portando sentidos e obje-

tivos, a novidade é que a profusão de acontecimentos e de acontecimentos comunicacionais de toda ordem levam a uma dificuldade de dar sentido aos processos objetivos do mundo.

Em retrospectiva, a facilidade em encontrar um sentido para os acontecimentos da vida estaria mais a mão em momentos em que a sociedade parecia seguir um curso mais estável e onde os papéis sociais pareciam mais bem definidos.

A segunda percepção produzida pela supermodernidade refere-se ao espaço:

Do excesso de espaço poderíamos dizer, primeiro, ainda que paradoxalmente, que é correlativo ao encolhimento do planeta: dessa colocação à distância de nós mesmos à qual correspondem as *performances* dos cosmonautas e a ronda dos nossos satélites. [...] Estamos na era das mudanças de escala, no que diz respeito à conquista espacial, é claro, mas também em terra: os meios de transportes rápidos põem qualquer capital no máximo a algumas horas de qualquer outra. Na intimidade de nossa casa, enfim, imagens de toda espécie, transmitidas por satélites, captadas pelas antenas que guarnecem os telhados da mais afastada de nossas cidadezinhas, podem dar-nos uma visão instantânea e, às vezes, simultânea de um conhecimento em vias de se produzir no outro extremo planeta (AUGÉ, 1994, p.33-34)

Hodiernamente ainda mais, a internet reduz ao mínimo os atrasos de comunicação existente nos meios de comunicação tradicionais do século XX – rádio e televisão – e ainda evoluiu no sentido de criar e reforçar padrões de interesse e comportamento por meios dos algoritmos digitais, inexistentes no momento que o autor escrevia suas ideias.

A percepção do espaço, impactada pelo excesso de informações e pelo encolhimento do planeta proporcionado pelas novas tecnologias levou o autor a considerar modificações físicas que resultaram nos não-lugares⁶¹, em oposição uma certa noção sociológica que identifica uma cultura localizada no tempo e na história.

Os não-lugares são tanto as instalações necessárias à circulação acelerada das pessoas e bens (vias expressas, trevos rodoviários, aeroportos) quantos os próprios meios de transporte ou os grandes centros comerciais, ou ainda os campos de trânsito prolongado onde são alojados os refugiados do planeta. (AUGÉ, 1994, p.33)

Assim como Marc Augé chama atenção para o aparecimento dos não-lugares - que sugere uma aproximação com a vida nos manicômios – cabe retornarmos a alguns

⁶¹ Extrapolando a perspectivas dos não-lugares, procurando não cair em anacronismos, os relatos e a literatura sugerem que os manicômios eram espécies de não lugares devido às suas práticas homogeneizadas e massificadas. Essa realidade persiste até os dias de hoje ainda muito próxima daquela de um passado recente, como apontou o último relatório de inspeção hospitalar. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho Impreso no Brasil: 2ª edição – março 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 04 de maio de 2022.

conceitos discutidos anteriormente quando pontuávamos a questão do *american way of life* como balizador dos modos de vida ocidentais.

A força da cultura hegemônica irradiada principalmente a partir dos Estados Unidos do pós-guerra ainda é inquestionável, entretanto ela se desdobra em novos arranjos que a tornou não idêntica àquela das décadas de ouro do capitalismo que se encerrou nos anos 70. Pensadores do campo marxista, mas não só, perceberam as mudanças na forma da cultura hegemônica se (re)produzir, especialmente a partir dos anos 80.

Jameson (2001) trouxe à tona as transmutações das formas hegemônicas de dominação em processos que passaram ser chamados de globalização. O processo de globalização carrega a potencialidade de homogeneizar e subjugar as culturas locais através de outras forças caracterizadas como destrutivas pelo autor, a despeito da sua ideia original que se propunha a agregar as populações no que ficou conhecido como aldeia global.

O autor alerta para as metamorfoses desse processo que passa a incidir sobre as culturas nacionais de forma asfixiante, que as estavam transformando em simulacros “disneyficadas” ou meras imagens das suas manifestações originais. Dentre essas forças homogeneizadoras e destrutivas o autor especifica o consumismo:

[...] o ponto central do nosso sistema econômico, e também o modo de vida para o qual somos todos os dias sem cessar treinados por toda nossa cultura de massas e indústria de entretenimento, com uma intensidade de imagens e de mídias sem precedentes na história. (JAMESON, 2001, p.56)

O consumismo certamente é estimulado por uma série de imagens que projetam as mercadorias por meio de técnicas psicossociológicas refinadas e que conformam uma indústria à parte. Essas imagens veiculadas pela propaganda tem como objetivo influenciar nossa decisão de compra. De certa forma essa sempre foi função do marketing e da propaganda, entretanto o autor pontua que há confluência de vários saberes para potencializar o grau de influência nas pessoas, é uma evolução dos meios de comunicação que reflete maior racionalização nos circuitos de circulação das mercadorias.

É, portanto, a simbiose das imagens e das mercadorias, a transformação do cultural em econômico e do econômico em cultural, movimento que o autor classifica como pós-modernidade. Uma definição que o coloca em um lugar diverso das interpretações da pós-modernidade que abordam a questão de uma perspectiva culturalista. O autor conduz a análise da pós-modernidade pro meio de uma compreensão materialista do fenômeno.

Essas categorias expostas acima incidem sobre os moradores dos SRT's inevitavelmente e como eles lidam com elas foi algo que procuramos observar. A já bem conhecida dificuldade de inserção no mercado de trabalho no modelo fordista ganha novos contornos e mais restrições.

Os moradores possuem poucas oportunidades de aperfeiçoamento profissional, a grande maioria está fora da escola há muito tempo. Não há políticas públicas consistentes de inclusão para doentes mentais na educação e no mercado de trabalho, ao contrário do que ocorre com as deficiências físicas e mentais.

Além disso, eles recebem benefícios governamentais que mal alcançam as necessidades básicas do cotidiano. Sem contar que o período de internações alija as pessoas do contato com as coisas mais elementares na vida de um trabalhador, a capacidade de manusear o dinheiro, de inteirar-se de técnicas de conseguir um emprego, de manter e compreender os mecanismos financeiros e bancários mais simples entre outras.

Para finalizar este ponto Jameson (2001) tenta nos mostrar como o espaço social está saturado de imagens e de novas temporalidades que impregnam todos os pormenores do cotidiano, fazendo com que as heterotopias foucaultianas daqueles sem classe e sem classificação fossem também colonizadas com força nesses imaginários.

Discutir como o imaginário da pós-modernidade dialoga com a loucura, quando o cuidado é praticado em liberdade, é uma questão que procuramos observar e que pode ser mais bem visualizada nos relatos abaixo. As determinações dos conteúdos da vida moderna estão praticamente ausentes na vida intramuros nas instituições, já que elas colocavam barreiras quase intransponíveis para as pessoas vivenciarem as coisas do mundo.

5.2 – O lado de fora não quer falar

Compreender a espacialidade como uma categoria dinâmica, impregnada de conteúdos e relações sociais fez com que a nossa investigação tivesse que se direcionar para o externo, para as relações que as residências estabelecem com a vizinhança. Foram muitas as tentativas de entrevistar os vizinhos, na maioria das vezes sem sucesso. A pandemia foi um grande obstáculo para as abordagens e as tentativas à distância não foram tão frutíferas como imaginávamos.

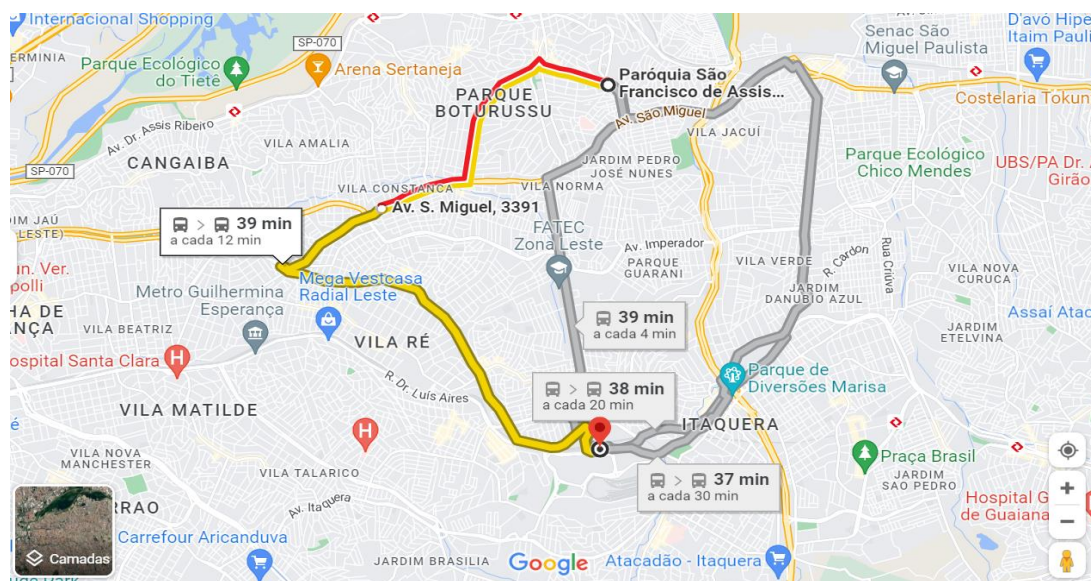
Conseguimos conversar com alguns vizinhos informalmente durante visitas, mas os pedidos de entrevistas formais nunca foram respondidos. Entretanto, como os dados

recolhidos pelos meios digitais notamos uma diferença na percepção dos serviços, enquanto no bairro do Brooklin os moradores e comerciantes pouco ou nada sabia a respeito, no bairro de Ermelino o grau de conhecimento da casa e dos moradores é muito maior.

Supomos que isso se deva ao fato de que mais moradores da residência de Ermelino circulem pelo bairro - e sejam quase obrigados a isso, dado que o bairro é distante de outros locais que poderiam ser atrativos, como os bairros e áreas de lazer mais centralizadas da cidade. Mesmo o bairro de Itaquera, também na zona leste, onde está localizada uma das estações terminais do metrô linha vermelha, é razoavelmente distante (Figura 2).

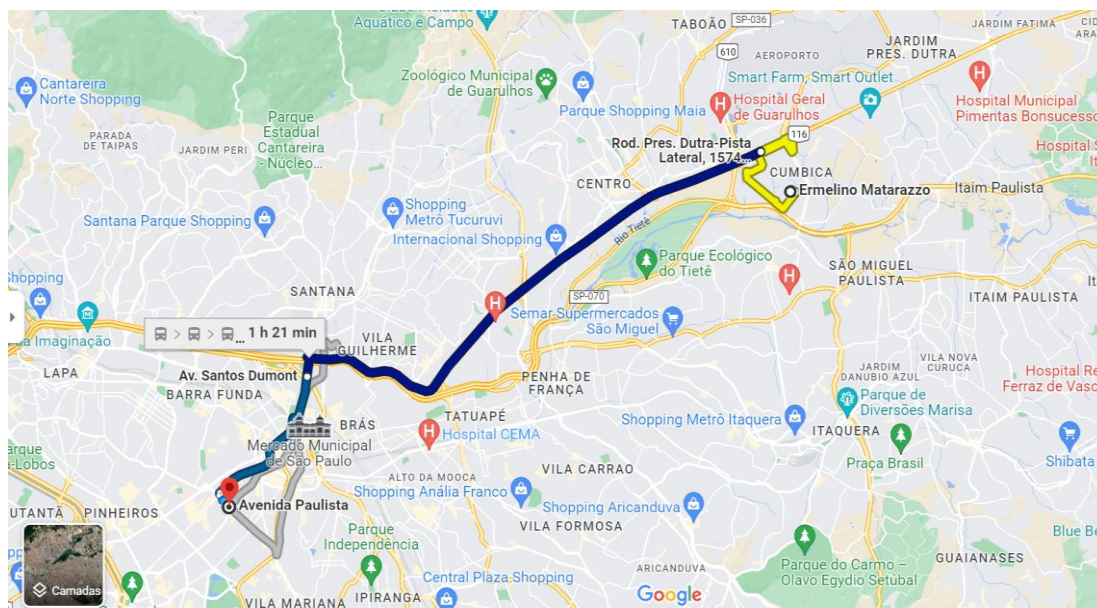
Os moradores do Brooklin estão mais bem localizados em termos de proximidade com as áreas centrais - tomamos a Avenida Paulista como referência (Figuras 3 e 4).

Figura 2 - Deslocamento bairro de Ermelino Matarazzo - Metrô Itaquera (terminal linha Vermelha) por transporte público



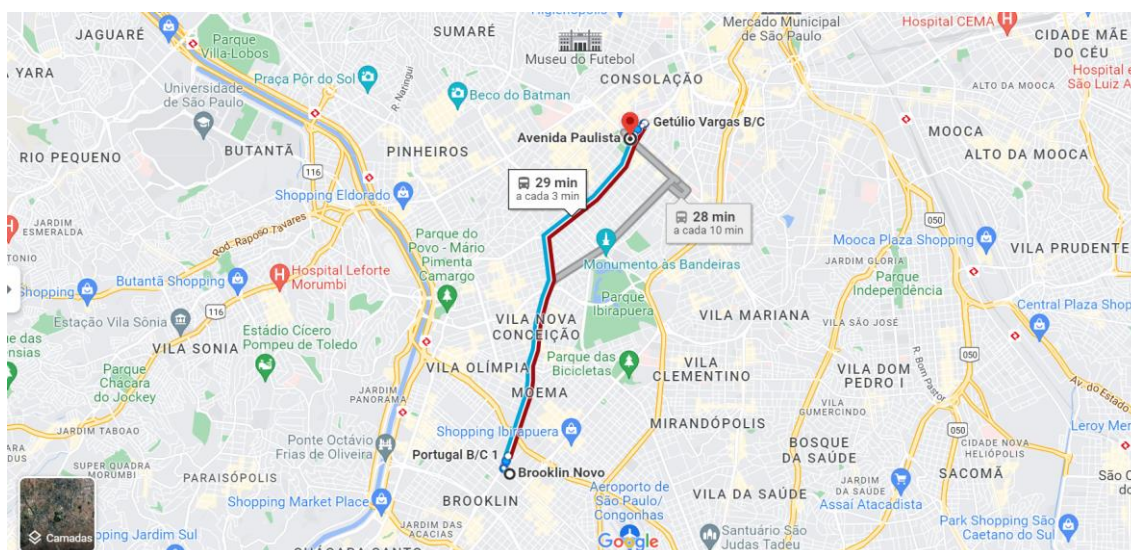
Fonte: Google Maps

Figura 3 – Deslocamento Ermelino Matarazzo – Avenida Paulista por transporte público



Fonte: Google Maps

Figura 4 - Deslocamento Brooklin Novo - Avenida Paulista por transporte público



Fonte: Google Maps

Fizemos muitos esforços para conseguir entrevistar os moradores, fizemos contatos com escolas, associações de moradores, equipamentos de saúde, comércio local, associação comercial, centros religiosos, associação para pessoas com deficiência, no total conseguimos apenas dez respostas para o questionário que foi enviado on-line e alguns indicativos de futuras entrevistas presenciais que acabaram não se realizando. Na totalidade das respostas as pessoas desconheciam os serviços, não sabiam dizer onde se localizavam nem quem eram seus moradores.

