



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARCELA ADRIANA DA SILVA LUCENA

**CONSTRUINDO-SE: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da
desinstitucionalização**

Recife
2020

MARCELA ADRIANA DA SILVA LUCENA

**CONSTRUINDO-SE: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da
desinstitucionalização**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para obtenção
do grau de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca

Recife

2020

Catálogo na fonte
Bibliotecária Valdicéa Alves Silva, CRB4-1260

L935c Lucena, Marcela Adriana da Silva.
Construindo-se: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da desinstitucionalização / Marcela Adriana da Silva Lucena. – 2020.
216 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2020.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psicologia. 2. Indivíduo – Mundo interno. 3. Instituições – Formais - Informais. 4. Convivência. 5. Opressão – Discriminação 6. Curso de Vida.
I. Fonseca, Jorge Luiz Cardoso Lyra da (Orientador). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-120)

MARCELA ADRIANA DA SILVA LUCENA

**CONSTRUINDO-SE: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da
desinstitucionalização**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para a obtenção do título de
Doutora em Psicologia.

Aprovada em:14/02/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Dra. Sônia Barros(Examinadora Externa)
Universidade de São Paulo

Profª. Dra. Florianita Coelho Braga-Campos (Examinadora Externa)
Universidade Federal de São Paulo

Profª. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Benedito Medrado (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico esta tese às companheiras e companheiros que cotidianamente trabalham pela efetivação da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Àquelase àqueles que se foram nos deixando saudades e inspiração: Edjane Sampaio, Rosimeire Silva, Antônio Lancetti e Marcus Vinícius (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

São muitos os sentimentos que permeiam este momento: de alegria, de entusiasmo, de emoção, exaustão, de nostalgia e de gratidão. A experiência do Doutorado veio reafirmar aquilo que carrego com muita presteza dentro de mim: a construção coletiva como caminho e a amizade como ancoragem.

Como diz Quintana, “a amizade é um amor que nunca morre” e tenho considerado cada vez mais, especialmente ao longo dos últimos anos, que é nesta corrente que emana muito da minha força e da minha alegria no tocante à vida. Declaro meu reconhecimento às pessoas amigas e companheiras de luta que direta ou indiretamente, através de nossas interlocuções, influenciaram a maturação e construção desta tese.

Agradeço a Deus, à vida e ao universo por todas as possibilidades de trocas que esta experiência do Doutorado me proporcionou. Foram muitas pessoas, coletivos e inúmeras as interações. Aqui opto por referir nominalmente algumas destas pessoas que foram para além das trocas, parceiras na divagação e construção das ideias, na concretude dos processos e na presença carinhosa na vida.

Começo pela decisão de me submeter à seleção de Doutorado, cujo estímulo da amiga-irmã Telma Melo foi fundamental para tomada de iniciativa. Presença que não se fez apenas neste momento, mas, que se estendeu por todo o Doutorado com interlocuções muito pertinentes e construtivas, seja nas coisas da vida ou nas coisas acadêmicas.

Agradeço especialmente a João dos Santos da Silva e sua técnica de referência Rosely Ferreira. Foi a partir do reencontro com João, na sua casa, no ano de 2016, que nasceu a inspiração para escrita do projeto de Doutorado.

No processo de seleção, não posso deixar de mencionar duas queridas amigas que num momento inesquecível, simularam uma banca de entrevista e problematização do meu projeto. Na casa de Cristina Mendonça, ela, eu e Carla Novaes passamos um bom tempo discutindo ideias e perspectivas. Também, no percurso, de diferentes formas e em diferentes tempos, estiveram presentes na minha vida durante este processo. Com Carla Novaes, especialmente, juntamente com a amiga-irmã Nelma Melo, pude contar, de forma brilhante, na revisão da discussão dos resultados.

As vibrações e presença das amigas natalenses durante todo o meu percurso e percalço no Doutorado e na vida, foram acolhedoras e essenciais. Falo de Elizabete Freitas, Valéria Queiroz, Simone Sodré e Silvana Melo. Silvana, especialmente, na condição também de

doutoranda, me acalmava em alguns momentos, compartilhando dicas quanto a escrita do projeto e da tese.

Neste período, faço um encontro importante com a conhecida, porém, distante na época, e hoje grande amiga, Marilyn Sena-Leal, com quem pude contar muito no processo de construção do projeto na etapa de qualificação e com quem as interlocuções foram estruturadoras para amadurecer as ideias durante todo o Doutorado.

Agradeço a toda equipe de pesquisadores e pesquisadoras que trabalharam no âmbito local e nacional na Pesquisa Nacional “O Programa De Volta Para Casa e a Desinstitucionalização: o impacto na vida cotidiana dos beneficiários”, cujos resultados foram trabalhados nesta tese. Este grupo foi fundamental para concretude do presente estudo. Agradeço especialmente a André Guerreiro que na condição de coordenador geral da referida pesquisa, liberou todas as informações da mesma para realização do estudo em questão.