Podemos sugerir que, ao mesmo tempo que as políticas de saúde mental na sua forma de cuidado em liberdade não sejam conhecidas pela comunidade, os serviços mantêm sua perspectiva de funcionar como uma residência, ou seja, não é previsto que as residências terapêuticas sejam caracterizadas como tais com placas ou avisos prévios quando o serviço está para ser habilitado.

Foi constatado pelas conversas com trabalhadores e moradores que muitos vizinhos conhecem sim os serviços e mantêm alguma relação com os moradores, como citado nos fragmentos das entrevistas abaixo. Algumas vezes de forma pejorativa, como a “casa dos doidos”, outras vezes com uma certa curiosidade, como a passagem citada de uma vizinha que nos abordou para perguntar quem eram aquelas pessoas e o que elas faziam nas casas, se elas trabalhavam, como sobreviviam, etc.

O que mais chamou a atenção nas respostas que chegaram a partir dos moradores foi o fato de que todos eles afirmarem que os moradores não deveriam circular desacompanhados pela cidade. Quando perguntados “Na sua opinião, as pessoas com transtorno mental grave devem circular pela cidade livremente? Justifique sua resposta”. As respostas foram:

Não, sempre acompanhados por profissionais, pois é risco para as pessoas.

Nunca sabemos o que passa na cabeça do outro.

Não acho que transtornos graves devam circular sozinhos, acho que necessitam de acompanhamento de pessoal treinado

Não. O acompanhamento físico é necessário.

Que tipo de transtorno? Vocês estão falando de usuários de drogas? Se encaixa nesse perfil? Tem um monte de louco circulando pelo bairro. Vocês classificam eles em que grupo?

Sim, caso estejam acompanhadas.

Para que uma pessoa com transtorno mental grave possa circular livremente pela cidade, primeiramente penso ser necessário ela ter um acompanhamento por profissionais capacitados para avaliar o caso dela detalhadamente, desde psicólogos, psiquiatras, médicos, acompanhantes terapêuticos, etc., para conseguirem juntos dimensionar e avaliar a capacidade desta pessoa em poder ser independente e conviver com outras pessoas sem causar riscos a elas e sem que as outras pessoas possam causar algum mal a ele (a) também.

Depende de uma avaliação de profissionais que acompanham os pacientes para entenderem, ajudarem e dar o suporte adequado, cabendo a estes médicos, terapeutas e psicólogos esse julgamento. Que essas pessoas com transtorno mental grave tenham o suporte adequado para conseguirem circular livremente pela cidade.

Surgem algumas concepções tradicionais sobre o fenômeno da loucura, que as pessoas com transtornos mentais precisam estar acompanhadas para desempenhar determinadas funções, que existe um risco iminente para as pessoas e para terceiros. Opiniões que podem estar ligadas aos dois maiores estigmas que incidem sobre a loucura: o louco violento e o louco em tempo integral⁶².

Mas também topamos com uma possível banalização da loucura nessa resposta – “Tem um monte de louco circulando pelo bairro”, conectada com a questão sobre o uso de drogas. Ainda que tenha vindo como uma resposta em forma de pergunta, ela sugere que o uso de drogas pode ser percebido como uma expressão da loucura.

⁶²O antigo esquema conceitual operativo dos manicômios foi constituído sob o marco de vários conceitos estruturantes, (alguns mitos, outros preconceitos) que precisam ser enfrentados, transformados e superados:

a) periculosidade (para si e para outros): o mito de que o louco é perigoso e potencialmente violento está atrelado a dois outros conceitos que sustentam a estrutura e lógica dos hospitais psiquiátricos – a necessidade do isolamento e a irracionalidade nas atitudes e pensamentos. É fundamental considerarmos que atos de agressão e violência estão intrinsecamente relacionados ao contexto da situação e das experiências de vida, e não apenas do adoecimento vivido, de modo que ninguém é violento a priori. A maior parte dos atos de violência nas sociedades são cometidos por pessoas consideradas “normais”. Certamente, esses valores relacionados aos loucos se transferiram igualmente aos usuários de drogas que se encontravam internados em hospitais psiquiátricos;

b) cura e custódia: a ideia de que o louco precisa estar sob a tutela ou vigilância de alguém se baseia na afirmativa de que está destituído da Razão. Trata-se de um preconceito, considerando que não é porque uma pessoa está louca que perde a capacidade de raciocinar, compreender a relação entre uma coisa e outra, estabelecer nexos ou tirar conclusões. Dessa forma, mantê-lo sob vigilância, em ambiente controlado e com disciplina institucionalmente definida, seria condição para a finalidade da cura e o “retorno à razão”. É uma contradição histórica que, em nome da cura, fez do tratamento unicamente a tutela, a invalidação e a segregação como a melhor forma de custódia;

c) norma e normalidade: partir do argumento de que a Natureza tem suas “leis” nos leva ao entendimento de que funcionar de modo a contrariá-las seria “anormal”. As anormalidades são consideradas antinaturais, porque escapam à norma (naturalmente determinada). Isso produz a ideia de anormalidade como uma “violação” das leis naturais. Esse modo de pensar e sentir leva a um movimento de “judicialização” da natureza, resultando na ideia de anormalidade como uma infração da lei, passível de punição. Desse modo, o paciente acaba sendo encarado como um infrator e merecedor de um castigo. A vontade de tratar e a vontade de castigar se confundem, e tratamento e castigo tornam-se equivalentes;

d) natureza e cultura / biológico e social: essas dicotomias exacerbam a importância das coisas e desvalorizam e desresponsabilizam as pessoas dos efeitos das suas ações nas relações sociais. Supõe-se que a Natureza antecede e é superior à cultura. Mas hoje sabemos que o ambiente cultural pode interferir na própria expressão dos genes;

e) corpo e mente: a separação histórica entre corpo e mente como dimensões absolutamente distintas gera impasses na compreensão dos fenômenos humanos; f) o conhecimento de uns legitimando e determinando poder sobre outros: gera a ideia de que quem tem maior conhecimento tem algum acesso privilegiado ao mundo e, por isso, tem direito a ter mais poder que os outros. Aqueles que têm maior conhecimento teriam maior poder sobre os outros. Nessa perspectiva, se todo conhecimento do louco é desqualificado, então ele não pode ter nenhum poder;

g) Imutabilidade e eternidade das essências: essa noção de que as coisas não podem ser modificadas porque são eternas leva à submissão, apatia e manutenção das coisas como estão.

(UNASUS, Universidade Federal de Santa Catarina Universidade Aberta do SUS. **ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**: da coerção à coesão da coerção à coesão. 2014. p.14-16. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/M%C3%B3dulo-6.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.)

Ficamos com a hipótese que outras investigações com a comunidade são necessárias para que possamos qualificar a opinião sobre a relação entre comunidade e moradores dos SRT's e como consequência a percepção social sobre o fenômeno da loucura nos dias atuais.

O fator pandemia, mais uma vez, foi impeditivo para uma verificação e escuta mais qualificada da parte da vizinhança.

5.3 – Escutando o lado dentro

Diferente da vizinhança e do entorno, os moradores e os trabalhadores mostraram grande interesse em falar a respeito da casa e do cotidiano, bem como das suas histórias e experiências de vida. A prontidão em atender nossas demandas, os momentos dedicados às entrevistas e às saídas nos renderam informações importantes sobre compreendermos o funcionamento da casa e também foram fundamentais para as conclusões que chegamos ao final dessa pesquisa.

A grande maioria dos moradores contou suas histórias de vida com uma riqueza de detalhes. Muitos trouxeram lembranças remotas de suas infâncias, do período que frequentaram a escola, do mundo do trabalho, da família, de outros bairros, cidades, etc. Falaram sobre a chegada à residência, o convívio com os outros moradores e com os vizinhos. Falaram sobre sonhos, decepções, esperanças, afetos e desejos. Contaram sobre as internações em instituições hospitalares – para alguns deles foram várias passagens, em alguns casos em instituições diferentes – e como é a vida nas residências.

Os trabalhadores narraram seus percursos profissionais e pessoais. Como e quando chegaram para atuar na saúde mental e nas residências. Trouxeram informações sobre a dinâmica e o funcionamento cotidiano residências, assim como os desafios colocados por um serviço com características muito particulares. As relações construídas com os moradores, a satisfação, mas também as dificuldades de trabalhar com um público singular para os padrões sociais estabelecidos. Também foram fundamentais para nos fornecer informações sobre os moradores que tinham dificuldades de comunicação verbal. Os trabalhadores encontram formas para se comunicarem com os moradores em tal condição por meio de técnicas específicas e disposição para tanto.

As informações coletadas com os moradores e trabalhadores nos ajudaram a construir os capítulos anteriores. A partir daqui nos dedicaremos a analisar as experiências com os moradores das residências.

5.3.1 - Paulo

Paulo é um dos moradores mais recentes no SRT I do Brooklin, sobre ele não há muitas informações acerca de sua história pessoal. Isto se deve, provavelmente, porque ele passou uma parte importante da sua vida como pessoa em situação de rua, casos nos quais é muito comum a despossessão de bens materiais, inclusive documentos pessoais.

Além do fato de que Paulo pouco verbaliza, não é dado a longas conversas. Mas os trabalhadores conseguiram reter muitos dados sobre períodos específicos de sua vida. Dessa forma pudemos por meio de Vítor tentar reconstruir a vida de Paulo.

O AT Vítor, que o acompanhou por quatro anos, semanalmente, relatou os progressos observados nos seus atendimentos com - desde o começo da pandemia os atendimentos tiveram que ser suspensos, segundo Vítor, a coordenadora propôs que os atendimentos continuassem de maneira remota, no entanto ele afirma que “tendo em vista o caso era um daqueles impossíveis para seguir com os atendimentos a distância”.

Vítor relatou que Paulo já recebia atendimento de outro AT, o caso lhe foi passado pois o antecessor seguiu para o exterior para aprofundar seus estudos. Naquele momento Paulo “falava quase nada, apenas frases curtas, algumas palavras, passava dias sem falar”.

O atendimento se realizava com uma volta no bairro, percorrendo sempre os mesmos caminhos, nos quais Paulo parava nos botecos e estendia a mão para pedir algo para comer ou beber. Vítor supõe que ele tenha carregado esse costume do período em que fora morador de rua por quase 20 anos e o reproduzia já tendo direito a um benefício e morando no SRT. Ainda não ficou claro o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) Paulo tenha vivenciado tal situação, há um hiato em sua memória (ou ele nunca quis verbalizar?) entre o período que ele viveu com sua família e depois já como pessoa em situação de rua.

Vítor descreve sua trajetória com Paulo dividida em três momentos significativos que sinalizam a expansão do universo de interesses de Paulo no contexto do processo de reabilitação psicossocial. O primeiro momento foi a experiência inédita, até então para Vítor, na qual Paulo pode comprar por conta própria uma coxinha no bar em uma das várias vezes que ambos se dirigiram ao CAPS.

Ainda sem usar as palavras para endereçar o pedido, Paulo conseguiu comprar e pagar pelo salgado gesticulando com o balconista, manuseando o dinheiro de forma independente, algo raro, já que as vezes que os trabalhadores da casa davam dinheiro a Paulo para que ele saísse para os atendimentos e ele repassava o dinheiro para Vítor.

Esta prática tornou-se um ritual quando Paulo precisava ir ao CAPS. Os moradores dos SRT's devem receber acompanhamento do CAPS de referência, no caso das casas

do Brooklin quem cumpre essa função é o CAPS do Itaim Bibi. Vítor aponta que Paulo passou a expressar seus desejos e intenções com mais frequência nessas idas ao CAPS, por exemplo. Depois de um certo tempo Paulo chegava a porta do CAPS e pedia que Vítor fosse embora, entretanto Vítor não sabia dizer se, nas primeiras vezes, era um desejo ou uma pergunta, mas foi percebendo que era a manifestação de um desejo. Esse pedido de distanciamento Vítor atribui a uma característica de Paulo, que se cansava da presença de outras pessoas com certa rapidez, o que não era diferente nos atendimentos.

Os pedidos de separação por parte de Paulo foram feitos após algum tempo de atendimento, nesse sentido Vítor atribui essa morosidade em expressar desejos ao longo período da vida do Paulo no qual ele “não teve seus desejos como algo reconhecido”.

O segundo momento destacado foi o conjunto das memórias que retornou progressivamente para Paulo durante as conversas (ou Paulo passou a verbalizá-las?), principalmente durante os passeios realizados pelo Parque do Povo. Vítor procurava diversificar os assuntos e comentava a respeito das esculturas expostas no parque. Num primeiro momento não houve muita reação e parecia que Paulo prestava pouca atenção aos novos temas, mas com a sequência de atendimentos “os diálogos foram ficando menos estereotipados”.

Nesses passeios Paulo passou a falar sobre fragmentos da sua história de vida, que havia chegado em São Paulo oriundo de uma cidade do interior do estado, veio com toda a família, os pais e as irmãs; “a figura paterna era um tanto apagada – e alcoolista -, a mãe era mais forte”. Paulo trabalhava como pedreiro. Sobre o momento exato da passagem para a situação de rua sabe-se muito pouco, suas recordações apontaram que ele já estava sozinho, depois que a mãe e as irmãs mudaram para uma cidade do litoral.

O fato é que ‘a passagem de como ele foi pra rua é sempre um mistério, ele nunca chega nesse ponto, ele sempre conta antes ou durante’. Mas uma pista sobre essa passagem veio do relato de Paulo com relação a amizade que ele mantinha com policiais militares (PM’s). Vítor afirma que as memórias de Paulo sobre suas relações com os policiais deixam uma margem de dúvida sobre se eram “relações de amizade ou relações amorosas”.

O desfecho dessa amizade foi a morte dos policiais e a ida de Paulo para o cemitério da Lapa, onde os PM’s foram enterrados, “para não ficar longe deles, seus amigos”. Vítor não sabe precisar se então Paulo já estava em situação de rua ou se foi esse o momento da passagem. Logo depois Paulo foi atropelado e passou alguns meses no hospital

onde recebeu o diagnóstico de esquizofrenia residual que, segundo Vítor: “não quer dizer nada.

Diagnóstico mais absurdo que existe porque não descreve nem esquizofrenia nem nada, porque ele era quieto, é isso que ele era e é isso que ele é”. O silêncio de Paulo pode ter lhe dado um diagnóstico psiquiátrico, ao mesmo tempo em que acabou por colocá-lo numa casa. E, em outros tempos, Paulo muito provavelmente seria encaminhado para uma instituição manicomial.

Por último, Vítor destacou o aparecimento (ou reaparecimento?) de desejos sexuais em Paulo ainda que num primeiro momento de forma excessiva e até, algumas vezes, desrespeitosa com outras mulheres da casa e do CAPS. Ainda assim, Vítor pontua que essa condição denota um grande avanço no processo de reabilitação, conquanto a nova demanda exigiu que Vítor – e os outros trabalhadores da casa e do CAPS - trabalhasse a questão dos limites éticos com Paulo, que estava saindo de uma condição em que ele se considerava “um coitado” para um lugar de maior autonomia. “Pode ser considerada uma conquista para uma pessoa que não falava, que não expressava nenhum desejo e era um invisível da casa”.

O leque de opções e desejos de Paulo expandiu-se consideravelmente desde sua chegada na casa, tornou-se mais falante, recuperou – ou verbalizou – suas memórias, circulou mais e melhor pelos espaços. No relato de Vítor, a circulação de Paulo pelos espaços dá-se principalmente no comércio local. Além do bar, onde ele passou a frequentar antes de suas idas ao CAPS, Paulo gostava de ir ao barbeiro frequentemente e à padaria, ambos localizados a algumas quadras da residência. No clube público da região, onde funciona uma associação que cuida de crianças com deficiência, Paulo pode estreitar relações com as pessoas responsáveis por preparar as refeições para os atendidos pela instituição.

A moradia e a assistência qualificada proporcionaram a Paulo expandir a apropriação do mundo dentro das suas possibilidades. Vítor relata que no começo dos atendimentos Paulo circulava com uma “distância muito grande das coisas e do mundo...andava pela cidade sem comentários sem demonstrar muito interesse pelas coisas, pelos lugares e pelas pessoas – Vítor, inclusive - mas que nos últimos tempos passou a afirmar que era um privilégio ter uma casa para morar”.

Dos tempos da vida em situação de rua Paulo faz especial referência ‘com nostalgia’ ao centro da cidade, de alguns lugares como cinemas, teatros e da Avenida São João, especificamente, porém e sem dar maiores explicações Paulo nunca aceitou os convites

de Vítor para revisitar a avenida. As memórias afetivas de Paulo com relação ao centro também mostram momentos de sofrimento intenso quando ele relatou a Vítor sobre as vezes que pensou em atirar-se do Viaduto do Chá.

A circulação diária pelo centro de São Paulo se dava quando Paulo morou sob algum viaduto da zona norte, ele não se recorda qual, nem se foi antes ou depois do tempo no cemitério. Saía pela manhã da zona norte e caminhava até o centro parando nos bares para pedir comida. No trajeto vasculhava as lixeiras à procura de comida ou simplesmente juntava papéis velhos para levar para seu abrigo.

Vítor conta que Paulo manteve esse hábito nos atendimentos por algum tempo, mas à medida que se apropriava do seu dinheiro foi abandonando a prática de comer restos das lixeiras pela de comprar nos bares e o ato de recolher papéis foi ficando “mais simbolizado”. Paulo passou a recortar palavras que remetiam a determinadas memórias e guardá-las consigo. Vítor sugere que o caminhar de Paulo pela cidade é mecânico, como se a cidade não existisse, chega a esbarrar nas pessoas, é o “prazer de andar não é esse prazer de observar”. Andar é um instrumento para descarregar suas raivas e angústias, sem muitos constrangimentos.

O acompanhamento feito por Vítor teve que ser interrompido em março de 2020, mas seu relato apresenta a obtenção de muitas conquistas para Paulo, no âmbito psicológico, social e no exercício da cidadania. O cuidado em liberdade é uma das prerrogativas da RPB e um dos seus predicados é a assistência para que os indivíduos restituam suas capacidades e se (re)insiram socialmente como sujeitos de direitos e deveres, algo que passava ao largo das práticas instituídas nos ambientes manicomialis.

5.3.2 – Pedro

Pedro é morador há dez anos em uma das residências pesquisadas. Nosso primeiro contato foi o momento da entrevista. Pedro é uma pessoa com amplos conhecimentos acadêmicos, do mundo das artes e domina idiomas. Após as apresentações e a minha exposição sobre os objetivos da pesquisa, Pedro me indaga a respeito de um psicanalista italiano chamado “Josep Dellacqua”, o qual eu desconhecia, sugerindo, sem certeza absoluta, que ele teria sido o grande idealizador das residências terapêuticas. Tomei nota do nome para futuras consultas. Pedro afirma também que as residências são uma grande revolução no campo da psicanálise.

Pedro viveu mais de meia década em um manicômio, que foi completamente fechado em 2018. A saída de Pedro ocorreu antes do fechamento e foi resultado da assinatura de um Termo de Ajuste de Conduta (TAC), em 2012, proposto pelo Ministério Público e celebrado pela União, estado e o município sede da instituição. Em janeiro de 2013 deixaram o hospital os 512 pacientes que fizeram parte do processo de desinstitucionalização.

Eles eram procedentes de aproximadamente 135 municípios brasileiros, incluindo outros estados, como Minas Gerais, Pernambuco, Paraná e Rio Grande do Sul. Pedro foi encaminhado para o SRT no qual permanece até os dias de hoje. Pedro passa a falar da sua vida na casa como uma “vida normal”. Ele sai sem acompanhante para circular pela cidade, gosta de ir à “Paulista, Augusta, (Avenida) São João, galeria do rock, centrão, comprar cd’s de rock’. Entretanto, o que ele diz apreciar mais é a filosofia alemã, Heidegger, em especial a obra ‘Ser e tempo’ a qual ele qualifica como “profundamente abstrato”.

Conforme Pedro relata passagens da sua vida e de acordo com a informações fornecidas pela equipe de acompanhantes fica evidente o vasto repertório cultural que Pedro detém. Em uma das nossas visitas à casa ele nos convida a assistir o filme Oito e meio do diretor italiano Federico Fellini.

Enquanto assistíamos ao filme, Pedro tecia alguns comentários sobre o roteiro, as filmagens e passagens sobre a vida dos atores e atrizes. Em outro momento, apresenta sua coleção de cd’s, seu gosto transita entre o jazz, o blues e o rock. Discorre longamente sobre o jazzista Charles Mingus, sua vida e sua obra, ele possui vários álbuns e destacou um box de cd’s chamado Summit, gravado com John Coltrane e Miles Davis.

Pedro domina a língua inglesa e ao falar palavras nesta língua procura pronunciá-las como um nativo e foram inúmeras vezes que isso ocorreu enquanto ele me explicava os pormenores da música, do cinema e do mundo das artes. Conta-me sobre um livro que ele está escrevendo há alguns anos, pergunto se ele tem a intenção de publicar a obra, ele me responde que sim, mas que ainda faltam muitos capítulos para o fim.

Pedro relata que perdeu os pais ainda jovem, morou em bairros de classe média-alta antes de ser internado numa instituição psiquiátrica, segundo ele “não por uma crise de loucura, ou uma crise psicótica, ou uma crise esquizofrênica, ou psicótica maníaco-depressiva”, mas porque sua mãe ficou insegura em deixá-lo morando sozinho no mo-

mento em que ela foi viver numa clínica de repouso. Ela já estava em tratamento psiquiátrico no momento da internação e diz que passou a comunicar-se com sua mãe esporadicamente por telefone ou quando ela o visitava.

Os seis anos de internação proporcionaram poucas interações para Pedro, e quase nenhuma exigência das suas capacidades intelectuais e aprimoramento do seu repertório cultural. Ele diz que a rotina se resumia a “não fazer nada pela manhã”, circulava entre os quartos e “conversava com os pacientes, ia no quarto de um e de outro para conversar e eles iam no meu quarto para conversar”.

Após o almoço ele se dirigia a uma biblioteca que existia no hospital e recorda-se de ter encontrado um livro que ele conhecia e guardava em sua casa, o livro era o Retrato de Dorian Gray, de Oscar Wilde. Frisou que não se identificava com o personagem da história.

Ele não citou outras obras dessa biblioteca, o que é bastante curioso para um leitor contumaz, como ele se declara, nem aspectos mais gerais sobre a biblioteca. Em geral os moradores não se sentem à vontade ao falar sobre o passado de asilamento nas instituições psiquiátricas. Sobre a biblioteca, Pedro prefere lembrar da sua tentativa em começar um relacionamento amoroso com uma profissional que trabalhava nesse local e que não foi correspondido. “Eu quis cantá-la (risos)... ‘não Pedro, não dá para confundir minha profissão com o namoro...é que eu sou psicóloga e você está aqui nesse contexto, então não dá pra gente considerar’. Eu disse: posso, então, ser seu amigo, né ... é o que me resta, eu posso, outras vezes, voltar aqui para gente conversar, para gente curtir uns papos?”

Pedro não trazia muitas informações sobre sua vida atual na casa. Certa vez durante uma de nossas conversas, ele disse que conversava um pouco com os outros moradores, e passou a falar da sua vida antes do período de internação. Referia-se a si como pertencente a classe média alta, e a seu pai como um intelectual, mas “que nunca tinha lançado livro algum, tinha gostos intelectuais, esse aspecto é que o fazia intelectual, como eu. Eu me vejo como um intelectual também, classe média alta e intelectual. Meus gostos é que são intelectuais, não gosto de Madonna, não gosto de Roberto Carlos, não gosto de nada disso. Gosto da turma intelectual: Chico, Caetano, Gil, Tom, João Gilberto, Vinícius, Toquinho, Beatles, Miles Davis, Stravinsky, Stockhausen”.

Segundo ele sua vida na casa é muito limitada porque ele não tem com quem conversar a respeito desses assuntos, com exceção do AT, “ah eu tenho sim, é um AT meu, um acompanhante terapêutico, ele é um intelectual também, ele é de classe alta ou média alta, não sei e é intelectual também”. Pedro diz que não faz nada no bairro, que não existe

nada de interessante embora “não que seja uma merda, não é uma merda, é um bairro de classe média alta, mas não...aqui não há vida cultural, é um bairro residencial”. Pergunto se ele conhece os vizinhos, “não conheço, só oi, tudo bem? fazem festas aqui, bacaninha, eu converso com alguém, mas nada intelectual”.

Sobre o mundo do trabalho Pedro revela que nunca trabalhou porque segundo ele os psiquiatras o classificaram como “esquizofrênico paranoide, mas eu nunca enxerguei nada irreal, nunca ouvi nada irreal, nunca tive delírios paranoicos, bizarras não tenho, tenho diálogo flexível, não tenho um volume de voz gigantesco como os esquizofrênicos, eu não me considero um esquizofrênico, eu me considero, talvez, um depressivo, um pmd: psicótico-maníaco-depressivo”.

Pergunto por que, em sua opinião, ele havia recebido o diagnóstico de esquizofrenia paranoide e ele me relata um episódio no qual ele teve a impressão de que dois policiais falavam dele no momento em que ele passou caminhando pela viatura, “achei que eles estivessem falando de mim, eu julguei ter ouvido eles dizerem assim: ah, sim, o elemento está bem aqui, senhor, só isso, cheguei em casa tomei um haldol⁶³, daí passou”.

Nesta mesma conversa ele relata que não possuía autonomia na idade adulta, “eu mesmo adulto não tinha, como diria, a autonomia total que tem um homem”, sua mãe decidiu interná-lo quando ela própria se recolheu para uma casa de repouso devido às complicações do mal de Alzheimer. Seu pai já era falecido nessa altura.

Pedro possui domínio sobre as categorias e as características dos diagnósticos psiquiátricos e do seu quadro clínico, isso também foi observado nas conversas com outros moradores. Muitas as pessoas com transtornos mentais graves sabem sobre sua situação, ou sobre a situação (quadro clínico, diagnósticos) que lhes foi imputada, o que é não tão frequente para pacientes de outras especialidades médicas. Tal situação supõe que o diagnóstico psiquiátrico cria uma marca não apenas para o interesse da medicina, mas um estigma, uma espécie rótulo de identificação social para os outros e também para o paciente.

⁶³ Haldol® é indicado para o alívio de transtornos do pensamento, de afeto e do comportamento como:

- acreditar em ideias que não correspondem à realidade (delírios);
- ouvir ou ver ou sentir coisa que não está presente (alucinações);
- confusão;

- agitação psicomotora. LTDA., Janssen-Cilag Farmacêutica. HALDOL: (haloperidol). 2021. Disponível em: https://docs.google.com/gview?url=https://uploads.consultaremedios.com.br/drug_leaflet/Bula-Haldol-Paciente-Consulta-Remedios.pdf?1640124308&embedded=true. Acesso em: 13 maio 2022.

A “carreira psiquiátrica” é normalmente longa, era para a vida toda no auge das instituições manicomiais. De toda forma, mesmo com RPB e a oferta de serviços de atenção no território, os moradores dos SRT’s continuam vinculados aos serviços de saúde mental, aos CAPS, principalmente.

O acompanhamento dos moradores mantém essas pessoas inseridas no discurso da saúde mental, não mais apenas ao espectro do discurso psiquiátrico.

Os SRTs devem ser acompanhados pelos CAPS ou ambulatorios especializados em saúde mental, ou, ainda, equipe de saúde da família (com apoio matricial em saúde mental). A equipe técnica deve ser compatível com a necessidade dos moradores e segundo se aproximem mais de um dos dois tipos descritos no tópico anterior. O cuidador tem uma tarefa importante na moradia. (BRASIL, 2004, p. 11)

O estigma que as pessoas com transtornos mentais graves carregam, aprofundados pelos períodos de internação nas instituições hospitalares, podem se converter em auto estigma. Desde a sua identificação com o diagnóstico, mediando suas relações com as outras pessoas pelo diagnóstico até a crença da sua incapacidade, “produzindo efeitos negativos em sua autoestima”.

[...] a rotulação das pessoas como “portador de transtorno mental” em geral evidencia atributos negativos como, por exemplo, serem considerados violentos e perigosos, além de despertarem sentimentos de desvalorização, descrédito e desejo por distância social. Esses atributos, crenças e sentimentos se aplicam aos portadores quando eles “se tornam doentes”, já que antes de estarem nessa condição, tais crenças e sentimentos formavam suas próprias concepções em relação às pessoas com transtorno mental. Dessa forma, portadores podem se desvalorizar ao se verem pertencendo à categoria que anteriormente acreditavam ser vista negativamente pelos outros e por eles mesmos, tendo essa crença efeitos negativos em sua autoestima. (PIMENTEL; VILLARES; MATEUS, 2013, p. 309)

Apesar que esse não parece ser a maneira como Pedro se relaciona com outras pessoas, a partir do seu diagnóstico, em algumas conversas ele se referia a determinados artistas, aqueles que ele considera os mais geniais, como acometidos por algum transtorno. Nesses dez anos na casa Pedro não havia conseguido um trabalho que lhe proporcionasse outro rendimento além dos benefícios governamentais.

Não foi possível chegarmos a uma conclusão sobre esse tema até o fim dessa pesquisa, mas a carência de programas de inserção de pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho é um indício da falta de atenção dos setores público e privado com esse público, em contraste com muitos programas existentes para inserção de pessoas com deficiências. Apenas um morador das três residências pesquisadas exercia atividade remunerada, como catador de materiais recicláveis, de maneira esporádica.

Pedro diz que gostaria que existisse um baile funk no bairro, mas na sequência pergunta se o baile é frequentado apenas por jovens, respondo que sim, majoritariamente, “então não tem graça, não tem graça”. Ele prefere ir aos cinemas na Paulista, por conta do trajeto e das atrações que estão reunidas na avenida, ele não sente falta de um cinema no bairro.

O circuito entre a avenida Paulista, Rua Augusta e o Centro lhe é bastante familiar, Pedro já circulava por esses lugares quando vivia com a sua família, além desses lugares ele relembra suas viagens para Copacabana, onde passava os carnavais com seus pais. “Meus pais tinham aquela onda com o Rio de Janeiro, e eu criei essa onda também ... eu comentava com meu pai: - São Paulo é tão careta, né, pai? – É, Pedro, muito careta”.

Pedro conta histórias com seus pais, passeios, viagens, etc. ele é filho único, seu pai parece ter sido uma grande referência de vida, descrito como intelectual, inteligente, bem-sucedido, outras vezes como muito correto e moderno. Sobre os carnavais em Copacabana, Pedro acompanhava seus pais à praia e a barzinhos, mas seu pai não o deixava beber álcool, daí que ele se referiu ao seu pai como correto e moderno.

Em uma das visitas percebo que há um quadro com os nomes dos aniversariantes da casa separados nos meses do ano. Pergunto a ele a data do seu aniversário porque eu não havia encontrado no quadro, ele me responde que era dia 13 de julho, mas ele havia trocado para o dia 24 de julho para coincidir com a data do aniversário de sua mãe. Há uma outra questão, ele havia nascido numa sexta-feira treze, o que, segundo ele, tinha trazido muito azar nos episódios da sua vida. Ele pede que nós e a coordenadora consideremos a ideia de uma viagem para Copacabana quando ele “arranjar uma namorada”.

Pedro falou muitas vezes de uma herança que ele tem para receber e do seu desejo de voltar a morar no bairro do Itaim Bibi. As trabalhadoras da casa confirmaram a existência da herança e da possibilidade real que Pedro tem em recebê-la, os profissionais do CAPS estavam trabalhando as questões jurídicas (até o término desse trabalho não houve tempo para coletar as informações com a equipe do CAPS).

Pedro manifestou a intenção de alugar um apartamento no bairro do Itaim Bibi e investir parte do dinheiro no “tesouro direto”. Pergunta-me se eu conheço o funcionamento do tesouro direto, diante da minha negativa arrisco a dizer que hoje em dia me parece mais fácil diversificar investimentos e acrescento que há muitas pessoas buscando esse tipo de investimento. “Você se refere à média alta ou a baixa?”.

Num primeiro momento não compreendo a questão sobre as classes sociais e ele emenda: “no tesouro direto só a média e a média alta, acho que a média baixa e a média-

média não têm essa condição”. “Por falar em mercado financeiro meu pai era um incorporador, montou duas incorporadoras, a CPM – Companhia Promotora de Negócios, em 64, quando eu tinha dois anos de idade e montou em 73 a Embrasa. Quando casou com minha mãe meu pai era corretor de imóveis de classe média e minha mãe de classe média alta, o pai de minha mãe era industrial têxtil. O pai de meu pai era um professor de francês, latim e português, um erudito”.

Pedro mostrou-se muito solícito nos nossos encontros e visitas à casa, dono de um grande conhecimento sobretudo em artes nossas conversas favoreciam uma troca de ideias e de experiências de vida. Pedro trazia na bagagem um vasto repertório cultural conectado aquilo que era ofertado à classe “média-alta”, como ele gostava de referir-se. O que incluía viagens nacionais e ao estrangeiro, acesso a discos importados no momento de massificação dessas tecnologias, idas a cinemas, teatros, shows, etc. A constante referência a figura paterna nos leva a crer que seu pai tenha sido decisivo na formação desse perfil intelectual que Pedro fazia questão de acentuar, seu próprio e o do pai também.

Presumivelmente a bagagem cultural adquirida ao longo da vida pode se tornar uma importante reserva psíquica para a reabilitação psicossocial. As internações precoces e os longos períodos de estadia nas instituições manicomiais permitiam acúmulo de quase nenhuma troca social. A falta de trocas sociais incide em vários aspectos da vida, dentre os mais perceptíveis nos ex-internos é a baixa capacidade de escolhas. Pedro, ao contrário, continua sua caminhada de trocas e de escolhas, o manicômio não o deteve.

5.3.3 – Anderson

Anderson está morando na residência há bastante tempo, um extenso período que ele não é capaz de se lembrar quando começou. Ele é um morador bastante ativo e falante, costuma receber as pessoas que visitam a residência, pede a todos que assinem um caderno com nome e rubrica, gosta de colecionar canetas e chaveiros. Em uma de nossas visitas fomos apresentados com uma caneta de sua coleção. Ele nos atualiza sobre a rotina da casa, os hábitos dos outros moradores e com frequência se oferece para realizar tarefas junto à equipe de acompanhantes.

Conta-nos que nasceu no Japão, morou no hospital João de Deus por muitos anos, antes disso, porém, aos oito anos de idade, foi transferido para uma “Febem” – atual Fundação CASA. Não soube informar o motivo dessa transferência, tampouco foi possível apurar com a equipe de trabalhadores da residência sobre o episódio. Lá viveu por apenas um mês, mas relata o cotidiano de violência que encontrou ali: “a Febem é assim, na

Febem sofre, eles te obrigam a fumar maconha, cheirar cocaína, cheirar crack. Minha mãe sempre fala que vai me tirar daqui. Se ela conseguir tudo bem eu vou morar em outro lugar melhor”. Anderson possui uma irmã e um irmão que se encontram em boas condições materiais, ele afirma, mas nunca o convidaram para deixar a residência. Sua mãe visita a residência com certa frequência.

Ele relembra alguns aspectos do manicômio “é tudo fechado, eles põem as trancas nas portas de madeira, né, eles trancam para ninguém fugir e aí a gente trabalhava de reciclagem. Na reciclagem só saía com acompanhante, enfermeiro junto. Não saía sozinho. O caminhão vinha todos os meses para buscar. Comia comida ruim, sem sal, eles davam comida sem sal, davam também um salzinho desse tamanho (reproduz com os dedos um tamanho minúsculo), tinha a cantina, onde tinha doce, mas não podia subir com doce, tinha que comer na cantina onde visita, o corredor só de visita”.

Anderson demonstra um grande interesse por livros, tem uma pilha deles no quarto, mas ainda não está alfabetizado. Escreve seu nome com muita dificuldade. Os trabalhadores disseram que Anderson não havia manifestado interesse para frequentar a escola, entretanto em uma de nossas visitas Anderson revelou que tinha intenção de voltar a estudar - na sua residência há um outro morador que frequenta a escola na modalidade Educação de Jovens e Adultos (EJA⁶⁴).

As instituições manicomiais, em geral, não trabalhavam com alfabetização ou escolarização. Assim como os tempos e os conteúdos do mundo do trabalho são difíceis para a adaptação das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais a escola também pode apresentar algumas barreiras relacionadas ao despreparo do corpo docente, inadequação do material didático, precariedade das instalações físicas, o preconceito, o estigma, bullying e uma série de outras questões.

A decisão de voltar a estudar é exclusiva dos moradores, os trabalhadores a viabilizam de acordo com a solicitação deles. Não só para o caso de retornar para a escola, mas para qualquer outra atividade. É necessário que o morador manifeste interesse para que os trabalhadores se mobilizem, avaliem com o morador as possibilidades ou os impedimentos para começar uma nova atividade.

⁶⁴ Jovens e adultos que não tiveram a oportunidade de estudar nos cursos regulares dos ensinos fundamental (6º ao 9º ano) e médio (1ª à 3ª série) têm a chance de iniciar ou concluir essas etapas da escolaridade. Cada módulo tem duração de 6 meses e são equivalentes aos anos e séries do ensino regular. As aulas são de segunda à sexta-feira, com quatro horas diárias. SÃO PAULO. **Educação para Jovens e Adultos CENTRAL DE ATENDIMENTO**. 2022. Disponível em: <https://www.educacao.sp.gov.br/educacao-jovens-adultos>. Acesso em: 15 jun. 2022.

Anderson frequentava o Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) e a Associação da Casa dos Deficientes de Ermelino Matarazzo (ACDEM), uma instituição voltada para o cuidado gratuito para pessoas com deficiências física e intelectual. Nesta última, Anderson dedicava-se principalmente a atividades esportivas “a gente almoça, igual a gente almoça aqui na casa, e lá eles dão almoço e faz atividade, faz caminhada, tem passeios, né?”

Os CECCO's são equipamentos públicos municipais, gerenciados pela secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP), que aproximam a convivência entre a população em geral, por meio de uma série de atividades. É um equipamento muito próximo e parceiro dos serviços de saúde e um dos poucos que se dedica a acolher as pessoas com transtornos mentais graves⁶⁵. No CECCO, Anderson também fazia atividade física, “shankun” e tomava o lanche da tarde. Mas o lugar onde Anderson mais sentia prazer de frequentar e também de falar sobre a feira livre que acontece na rua da residência.

Enquanto o acompanhávamos em uma das suas idas à feira constatamos a desenvoltura apresentada por ele à circular pelas barracas, cumprimentar e conversar com os feirantes e, durante o trajeto, explicar para nós os melhores horários para comprar, a melhor barraca do pastel, nos apresentar ao vendedor de cd's e dvd's. “Na feira, o meu amigo do cd fala para eu comprar cd usado, mas eu parei de comprar porque eu tenho bastante cd's dele. Eu nem ‘ouvo’ cd. Pra não ficar jogando dinheiro fora...eu gosto de ouvir música, filmes e agora com essa pandemia não dá pra ir no shopping, no shopping tem que usar máscara, se tirar a máscara antes de comer eles brigam. Eu gosto de ajudar na casa, bastante...ajuda a fazer a feira da casa, compra, a guardar as coisas da casa...minha irmã gosta de sair comigo, mas ela cuida de uma senhora que tem uma perna só, não dá para ela sair todo dia comigo. Gosto de sair, gastar meu dinheiro, comprar meus remédios, cuidar da saúde, não posso ficar sem remédio, dá crise depois”.

Anderson é um morador que circula com frequência pelo bairro, tem uma agenda de compromissos fora da casa, mas interessa-se muito mais pelas idas à feira livre, que ocorre da rua da residência às quintas-feiras. Acompanhamos Anderson três vezes em suas caminhadas pela feira. Numa delas uma das acompanhantes juntou-se a nós com o objetivo de levar a panela elétrica de arroz para consertar. A panela foi deixada com um dos feirantes, especializados nesse tipo de serviço, e seguimos os três para um pequeno

⁶⁵ PAULO, Prefeitura Municipal de São. **Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO)**. 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_mental_ad/index.php?p=303568. Acesso em: 22 jun. 2022.

comércio que vendia todo tipo de pequenos enfeites, material de escritório, artigos de papelaria, brinquedos etc.

Anderson discorria sobre os objetos, aqueles que ele já possuía e pretendia comprar. Sua atenção estava fixa nas canetas e em alguns brinquedos. Em determinado momento a proprietária e vendedora da loja fala em particular com a acompanhante e com Anderson. Percebendo que nós estávamos junto com o grupo nos inclui na conversa, que girava em torno de objetos que Anderson havia adquirido anteriormente.

Segundo ela Anderson havia comprado alguns objetos e em seguida voltava para devolver, alegando que eles não estavam funcionando bem. Ela o alertava que a situação não poderia mais se repetir, pois os objetos devolvidos estavam funcionando perfeitamente, embora ela tenha feito a troca naquele momento. A dona preocupava-se com a repercussão da questão e o possível impacto na imagem da loja. Anderson desculpou-se pelo ocorrido e o assunto foi resolvido com ambos se comprometendo a testar as mercadorias no ato da compra numa próxima vez.

Anderson circula com desenvoltura pela feira, conhece e conversa com muitas pessoas. O fluxo dos comparadores e vendedores parece não o intimidar, talvez porque Anderson desfrute de uma certa liberdade que as feiras livres ainda conservam. Há poucas restrições para frequentar uma feira livre, não existe a obrigação de comprar mercadorias, pelo contrário, algumas podem ser provadas sem o compromisso da compra.

Em outros centros de consumo, como os shoppings centres, por exemplo, aparece uma imposição, velada muitas vezes, do ato de consumir. Ou a presença de determinados e atitude de determinados grupos que supostamente assustariam os compradores. Essas foram as explicações dadas para que os “rolezinhos” fossem barrados nesses lugares num determinado momento na cidade de São Paulo⁶⁶. Aquilo que pode trazer obstáculo ao processo da troca não pode ser tolerado.

A feira livre também está sujeita aos ditames da troca, nesse sentido carrega o signo da troca equivalentes que move a sociedade da mercadoria, mas a materialização das formas é distinta. É o dinheiro físico que ainda circula com força, a negociação, a conversa, a sensação de não estar sendo impelido a comprar a qualquer custo, o preço das mercadorias que varia ao longo do tempo, a diversidade das mercadorias, entre outras.

⁶⁶ PINHO, Márcio; MACEDO, Letícia. **Ações na Justiça serão estratégia contra 'rolezinhos', afirma Alshop**. 2014. Disponível em: <https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2014/01/acoes-na-justica-se-rao-estrategia-contrarolezinhos-afirma-alshop.html>. Acesso em: 02 ago. 2022.

Na feira livre, o encontro entre indivíduos de classes sociais distintas é menos impactante e mais esperado, são pessoas de várias partes do bairro e de outros bairros. A feira livre ainda proporciona a possibilidade dos encontros.

As pessoas empobrecidas, esfomeadas ou em situação de rua são toleradas. Observa-se um ambiente de circulação com códigos não tão rígidos, mais democrático - fazendo uso menos rigoroso do conceito. Os códigos sociais para circulação na cidade são outras barreiras na vida das pessoas com transtornos mentais graves. Anderson decodificou com muita propriedade o microcosmo da feira livre de quinta.

Anderson aponta a falta de equipamentos de lazer no bairro, expressa sua vontade de frequentar ambientes ao livre para poder fazer uma caminhada, um piquenique. “Bastante caminhada, uma praça para fazer um piquenique de comida, fazer exercício...e quando você vai fazer caminhada onde é que você vai? Eu vou no CECCO, a gente via a pé e volta a pé, vou no Barbosa – supermercado – às vezes, comprar as coisas que estão faltando, ontem acabou a água todinha da casa e eu fui lá comprar um galãozinho de água para tomar remédio, não pode ficar sem água, né?”

Anderson circula sempre com um acompanhante comunitário porque segundo ele “porque os outros...se eu dou cem ele vai me voltar um real e eu não sei conhecer o dinheiro, daí o acompanhante pode me ajudar nessa parte, os outros roubam meu dinheiro e fica por isso mesmo, ninguém sabe o que roubou. Vamos supor, eu tenho cem agora, se eu quiser ir na feira com cem eles vão roubar meu dinheiro”.

Os acompanhantes comunitários emprestam aos moradores o poder contratual⁶⁷ para que a autonomia seja construída – ou ampliada – dentro das possibilidades. Nesse fazer cotidiano o trabalho dos acompanhantes comunitários no campo psicossocial e no cuidado em liberdade tem uma dimensão maior do que aquele realizado no espaço ambulatorial e nas instituições asilares.

⁶⁷ ‘Entendemos que a vida social é pautada por processos de trocas e intercâmbios, particularmente trocas de mensagens, afetos e bens. Cada participante da relação pressupõe um valor pré-atribuído aos outros, isto é, um poder contratual. No caso dos pacientes psiquiátricos, este poder contratual é socialmente anulado pelo seu enquadramento no status de doente mental. Suas mensagens são ‘obviamente’ ininteligíveis; seus afetos, ‘necessariamente’ desmedidos; seus bens, implicitamente sem valor. Nesta condição de ‘nulidade de intercâmbio’ torna-se impossível qualquer pretensão de inserção social, exceto pelo seu status de doente, de não-ser, de ‘ser-paciente’. Diante deste quadro a função dos profissionais é precisamente a de emprestar poder contratual aos pacientes, até que estes recuperem algum grau de autonomia.’ (KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania: Desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Orgs.). *Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Scritta, 1996. p. 39-49)

O acompanhante comunitário lida com a complexidade de um indivíduo inserido num território e seus conteúdos sócio afetivos. Seus determinantes materiais e com regras de convivência. São as múltiplas dimensões que a psiquiatria biologista dos manicômios tentou deixar para fora dos muros do hospital. O hospital funcionando como espaço neutro-cartesiano preparado para receber um corpo neutro-cartesiano. O corpo que ao adentrar o hospital está sujeito à heteronomia do tratamento médico.

O poder de contrato complexifica o trabalho dos acompanhantes comunitários – e de todos os profissionais dos SRT's implicados no cuidado em liberdade – por ter que dar conta dos conteúdos e das relações postas nesse espaço que impactam na vida dos moradores e não apenas do sujeito biológico. Os acompanhantes ajudam a materializar os desejos de Anderson, por exemplo, alertam-no sobre a possibilidade de ser enganado no troco, a negociar uma mercadoria, a organizar seu tempo e seus gastos. Sugerem lugares que Anderson possa caminhar e caminham com ele. O acompanhante lida o tempo todo com o imprevisível do cotidiano, com a cultura do medo, da vergonha, do preconceito e do estigma (CAMPOS, 2015).

Anderson manifestou a vontade de morar em outro lugar ... “não estou falando dos acompanhantes, mas dos outros moradores ... Hugo entra no meu quarto e pega nos meus livros, já revirou tudo meus livros, passa a mão na cabecinha do Hugo e fala que ele é uma criança para ele não fazer isso, por isso que eu quero sair daqui. Queria ir para uma residência bem longe, não muito longe porque eu gosto de vocês, se eu for embora eu passo o endereço para vocês ir lá me visitar, você e os acompanhantes, só para os acompanhantes que eu vou dar, para morador não”.

“Daria para você morar com a sua família?” ‘Minha família não deixa...o juiz não deixa porque minha mãe trabalha bastante. Ela vende pano de chão, vai na padaria pegar pão usado, doces, essas coisas para vender. “E você tem um irmão? Com ele também não dá para morar?” ‘Não dá porque ele trabalha na igreja para pregar a palavra do Senhor. Minha irmã fala que meu irmão rouba, mas não é assim que funciona ... sem Deus a gente não é nada’.

5.3.4 – Ana

Confusão? No meio da entrevista Ana diz: “A gente não ficava solto, a gente ficava preso. É que nem aquele.... como é o nome daquele hospital? Carandiru?” Ana viveu numa instituição hospitalar por um tempo. Quanto tempo? Ela não consegue recordar. Antes disso ela teve uma “briga feia” com o pai e saiu de casa. Ana morou com a avó e

também saiu da casa da avó. A ordem cronológica desses eventos ela não conseguiu precisar. Suas memórias são confusas, ou pelos ela não se recordava exatamente dos fatos no momento da entrevista.

Aparentemente ela havia saído da casa do pai, onde morava como seu irmão e a companheira de seu pai naquela altura para morar com a avó e da casa da avó ela foi viver nas ruas de São Paulo. Seu pai era um tipo violento “aí chegava em casa bebendo né, antigamente ele bebia, não vou mentir, ele bebia antigamente. Só que depois ele parou né, deu umas paradas, não sei o que houve com ele. Mas ele ficou muito nervoso, muito alterado, não sei o que aconteceu. Aí ele ficou nervoso e começou a bater em mim e no meu irmão, aí pronto, lascou. Aí, o que aconteceu, meu deus do céu, que essa mulher falou assim “eu vou dar você pro seu pai, eu acho que você vai ficar com seu pai”. Aí eles se separaram né, eu tô contando”?

Foi nessa fase que Ana foi internada pela primeira vez, aos doze anos. Entretanto, ela afirma que também já havia passado por diversos abrigos, as memórias são truncadas, mas a certeza é de uma história de violência e abandono.

A primeira internação foi feita pela vizinha - na cidade de Diadema, grande São Paulo - que ainda processou o pai, provavelmente, por negligência. Fui ficando com problema de saúde, aí eu fiquei em Diadema, internada, fiquei lá por dois anos, por que eu tinha umas crises meio bravas mesmo, aí eu fiquei dois anos lá internada, a vizinha do meu pai internou eu, ela me pegava pra cuidar, naquela época meu pai era meio bravão mesmo, eu e meu irmão a gente não se falava, então a vizinha pegou e processou meu pai, aí disse que não precisava disso né, e ela respondeu que precisava sim, que eu tava doente e pronto.

Aí a vizinha pegou e falou assim “enquanto você não melhorar, você não vai ver seu pai”. Nesse meio tempo sua mãe faleceu, ela não tinha muito o que falar da figura materna, não lembrava de muitas coisas, nem porque haviam sido separadas.

Ana tenta organizar suas memórias, mas a sucessão de eventos trágicos – traumáticos – não facilita as coisas. Foi nessa época que eu sai de casa. Eu fiquei na casa dela. Ela me pegou com nove anos, com nove anos. Não sei exatamente o que aconteceu, não tô muito lembrada, mas com nove anos eu sai da casa da minha vó com meu pai, meu pai foi pra casa dessa mulher, da casa dessa mulher, eu fiquei com ela. Aí meu pai voltou com ela. Não sei, tá tudo bagunçado, só sei disso. Aí, de repente, do nada, ela bate em mim, fala que é culpa do meu pai, sei lá o que, aí ele me afastou dela”.

O fim desse percurso de idas e vindas familiares é o momento em que ela vai viver nas ruas. “Minha história não era tão fácil antigamente. Eu tinha de pedir comida na rua, tinha que pedir coisa na rua. No começo da história não era tão fácil. Saí com 12 anos de casa e minha vó falou “ó, tá na hora de você voar, e eu peguei e voei”. Mas eu nunca esqueci essa orientação da minha vó. “Ó, netinha! você sempre lembre de mim onde você estiver. Sempre lembre por que se eu puxo suas orelhas é por que eu gosto de você”.

E eu amo demais a minha vovó, o meu vovô, que me criou, os dois que me criou, tenho saudade também do meu pai, que às vezes tá lá na casa dele e eu tô aqui, então a gente tá afastado, e a gente não se fala, por que assim, briga né, é mais por causa de briga, por causa da família, então a gente não se fala”. A história de Ana é profundamente parecida com de outras pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, uma mistura de negligência familiar e do poder público.

Pessoas que adoeceram e as famílias não quiseram e/ou não tiveram como sustentar e ofertar os cuidados adequados e terminaram por abandoná-las à própria sorte; por outro lado o poder público não ofereceu mais do que a cadeia, o manicômio, os abrigos e orfanatos ou continuar como uma pessoa em situação de rua, apostando que o destino se encarregaria dessas pessoas.

As pessoas em situação de rua costumam transitar pelas instituições disciplinares do Estado, até o final dos anos 90, antes da promulgação da Lei 10.216, eram comuns as entradas e saídas nas instituições manicomiais. Ana relata que passou por vários hospitais, “fiquei também em hospitais, em vários hospitais, aí depois de tudo isso o tempo foi passando, agora eu tô aqui pra contar a história”.

Ela se recorda com mais detalhes da sua última passagem por um hospital do interior de São Paulo, fechado por uma decisão judicial, que culminou na sua chegada à residência, onde ela vive há mais de dez anos. Ali ela diz ter ficado mais de dez anos. Essa última passagem a fez comparar o ambiente que vivenciou com a extinta penitenciária do Carandiru.

A comparação com a penitenciária não é despropositada, se tomarmos as considerações foucaultianas sobre as instituições disciplinares, em geral. No caso de Ana uma questão colocada por ela chama mais a atenção, “uma prisão, então o ... que nem aquilo lá [Carandiru]. Então, como sem querer eu cai lá, por causa da ditadura, nessa época, eu caí lá. Nessa época eu caí lá. Na época da ditadura me pegaram e colocaram eu lá”. ‘A polícia?’ “A polícia! Me prenderam e colocaram eu lá. Me falaram: ah, mas, tá com fome, e eu falei tô com fome. Pegou, me enganou e me colocou lá dentro do hospital. Falou que

ia ter sopa, que eu ia poder tomar banho, aí me confundiu, me enganou, e me colocou no hospital. E foi nesse último hospital, o ...”

Ela relaciona o período da ditadura cívico-militar com responsável pela sua ida ao manicômio. A atuação da polícia, ao enganá-la, com promessas de abrigo e alimentação para interná-la sem o seu consentimento.

Daniela Arbex (2013), em seu livro *Holocausto Brasileiro*, afirma que o hospital psiquiátrico Colônia de Barbacena recebeu por décadas pessoas sem histórico ou qualquer diagnóstico de transtornos psiquiátricos. Muitas internações tinham como justificativas questões de fundo moral e/ou social⁶⁸ (Dentre essas pessoas estavam opositores políticos das duas mais extensas ditaduras brasileiras do século XX, muitas delas enlouqueceram após passarem pelos métodos de tortura⁶⁹).

As condições dessas instituições manicomiais eram precárias e a maioria dos pacientes não tinha diagnóstico de doença mental (loucura). Os pacientes eram, “[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (ARBEX, 2013, p. 14).

⁶⁸ Vale ressaltar que, mesmo depois do movimento em direção à uma reforma psiquiátrica, disparado no final dos anos 70 até o advento da lei 10.216/2001, para o caso das internações psiquiátricas, continuava valendo o decreto de 1934 que dispunha ‘sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.’ Nos artigos 9º, 10º e 11º determinava-se que:

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, fôr inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10. O psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11 A internação de psicopatas toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;

b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.

§ 1º Para a internação voluntária, que somente poderá ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta do estabelecimento mixto, o paciente apresentará por escrito o pedido, ou declaração de sua aquiescência.

§ 2º Para a internação por solicitação de outros será exigida a prova da maioridade do requerente e de ter se avistado com o internando há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3º A internação no Manicômio Judiciário far-se-há por ordem do juiz.

§ 4º Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica serão sujeitos a exame na Seção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá, então, a respectiva guia.

(BRASIL. **DECRETO Nº 24.559, DE 3 DE JULHO DE 1934**: dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências, 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d24559impressao.htm. Acesso em: 03 set. 2022).

⁶⁹ Sobre presos políticos, manicômios e ditaduras ver: Comissão da Verdade do Estado de São Paulo. *Ditadura e Saúde mental*. 2015. Disponível em: http://comissaodaverdade.al.sp.gov.br/relatorio/tomo-i/downloads/I_Tomo_Parte_2_Ditadura-e-saude-mental.pdf. Acesso em: 05 set. 2022.

Ana conta que no hospital “não podia fazer nada, era que nem naquele Carandiru, era que nem cadeia. E as pessoas que ia lá pra pesquisar, pra ser enfermeiro, eles iam lá, estudavam a gente, a gente contava nossa história, que eles cuidavam dessa forma, até amarrar, amarravam. Davam injeção”. Embora o hospital fosse uma “cidadona” ela não podia circular, vivia trancada. Agora ela está ansiosa para voltar a frequentar a igreja, ela deixou de ir ao culto devido à pandemia “ah, eu gostaria de ir pra minha igreja, que eu tô com saudade, o negócio é igreja, é louvar a Deus”.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os objetivos estabelecidos nessa pesquisa o desenvolvimento da hipótese indica que o processo de reabilitação psicossocial levado a cabo pelo trabalho desenvolvido nos SRT's, tendo como base os pressupostos das reformas sanitária e psiquiátrica, depara-se com questões que não se esgotam no estigma social contra a loucura e transcendem o direito à moradia.

Os SRT's são parte de um conjunto de estratégias que priorizam outros cuidados para as pessoas com transtornos mentais graves, que tinham praticamente apenas os hospitais psiquiátricos como única opção de cuidado até o final do século anterior. Podemos afirmar que as residências são também resultado da luta necessária de trabalhadores em saúde mental de diferentes áreas, familiares, pessoas com transtornos mentais, políticos, intelectuais, etc. que construíram o MLA - ganhando força e materialidade no Brasil no final dos anos 70, inspirado por várias experiências de desinstitucionalização, desospitalização e anti psiquiátricas ao redor do mundo -, que propunha, dentre outras coisas, humanizar o cuidado com as pessoas com transtornos mentais graves sujeitas a inúmeras violências nas instituições asilares.

As residências conformam, juntos aos outros equipamentos e diretrizes que compõem a RAPS um dos principais recursos que proporcionam o cuidado em liberdade e a atenção humanizada com a finalidade de atingir a reinserção social e a reabilitação psicossocial para pessoas egressas de longas internações psiquiátricas.

A reinserção social, por sua vez, procura possibilitar aos moradores a realização da “cidadania plena”, pôr em questão o problema do estigma e do preconceito contra as pessoas com transtornos mentais que afetam diretamente a fruição da vida por esses indivíduos. A presente pesquisa sugere que, contemporaneamente, estas pessoas ainda são marcadas pelos dois maiores estigmas que fixaram o olhar sobre os reputados como loucos - desde o advento da modernidade e da consolidação da psiquiatria moderna:

1. a ligação umbilical entre loucura e violência;
2. ideia de que a doença mental se manifesta em tempo integral, ou seja, o chamado “louco” não possuiria nenhum momento de lucidez, ele seria “louco” 24hs por dia.

O trabalho desenvolvido se amparou nas abordagens da geografia urbana crítica em sua vertente lefebvriana para compreender as possibilidades e os limites da reinserção social dos moradores dos SRTs. Nesse sentido, foi possível observar que a maioria dos moradores dos SRTs não está inserida no mundo do trabalho. Grande parte das ocupações

laborais possuem tempos e regulamentos para as quais os moradores apresentam dificuldades em função de determinadas comorbidades.

Os ritmos e fluxos do mundo do trabalho, a necessidade de educação formal e especialização – dos quais muitos foram privados nos tempos de segregação intramuros - bem como aspectos ligados ao desenvolvimento de outras habilidades sociais fazem com que o ingresso no mundo do trabalho seja bastante prejudicado. Mas a grande maioria, como poucas exceções, desenvolve atividades esporádicas ou contam com as iniciativas de economia solidárias e de geração de renda, normalmente propostas pelos equipamentos de saúde.

As barreiras para o processo de inserção social não se encerram no mundo do trabalho. A possibilidade de (re)ingresso nas instituições de educação desencorajam os moradores. Pudemos observar que a volta à escola é dificultada pela carência de profissionais capacitados para receber esse público, tais como acompanhantes pedagógicos ou acompanhantes terapêuticos escolares.

Os ritmos e tempos impostos pela vida escolar também não favorecem a frequência regular para pessoas com necessidades especiais. Os moradores necessitam ingressar na modalidade EJA – Educação de Jovens e Adultos - nem sempre disponível nas unidades escolares próximas às residências. O mundo do trabalho e a escola conheceram muito avanços nas últimas décadas, em termos de inclusão, para os deficientes físicos e mentais, mas os doentes mentais ainda não foram contemplados na mesma medida.

A luta antimanicomial pautou a questão do direito à moradia, tendo em conta aquelas pessoas que seriam desinstitucionalizadas, mas que já não mais possuíam vínculos familiares – ou os possuíam de forma muito fragilizada – ou qualquer outro vínculo com pessoas que pudessem acolhê-las após a saída dos hospitais. Entretanto, e se por um lado, o cuidado em liberdade e o direito à moradia aumentam as chances de inserção social, fora dos muros outras questões são postas para esses novos habitantes da metrópole paulistana. Ainda que tenhamos acordo com uma das principais consignas do MLA, “Por uma sociedade sem manicômios”, a cidade não pode vista como uma panaceia, ou ser romantizada, no limite.

Além da manutenção do estigma e do preconceito para com aqueles rotulados como loucos, somam-se dificuldades materiais mais imediatas. Dentre elas, a quase impossibilidade de se conseguir um trabalho estável e uma renda regular. Os benefícios oriundos dos programas assistenciais – como o Programa de Volta para Casa - são formas

insuficientes de manutenção da vida numa cidade com elevado custo de sobrevivência como São Paulo.

Isto colabora para o empobrecimento dos moradores, que passam a depender também da ajuda dos familiares – quando esses têm condições e desejo em ajudar – de ONGs ou instituições que prestam algum tipo de assistência social e que se dispõem a incluir os moradores.

Assim, um elemento adverso adicional que aparece nos relatos, apesar de não constituir objeto específico desta pesquisa, é a falta de políticas públicas para facilitar a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho, ausência de programas de treinamento e capacitação por parte do poder público endereçadas as pessoas nessas condições. A iniciativa privada também não apresenta programas de recrutamento de pessoas com transtornos mentais graves. Até a finalização desse trabalho não tivemos notícia de algo do tipo.

Outras formas de solidariedade foram apontadas como sendo importantes para mitigar as carências materiais e psicossociais enfrentadas pelos moradores. Dentre elas, destacam-se o empenho dos trabalhadores dos equipamentos de saúde, em particular dos SRTs, em ampliar ou oferecer interação afetiva além de ofertar práticas que procuram aumentar o nível de inserção social. A organização de uma festa de aniversário, a saída para um passeio, a busca por uma vaga para a inserção numa instituição de apoio ou mesmo as conversas e a companhia cotidiana são gestos ofertados pelos trabalhadores que ajudam a preencher a vida socio afetiva dos moradores.

A dificuldade econômica faz com que a circulação dessas pessoas seja ainda mais restrita. A sociedade capitalista tem como esteio a produção de mercadorias e é pela busca das mercadorias que os sujeitos entram em relações de variados tipos. A entrada nesse movimento de busca pelas mercadorias pressupõe, pelo menos para a maioria dos indivíduos, a posse de algo que possa ser trocado, ou mercadorias ou força de trabalho.

Todo movimento é mediado pela forma monetária do dinheiro. A saída do manicomio encerra, para grande parte dos ex-internos, a despossessão completa de bens materiais. Sem mercadorias, sem dinheiro, sem força de trabalho sobra a quase total dependência de recursos oriundos do Estado, da generosidade de familiares, amigos ou dos próprios trabalhadores.

Dessa forma quase totalmente alijados do mercado de consumo e dos espaços de sociabilidade proporcionados pelo dinheiro, os moradores passam a transitar repetidamente pelos equipamentos de saúde como praticamente únicas alternativas. Coloca-se a

possibilidade da continuação da chamada “carreira psiquiátrica” – bem conhecida no auge dos manicômios – agora por diferentes equipamentos de saúde. As idas aos CAPs, por exemplo, para muitos, encerram o restrito universo de possibilidades de circulação pela metrópole.

Os moradores precisam lidar com as formas das relações sociais contemporâneas presentes no cotidiano das metrópoles como processos de dessolidarização e afastamento social que ajudam a esvaziar o espaço e a enfraquecer a figura do sujeito ativo. O sentido de comunidade dilui-se no medo da violência, na falta de tempo para as atividades de lazer, no cansaço frente ao ritmo da vida na metrópole. Isto foi percebido nos dois bairros escolhidos para esse estudo. Embora com características diferentes, foi possível perceber que a forma de contato dos moradores está fortemente centrada nas relações com o comércio local: praticamente não houve interação com a vizinhança mais próxima no período em que fizemos as visitas às residências. De toda a forma, os relatos de moradores e trabalhadores confirmam a distância entre moradores e a vizinhança.

O esvaziamento do espaço e o arrefecimento das relações comunitárias é um fator a ser considerado, pois a inserção social passa pela tentativa de estabelecimento e fortalecimento de laços sociais de vários tipos, dentre eles as relações de vizinhança, a vida de bairro, a apropriação dos espaços comunitários. Consideramos que a pandemia de Covid19 acentuou ainda mais o distanciamento social em todos os âmbitos.

Tal como vem sendo pensada em diversos âmbitos da política social, esse trabalho, a partir da abordagem da geografia urbana crítica, também aponta que a alienação e a falta de laços consistentes dos egressos dos manicômios com a cidade passam pela natureza do próprio processo de produção e apropriação do espaço urbano, mediados pela mercadoria e respeitando aos ritmos da realização dos negócios. Esse é um traço marcante das barreiras à integração social e um dos fundamentos do princípio de dessolidarização que que marcam a experiência urbana contemporânea.

Diante desse quadro, torna-se útil pensar na abstração do habitat frente às potencialidades reprimidas do habitar, segundo proposto por Lefebvre. A fragmentação da vida se repõe nos diversos grupos sociais e instâncias da vida. Para os moradores, a fragmentação da vida posta para o conjunto da sociedade urbana contemporânea soma-se com as questões oriundas do estigma secular para com a loucura, colocando outros problemas para o processo de inserção social, como descritos acima.

O trabalho também aponta para o fato de que o direito à moradia, embora seja uma questão de primeira ordem para as pessoas com transtornos mentais graves, constitui-se como condição necessária, mas não suficiente para atingir os objetivos da reinserção psicossocial. De uma perspectiva crítica, orientada pela dialética a que nos convoca o pensamento lefevbriano, a volta ou a novidade que é viver numa grande metrópole como São Paulo coloca outros desafios e perspectivas. Procurar compreendê-los foi objeto deste trabalho.

Assim, conclui-se que há necessidade de novos estudos que possam mapear e aprofundar o conhecimento sobre a relação das pessoas com transtornos mentais graves com o espaço em metamorfose da metrópole contemporânea a fim de subsidiar as políticas públicas, o SUS, o trabalho dos profissionais envolvidos nos Serviços Residenciais Terapêuticos, as famílias e os próprios moradores, sendo eles protagonistas desse processo. Durante a revisão bibliográfica observamos que há também a necessidade do estreitamento de laços entre os campos de conhecimento.

Conclui-se que a complexidade das questões colocadas pela saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica e do cuidado em liberdade, necessita do aporte de outros campos de conhecimento para deslindar os caminhos de pesquisa e avanço na propositura de novas questões teóricas e práticas.

REFERÊNCIAS⁷⁰

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **Reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?lang=pt>. Acesso em: 02 mai. 2019.

ARBEX, Daniel. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AUGÉ, Marc. **Não lugares: Introdução a uma antropologia da supermodernidade**. Campinas: Papirus Editora, 1994.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Epsjv/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BARIÇÃO, Sandra Maria Fischetti. O centro de atenção psicossocial: desafios no percurso institucional. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 144-145, dez. 2011.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: Edusp, 1994.

BASAGLIA, Franco. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do espaço fechado. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Escritos Selecionados em Saúde Mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 91-132.

BENIN, Eduardo Rocha. O poder psiquiátrico: curso do Collège de France (1973-1974) Michel Foucault. **Csonline: Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, v. 5, n. 2, p. 326-331, dez. 2008.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: T.A. Queiroz, Editor, Ltda, 1979.

⁷⁰ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BIRMAN, Joel; FREIRE, Jurandir Costa. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BRASIL. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

_____. **Portaria 106/2000 GM, de 11 fev. 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília (DF), 2000.

_____. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001.

_____. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

_____. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e saúde mental no Brasil**: documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bityli.com/zM2j8pM>. Acesso em: 25 out. 2020.

_____. **Saúde Mental em Dados-12**: ano 10, nº12. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

_____. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Disponível em: <https://pbpVitor.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

CAMPOS, Florianita Coelho Braga. **Curso de aperfeiçoamento em saúde mental**: módulo 1 - sofrimento e cuidado em saúde mental. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARLOS, Ana Fani A. **A (re)produção do espaço urbano**. São Paulo, EDUSP, 1994.

_____, Ana Fani Alessandri. São Paulo: do capital industrial ao capital financeiro. In: CARLOS, Ana Fani Alessandri; OLIVEIRA, Ariovaldo Umbelino de. **Geografias de São Paulo: a metrópole do século XXI**. São Paulo: Contexto, 2004. p. 51-84.

_____, Ana Fani Alessandri. **O lugar no/do mundo**. São Paulo: FFLCH, 2007.

- _____, Ana Fani Alessandri (org.). **Crise Urbana**. São Paulo: Contexto, 2015.
- _____, Ana Fani Alessandri. **Espaço-tempo da vida cotidiana na metrópole [recurso eletrônico]**. São Paulo: FFLCH/USP, 2017.
- _____, Ana Fani Alessandri. **A condição espacial**. São Paulo: Contexto, 2018.
- _____, Ana Fani Alessandri; SANTOS, César Simoni; ALVAREZ, Isabel Pinto (orgs.). **Geografia urbana crítica: teoria e método**. São Paulo: Contexto, 2018.
- _____, Ana Fani Alessandri. Henri Lefebvre: o espaço, a cidade e o direito à cidade. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 349-369, mar. 2020. Disponível em: <https://bityli.com/DBYBNw1>. Acesso em: 01 fev. 2021.
- CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CERQUEIRA, Luiz da R. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio De Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.
- COSTA, Everaldo Batista da *et al.* LÓGICA FORMAL, LÓGICA DIALÉTICA: QUESTÃO DE MÉTODO EM GEOGRAFIA. **Geo Uerj**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 25, p. 276-285, jan./jun. 2014. Semestral. Disponível em: <file:///C:/Users/ss1067039/Downloads/12732-43362-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no brasil**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- CERTAU, Michel de; GIARD, Luce; MAYOL, Pierre. **A invenção do cotidiano: 2. morar, cozinhar**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- DAMIANI, Amélia Luisa. **A propósito do espaço e do urbano: algumas hipóteses**. 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufrs.edu.br/index.php/cidades/article/download/12531/8023>. Acesso em: 06 jun. 2022.
- DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da Unesp**, Assis, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. **Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos**. Disponível em: <https://bityli.com/PAGhFAF>. Acesso em: 20 maio 2020.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Desafios na Avaliação dos Serviços de Saúde Mental no Contexto da Desinstitucionalização. In: PORTUGAL, Sílvia *et al.* **Cidadania, Políticas Públicas e Redes Sociais**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2011. p. 113-124.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____, Michel. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. Edição com base em textos de M. Foucault, organizado por Roberto Machado.

_____, Michel. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____, **A Loucura e a Sociedade**. In: FOUCAULT, M. Ditos e Escritos I Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002 p. 259-267.

Silveira, Maria de Fátima Araujo; Santos Junior, Hudson Pires de O. Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização (p. 86). SciELO - EDUEPB. Edição do Kindle.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é Loucura**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

FURTADO, Juarez Pereira; ODA, Wagner Yoshizaki; BORYSOW, Igor da Costa; KAPP, Silke. A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 32, n. 9, p. 1-15, 2016. Disponível em: <https://bityli.com/oZF2VnM>. Acesso em: 17 fev. 2021.

FURTADO, Juarez Pereira; NAKAMURA, Eunice (orgs.). **Inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave: um estudo avaliativo**. São Paulo: Editora Unifesp, 2014.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, Romeu. **A análise de dados em pesquisa qualitativa**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). Pesquisa Social. 23.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de *et al.* **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 15. ed. Rio de Janeiro: Edições Loyola, 2006.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

HOBSBAWN, Eric J. **A era das revoluções: Europa 1789 -1848**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

JACQUES, Paula Berenstein (org.). **Apologia da deriva**: escritos situacionistas sobre a cidade/Internacional Situacionista. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2003.

KANT, Immanuel. Resposta à pergunta: O que é o esclarecimento? In: KANT, Immanuel. **Textos seletos**. Petrópolis: Vozes, 1974. p. 100-117.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 223–231, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68443/41222> Acesso em: 10 mai. 2019.

KURZ, Robert. **A segunda bolha financeira: a bolha financeira imobiliária como adiamento da crise**. 2003. Disponível em: <http://obeco.planetaclix.pt/rkurz137.htm>. Acesso em: 29 jan. 2021.

_____, Robert. **O clímax do capitalismo: breve esboço da dinâmica histórica da crise**. 2012. Disponível em: <https://bityli.com/ni5BwyJ>. Acesso em: 01 fev. 2021.

LEFEBVRE, Henri. **O fim da história**. Lisboa. Dom Quixote, 1971.

_____, Henri. **A Vida Cotidiana no mundo Moderno**. São Paulo: Ática. 1991.

_____, Henri. **A Revolução Urbana**. Belo Horizonte: UFMG. 1999.

_____, Henri. **Direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

_____, Henri. **Espaço e política: o direito à cidade II**. 2. ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2016.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul./set. 2014. Disponível em: <https://bityli.com/I13zJ>. Acesso em: 17 fev. 2021.

LOURAU, René. **A análise institucional**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MASSA, Paula Andréa. **O cuidado em liberdade na vivência dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos**. 2018. 1 v. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Unifesp-Baixada Santista, Santos, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al* (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada São Paulo: Hucitec, 2006.

MOTA, Carlos Guilherme. **A revolução francesa: 1789-1799**. São Paulo: Ática, 1989. (Coleção Fundamentos).

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. 174 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

PIMENTEL, Fernanda de Almeida et al. Estratégias de combate ao estigma na saúde mental. In: MATEUS, Mário Diniz (org.). *Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental*, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 306-321.

_____, Fernanda de Almeida. Entre o velho e o novo. In: PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de; FERIOTTI, Maria de Lourdes (orgs.). **Terapia ocupacional e complexidades práticas multidimensionais**. Curitiba: Editora CRV, 2013. p. 105-126.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Campinas, v. 43, n. 12, p. 647-654, dez. 1994.

ROBIRA, Rosa Tello. Áreas Metropolitanas: espaços colonizados. In: CARLOS, Ana Fani Alessandri; CARRERAS, Carles (org.). **Urbanização e mundialização: estudos sobre a metrópole**. São Paulo: Contexto, 2005. p. 9-20.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-60.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Exclusão/inclusão social de usuários de um centro de atenção psicossocial na vida cotidiana. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 704-712, jul./set. 2013.

SANTOS, César Simoni. Dos negócios na cidade à cidade como negócio: uma nova sorte de acumulação primitiva do espaço. **Revista Cidades**, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 101-122, 2006.

_____, César Simoni. O espaço da metrópole, o tempo dos velhos e a alienação urbana. **Mais 60: Estudos sobre envelhecimento**, São Paulo, v. 27, n. 64, p. 8-31, abr. 2016.

_____, César Simoni. Henri Lefebvre e a morfologia de uma dialética espacial. **GE-
O USP Espaço e Tempo (Online)**, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 525-550, 2019. DOI:
10.11606/issn.2179-0892.geosp.2019.163150. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/geosp/article/view/163150>. Acesso em: 3 abr. 2022.

_____, César Simoni. Em direção a uma utopia espacializada: romantismo e vida cotidiana no marxismo de Henri Lefebvre. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 1-23, 12 ago. 2021. Disponível em: <https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/6822/5422>. Acesso em: 04 ago. 2022.

SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SANTOS, Milton. O retorno do território. **Osal: Observatorio Social de América Latina**, Buenos Aires, v. 6, n. 16, p. 250-261, jun. 2005.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. jan abr; 9(1):26-31, 1998.

SEABRA, Odette Carvalho de Lima. **Urbanização e fragmentação**: apontamentos para estudo do bairro e da memória urbana. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal8/Geografiasocioeconomica/Geografiaurbana/74.pdf>. Acesso em: 17 out. 2020.

SEABRA, Odette Carvalho de Lima. **Urbanização e fragmentação**: cotidiano e vida de bairro na metamorfose da cidade em metrópole. 2003. 1 v. Tese (Livre-Docência) - Curso de Geografia Humana, Geografia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SERPBA, Angelo. **Por uma geografia dos espaços vividos**: geografia e fenomenologia. São Paulo: Contexto, 2019.

SILVA, Antonio Carlos Pacheco e. **Aspectos da Psiquiatria Social**: o homem, a sociedade e a saúde mental. São Paulo: Edigraf, 1957.

SILVA, Laura Belluzzo de Campos. **Doença mental, psicose, loucura: Representações e Práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de O. (org.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: Eduepb, 2011. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

SMITH, Neil. Gentrificação, a fronteira e a reestruturação do espaço urbano. **GEOUSP Espaço e Tempo (Online)**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 15-31, 2007. DOI: 10.11606/issn.2179-0892.geousp.2007.74046. Disponível em: <https://bityli.com/fFGQsv4>. Acesso em: 20 maio. 2021.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. 1999. Disponível em: <https://bityli.com/Fr8q7rB>. Acesso em: 06 out. 2019.

VILLARES, Cecília Cruz; PIMENTEL, Fernanda de Almeida; ORSI, José Alberto; ASSIS, Jorge Cândido de. Associações de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. In: MATEUS, Mário Dinis (org.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso políticas públicas de saúde mental**, do caps professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 76-91.

VIZEU, Fábio. **A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional**. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/J4Lzd3WLz35Rffc93cS9YTh/?format=html>. Acesso em: 20 mar. 2019.

WACQUANT, Loic. **Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ANEXOS**ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS
Nº466/2012, MS.**

Prezado (a) Senhor (a)

O(A) Sr.(a). está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“OS SERVIÇOS RESIDENCIAS TERAPÊUTICOS E O LUGAR DA LOUCURA NA METRÓPOLE CONTEMPORÂNEA”** que está sendo desenvolvida por DArcio Antonio Argento do Curso de Pós-Graduação em Geografia Humana da Universidade de São Paulo, sob a orientação do(a) Prof. César Ricardo Simoni Santos.

Os objetivos do estudo são entender o impacto dos Serviços Residenciais Terapêuticos na vida do bairro e na comunidade onde eles estão localizados. A finalidade deste trabalho é poder contribuir para a compreensão das relações dos moradores das Residências Terapêuticas com os moradores já estabelecidos no bairro e seus serviços, melhorando a convivência e fornecendo dados ao SUS para o aprimoramento no cuidado.

Solicitamos a sua colaboração para entrevistas com tempo médio de 1 hora de duração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa oferece riscos mínimos ao participante por tratar-se de entrevistas em locais pré-agendados e determinados pelo participante. Caso o participante sinta-se desconfortável ou inseguro pelos dados fornecidos a entrevista será prontamente interrompida e os dados fornecidos serão descartados.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considerar necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Reiteramos que o (a) Sr. (a) não receberá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, a Sra./o Sr. não terá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Durante o período de sua participação, se houver qualquer despesa adicional de sua parte em relação à condução ou alimentação, a Sra./o Sr. será reembolsada/o. Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal comprovadamente decorrente dos procedimentos ou tratamentos aos quais a Sra./o Sr. será submetida/o, lhe será garantido o direito a tratamento gratuito na Instituição e a Sra./o Sr. terá direito a indenização determinada por lei.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

São Paulo, ____ de _____ de _____ Impressão dactiloscópica



Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor procurar pelo pesquisador Darcio Antonio Argento, pertencente ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo:

Telefone: + 55 (11) 3091- 3749

Ou dirigir-se ao endereço:

**Avenida Professor Lineu Prestes, 338 - CEP 05508-000 - Cidade Universitária - São Paulo-
SP**

Ou enviar e-mail para:

darcio.argento@usp.br

ANEXO II – MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL⁷¹

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua -Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório 1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				

⁷¹ Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html/. Acesso em: 22.10.2020

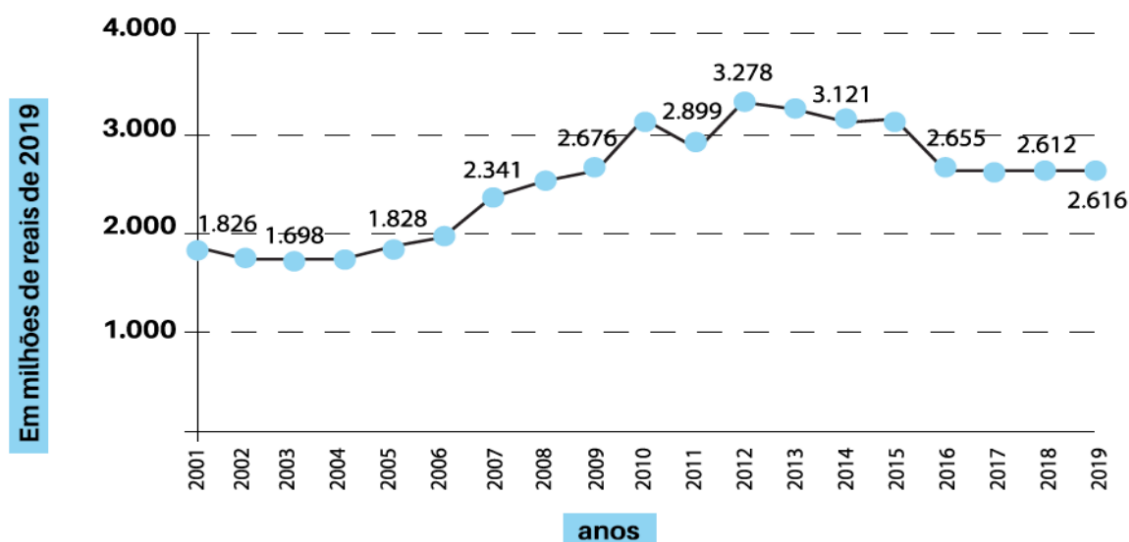
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial			
	CAPS I			Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II			Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III			Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD			Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII			Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i			Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU			Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO			1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL			Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011) . Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA			

ANEXO III - PANORAMA E DIAGNÓSTICO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

ANEXO III.A - GASTOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE COM A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Tipo de gasto		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Extra-hospitalar	em reais	1.277,49	1.291,09	1.691,32	1.822,44	1.927,85	2.107,82	2.018,02	2.126,13	2.211,13	2.294,79
	em reais de 2019	2.159,49	2.060,68	2.534,73	2.580,53	2.577,47	2.648,32	2.291,04	2.270,93	2.294,05	2.294,79
Hospitalar	em reais	537,96	525,17	496,14	472,99	406,69	362,40	320,17	289,94	306,17	321,00
	em reais de 2019	909,38	838,21	743,55	669,74	543,72	455,33	363,48	309,69	317,65	321,00

Gastos Federais (Fundo Nacional de Saúde, em milhões) com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – Brasil – 2010–2019⁷²

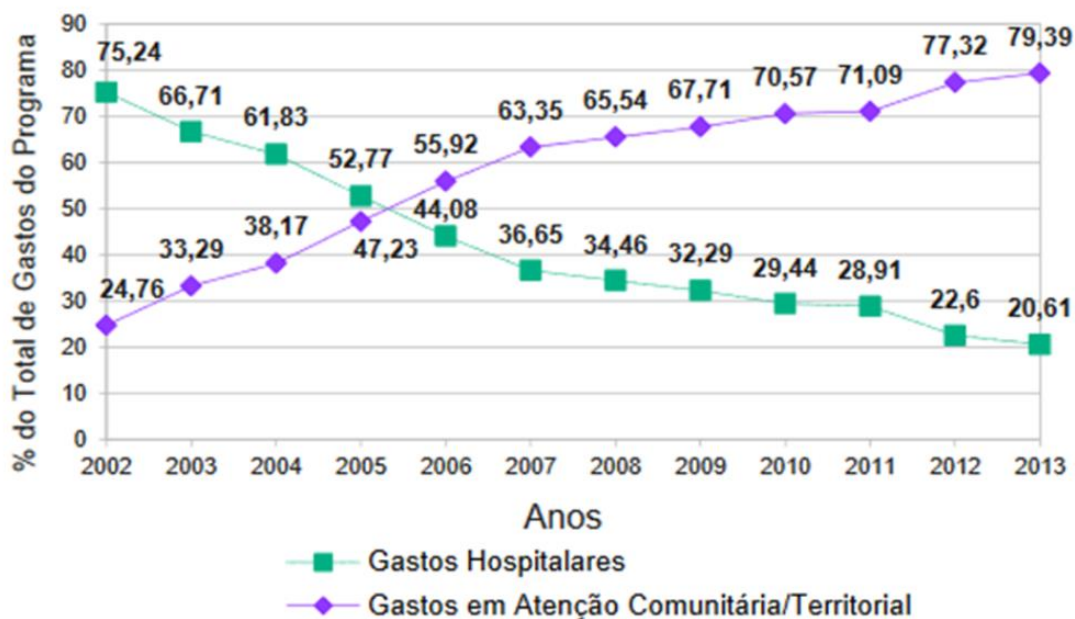


Estimativa dos Gastos federais do FNS com a Política Nacional de Saúde Mental Brasil – 2001–2019⁷³

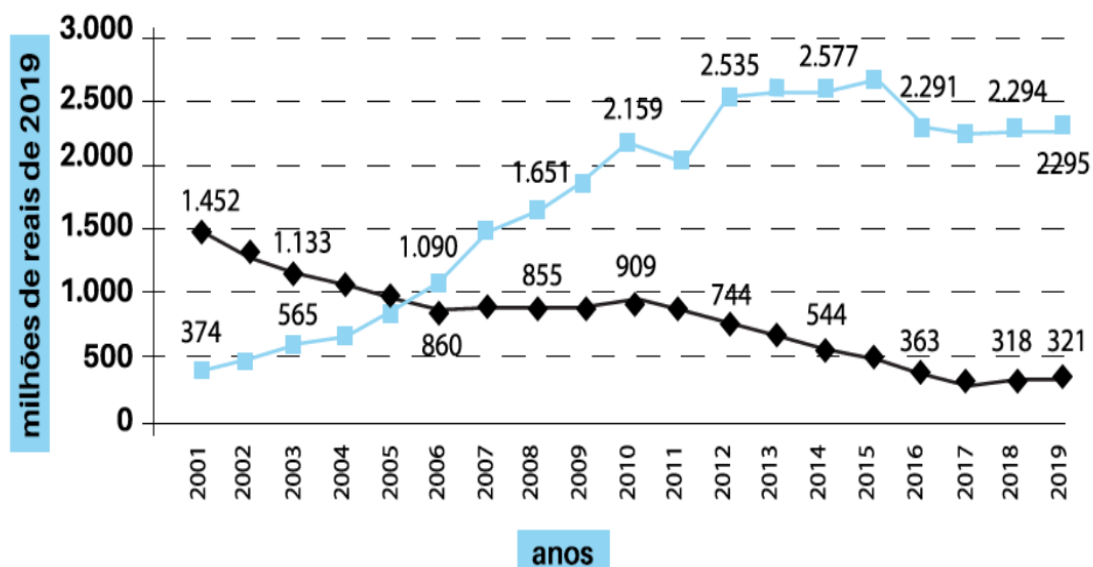
⁷² DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021, p.53

⁷³ DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021, p.54

ANEXO III.B – GASTOS HOSPITALARES X GASTOS EXTRA-HOSPITALARES



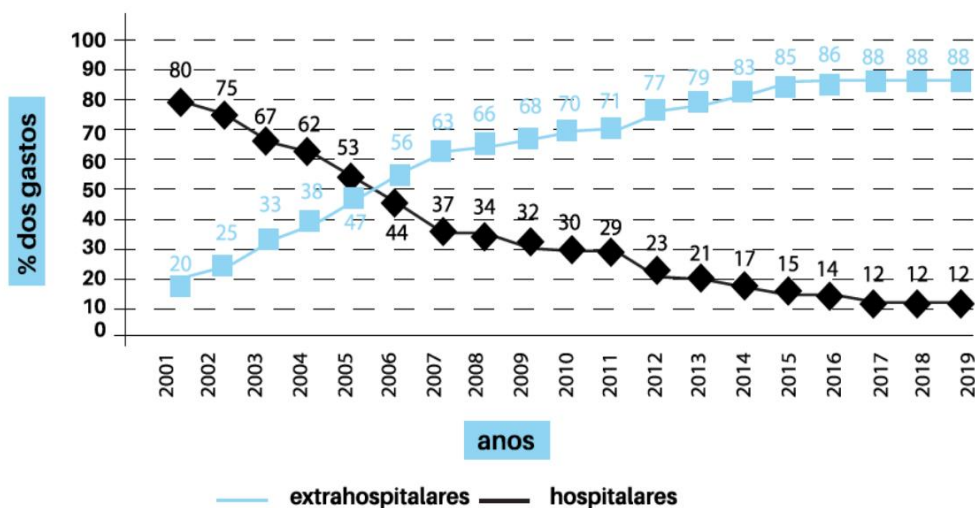
Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Dez/2002 a Dez/2013) ⁷⁴



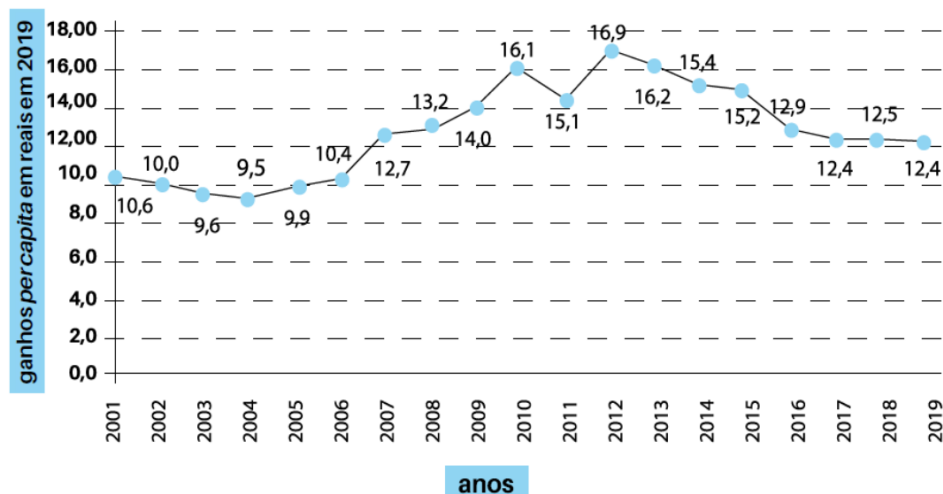
Estimativa dos Gastos federais (hospitalares e extra-hospitalares) do FNS com a Política de Saúde Mental (2001–2019)⁷⁵

⁷⁴ Saúde Mental em Dados–12: ano 10, nº12. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p.13

⁷⁵ DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021, p.55



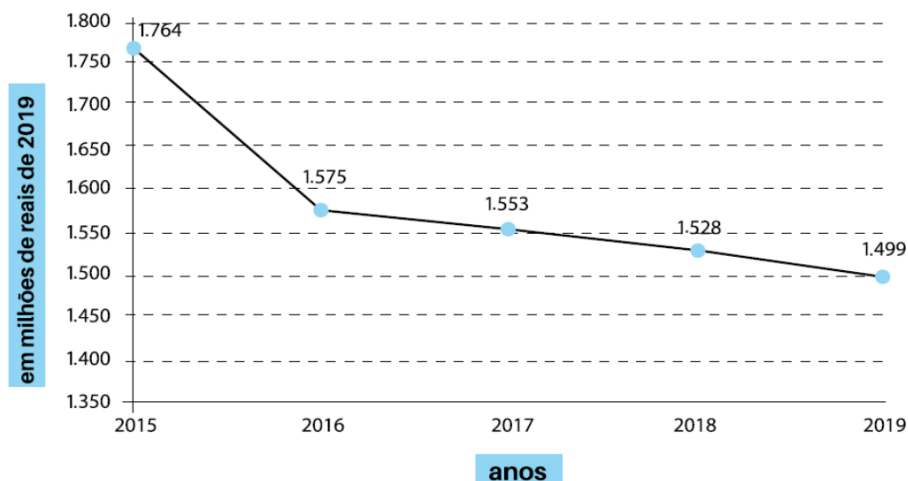
Estimativa dos gastos federais (hospitalares e extra-hospitalares, em porcentagem) do FNS com a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – Brasil – 2001–2019⁷⁶



Gastos federais da Política Nacional de Saúde Mental per capita, em reais de 2019 – Brasil – 2001–2019⁷⁷

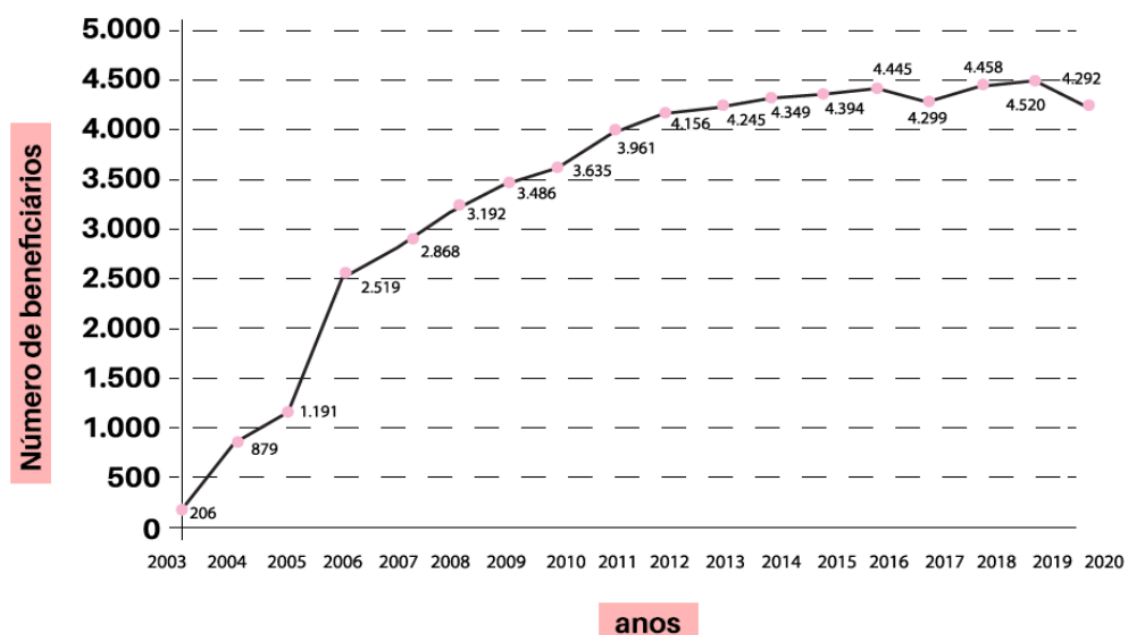
⁷⁶ DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021, p.56

⁷⁷ DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021, p.58



Estimativa dos gastos federais com o custeio de Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos (em reais de 2019) – Brasil – 2015–2019⁷⁸

ANEXO III.C – PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA



Número de beneficiários (as) participantes do Programa De Volta para Casa Brasil – 2003–2020⁷⁹

⁷⁸ DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Paineis Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021, p.61

⁷⁹ DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Paineis Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021, p.47

Anos	Gastos em reais Programa de Volta para Casa
2003	49.440,00
2004	1.584.237,41
2005	4.035.512,20
2006	6.598.836,70
2007	7.759.433,64
2008	9.295.403,00
2009	13.210.000,00
2010	14.031.098,00
2011	16.472.495,00
2012	18.522.704,00
2013	19.530.000,00
2014	21.416.661,00
2015	21.790.484,00
2016	23.287.408,00
2017	25.000.000,00
2018	20.599.060,00
2019	24.047.762,00

Gastos federais em reais do Programa de Volta para Casa – Brasil – 2003–2019⁸⁰

⁸⁰ DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021, p.49

ANEXO III.D – SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

	SRT tipo I	SRT tipo II	Total	Incremento por ano
2013	149	118	267	-
2014	160	129	289	22
2015	197	163	360	71
2016	242	241	483	123
2017	259	308	567	84
2018	263	346	609	42
2019	276	401	677	68
2020	290	493	783	106

Incremento de SRTs por ano – Brasil – 2013–2020⁸¹

⁸¹ Ao fim de 2011, a partir da Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro, uma nova proposta de financiamento foi estabelecida para os SRTs – anteriormente custeados sobretudo com recursos realocados das AIHs (Tabela 16). A partir desta portaria, passaram a ser repassados aos SRTs habilitados recursos federais de custeio mensal e também de implantação, o que tornou indispensável a habilitação de todos os serviços existentes até então. Ainda que fundamental, esse processo foi lento. Em 2014, dos 610 SRTs existentes, apenas 289 serviços estavam habilitados (para saber mais sobre esse momento inicial de habilitação, ver SMD 12, Ano 10, no 12, outubro de 2015). Até 2020, havia 783 serviços habilitados no país. Não existem dados atualizados disponíveis informando a diferença entre serviços em funcionamento nos estados (ou seja, que não estão habilitados) e os serviços habilitados no Ministério da Saúde. DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021, p.51.

ANEXO IV – QUESTIONÁRIOS PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

1. Moradores das SRT's:

- a. Como e por que veio para a cidade/estado de São Paulo (Para os residentes que não são naturais da cidade/estado de São Paulo)?
- b. Há quanto você está nesta SRT?
- c. Por quanto tempo esteve institucionalizado/hospitalizado? Em qual instituição?
- d. Quais lugares deste bairro você costuma frequentar? Quais lugares da cidade costuma frequentar? Por quê?
- e. Você trabalha fora da SRT? Qual seu trabalho?
- f. O que você gostaria que tivesse aqui neste bairro? Por quê?
- g. Você tem relação com os vizinhos do bairro?
- h. Como você circula pelo bairro e pela cidade? Quais lugares você costuma frequentar?
- i. Você gostaria de morar em outro bairro ou outra cidade? Por quê?

2. Trabalhadores dos SRT's:

- a. Nome, idade. Cidade, estado de origem, escolaridade;
- b. Sente-se preparado para atuar no SRT? Quais são os maiores desafios?
- c. Quais são suas concepções sobre o SRT e as relações da residência com a vizinhança?
- d. Quais suas percepções sobre a relação dos moradores com a vizinhança?
- e. Percebeu alguma mudança significativa no bairro após a chegada do serviço ou ao longo dos anos?
- f. Qual sua avaliação a respeito da casa escolhida para o funcionamento do SRT?
- g. Se fosse possível, mudaria o serviço de lugar? Por quê?
- h. Qual sua percepção da relação dos moradores com a cidade? O que eles contam sobre os deslocamentos pela cidade?
- i. O que eles dizem que é agradável nos trajetos pela cidade? O que eles não gostam?
- j. O que mais chama à atenção dos moradores com relação ao bairro e à cidade? O que eles mais gostam?

3. Moradores do bairro:

- a. Dados pessoais: nome, idade, cidade, estado de origem, escolaridade.
- b. Há quanto tempo mora neste bairro? Por qual motivo mudou-se para cá?
- c. Você conhece o Serviço Residencial Terapêutico do seu bairro e os seus moradores, quais suas impressões sobre este serviço?

- d. Na sua opinião, como são as relações da comunidade do bairro com os moradores do Serviço Residencial Terapêutico?
- e. Você sabe responder quais os lugares que os moradores do Serviço Residencial Terapêutico mais frequentam neste bairro? Qual sua opinião sobre os motivos que levam os moradores deste serviço a frequentar tais lugares?
- f. Você percebe que há determinados lugares em que os moradores do Serviço Residencial Terapêutico evitam frequentar? Na sua opinião, quais os motivos isso ocorre?
- g. Você entende que houve algum impacto relacionado à instalação do Serviço Residencial Terapêutico nesse bairro? Qual(is) e por que?
- h. Na sua percepção o Serviço Residencial Terapêutico é um lugar adequado para as pessoas que lá estão?
- i. Na sua percepção o SRT é um lugar adequado para as pessoas que lá estão?
- j. Na sua opinião, as pessoas com transtorno mental grave devem circular pela cidade livremente? Justifique sua resposta.

ANEXO V – “O QUE É LOUCURA?”

Ao final dos questionários aplicados aos trabalhadores perguntávamos sobre a loucura – “O que é loucura para você?”. Queríamos investigar a compreensão que essas pessoas têm sobre o fenômeno nomeado como loucura pela modernidade. Isto nos interessou porque estávamos frente a frente com trabalhadores que lidam com o fenômeno diariamente ao mesmo tempo que foram formados numa sociedade que entende a questão da loucura dentro de padrões discutidos ao longo desse trabalho. O que produz nos trabalhadores a convivência com pessoas as estigmatizadas pela loucura? Qual o resultado produzido pelo choque entre o discurso social normatizado sobre a loucura que, supomos, os trabalhadores carregam para dentro das residências e o fazer cotidiano de um serviço residencial terapêutico? E como todas essas questões são atravessadas pelo tipo de organização e administração exercida pelo poder público via OSS? Seguem algumas respostas coletadas.

Pergunta difícil. Acho que não sei responder essa. (Andréia – Acompanhante comunitária)

Tem um livro do Machado de Assis, o Alienista, que todo mundo foi pra dentro do manicômio, só ficou ele pra fora. É bem isso, até mesmo o da Daniela, o Holocausto, ele fala que 70% das pessoas não tinham diagnóstico nenhum e estavam lá os homossexuais, as prostitutas, as pessoas que se rebelavam contra as autoridades de poder, então se a gente for falar o que é loucura, vai ter algum CID? Algum código de doença psiquiátrica? Você sempre vai ter algum, sempre, neurótico, depressivo, maníaco...sempre vai ter alguma coisa em que você vai ser encaixado. Então o que é loucura? [Aqueles que] não se enquadram nesse formato de sociedade que a gente criou, que denunciam esse formato que a gente criou, por não se encaixarem ou não fazer sentido e nem querem se encaixar também, nem faz o menor sentido se encaixar nisso. (Alexandre – ex-coordenador)

Posso falar uma resposta livre? Sanidade é quando você sabe que você é louco. Você se sabe louco. Você sabe da sua loucura, isso é sanidade. É engraçado que quando eu fui entrar no Instituto ..., fui muito preparado para a entrevista, queria muito entrar no “báguio”. Aí no meio da entrevista, o supervisor pergunta assim “qual é a sua loucura?” Eu falei assim “já atendi um paciente que é psicótico eu tive que lidar com a loucura dele”. E ele falou “não, não é a loucura dos pacientes, é a sua loucura, me conte qual é a sua loucura”. Me deu um branco na hora, eu fiquei paralisado, eu não consegui falar qual era a minha loucura na hora pro cara, numa situação tão formal e teve duas entrevistas, mas depois eu fui entender que esse era o trabalho, você reconhecer que você pode ter seu lado louco. E uma pessoa que tenha uma loucura mais grave, digamos assim, o trabalho dela é se perceber louco, o quanto ela

tá louca, ou o modo como ela pode ser louca, acho que é um pouco isso. (Luciano – Acompanhante terapêutico)

Bom, eu acho que no fundo, todos temos 1% de loucura né. Eu acho que depende de cada um de nós passar por uma situação e desenvolver isso. Eu sempre falo isso, falo que a loucura está no ser humano e que cabe a nós desenvolver. Mas, olhando pro mundo de hoje, olhando pra nossa situação, acho que a loucura pode se definir como ser desumano, é você sair por aí e ver como nós estamos nos comportando, isso pra mim é loucura. (Amanda – Acompanhante comunitária)

Bom, isso também depende bastante da interpretação, às vezes o povo usa como adjetivo, como elogio, mas ela também pode ser adquirida, como diz um personagem do bicho de sete cabeças, com fome, amor, etc...., mas também pode ser algo solitário, e distanciadora, pois a loucura ela é tratada como algo que faz a gente romper algo que já está posto, mas pra mim, pessoalmente, a loucura é a vida, é essa possibilidade de rever e mudar, também ajuda a ver padrões menos repressores, então a loucura acaba sendo um modo de vida. (André - coordenador)

Loucura, creio eu, é uma pessoa que mata outra por motivos pequenos, que dava pra ter sido amenizado em uma conversa né. Acho que isso é loucura, tirar a vida do próximo, de forma banal, sendo que dava pra ter resolvido em uma conversa. Tem vários exemplos né, tipo pegar um carro, e você beber né, encher a cara, sair acelerando por aí e você mata um pai de família que não tem nada a ver com isso. Você pegar uma moto e sair em alta velocidade, sabendo que tem um limite, aí você atropela uma criança. Acho que essas coisas é loucura. (Amauri – Agente de segurança)

Loucura é o que não é normal para a sociedade. O normal é o que é parametrado pelas instituições, pelo governo e pela sociedade. Por um todo, por uma maioria. Aí a loucura vem daquela minoria que, desencadeada por algumas enfermidades psíquicas, físicas, desencadeada por drogas, alucinógenos cometem fora dos padrões normais da sociedade. Isso para mim é loucura. (Marcelo – Acompanhante comunitário)

É o que falo pra você, eles não são assassinos, eles conseguem viver em sociedade, é como falei pra você lá no início, eles são acompanhados, eles passam em psicólogo, em psiquiatra, e tem a medicação, eu vejo assim, se tiver um bom acompanhamento e a medicação, eles podem viver em comunidade. Não só aqueles que eu cuido e que nasceram há muitos anos atrás, como as que ainda estão vindo, pois sempre virão pessoas com Down, com autismo, isso sempre vai acontecer, mas se tiver um alicerce na família, alguém que se esforce, acho que nunca mais terá a palavra loucura no mundo. (Roberta – Acompanhante comunitária)