Neste sentido, também agradeço a todas as pessoas interlocutoras diretas da pesquisa, beneficiárias do Programa de Volta para Casa (PVC), que muito me ensinaram e me emocionaram através de suas narrativas.

Não poderia deixar de falar das pessoas que nas conversas de bar ou de café, nos encontros afetivos da vida, em diferentes tempos, foram ajudando a tecer ideias. São muitas e por isso faço a opção de citar quatro nomes que tomo como representantes daqueles que comigo fizeram intercâmbios avulsos, porém importantes, a saber: Alyne Alvarez, Daniel Adolf, Hernirque Bessoni e Paulette Cavalcanti.

Ainda na construção da tese, agradeço imensamente as amigas Jullyane Brasilino que contribuiu consideravelmente na revisão do tópico metodológico e a Marília Silveira, cujas interlocuções foram importantes para revisão do tópico do marco teórico. Agradeço ainda a Jorge Luiz que contribuiu de forma importante para a formatação final do trabalho científico em questão.

Em relação ao programa de pós-graduação e a todas as vivências nas disciplinas e no processo de construção da tese, não posso deixar de mencionar três professores que dentre outros, marcaram significativamente minha trajetória. Apresentou-me os feminismos com consistência, o que tomo como a grande contribuição do Doutorado para minha vida pessoal, profissional e política. Falo de Karla Galvão, Benedito Medrado e Jorge Lyra. Com Jorge Lyra especificamente, na condição de meu orientador, pude realizar importantes interlocuções ao longo do percurso.

Ao coletivo do Núcleo Feminista de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Masculinidades (GEMA), meu coração é só gratidão. Das discussões, às vivências e às festas, como foi bom construir conhecimento com leveza e afeto, regada ao brilho da diversidade e da juventude. Não poderia deixar de citar minha turma de Doutorado pelos momentos compartilhados de trocas e reflexões coletivas.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação do meu projeto de pesquisa, Sônia Barros, Arthur Perruci, Juarez Furtado e Benedito Medrado, meus agradecimentos pela contribuição que muito ajudou a estruturar as etapas subsequentes da pesquisa de Doutorado.

Agradeço ainda a Adriana Falangola, minha orientadora de mestrado, cuja parceria reverbera até os dias atuais. Foi com ela, ao término da minha dissertação, que surgiram as primeiras divagações acerca de um possível projeto de Doutorado.

Meus agradecimentos ao coletivo do Núcleo Libertando Subjetividades da Rede Internúcleos (RENILA) que me inspira e me instiga a continuar no percurso tão desafiador da luta antimanicomial e que ao mesmo tempo, pacientemente, compreendeu minhas ausências por conta do Doutorado, na construção cotidiana da luta. Neste sentido, marco também outros companheiros e companheiras (de diferentes entidades) que de forma aguerrida vêm defendendo coletivamente e articuladamente, nos espaços públicos na cidade do Recife, as bandeiras antimanicomiais e antiproibicionistas. A este coletivo, meus agradecimentos pela compreensão quanto a minha ausência e distanciamento físico temporário nas lutas. Considero que escrever esta tese também se constitui como uma forma de militância.

Considerando que esta tese é fruto não apenas de quatro anos de estudo, mas, de toda uma trajetória profissional que foi paulatinamente me proporcionando recursos, não posso deixar de registrar meus agradecimentos aos companheiros e companheiras com quem pude compartilhar a construção, implantação e implementação de políticas públicas no campo da saúde mental ao longo do tempo. A saber, destaco dentre outras: a equipe de mulheres guerreiras que esteve comigo na minha primeira e inesquecível experiência profissional no Cabo de Santo Agostinho entre 1998 e 2000 e com quem até hoje compartilho a amizade; a equipe com quem pude compartilhar a coordenação de saúde mental do município do Recife entre os anos de 2001 à 2005 – grandes pessoas “mentaleiras” e sanitaristas com quem pude aprender muito do que trago até os dias atuais; a equipe com quem compartilhei a coordenação estadual de saúde mental de Pernambuco, da qual vivi as experiências mais radicais de desinstitucionalização entre os anos de 2009 e 2013; a equipe e usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) David Capistrano com quem tive o privilégio de trabalhar e compartilhar

o fazer cotidiano do cuidado em saúde mental; as equipes e colaboradores da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde na gestão de Pedro Gabriel Delgado e Roberto Tykanori, com quem pude trabalhar e aprender muito sobre o campo da saúde mental e cujas experiências, ressoam na minha prática profissional até os dias atuais; aos queridos e queridas companheiras do Projeto Redes, que a mim proporcionaram o encontro com novas perspectivas, especialmente a antiproibicionista; as equipes de saúde mental de Cabedelo/ PB, João Pessoa/PB, Cabo de Santo Agostinho/PE, Paulista/PE e Maceió/AL com quem pude compartilhar, em diferentes momentos, trabalhos diversos no campo da saúde mental; o coletivo de supervisoras clínicas-institucionais da Rede de Atenção Psicossocial de Recife, cujas trocas têm possibilitado muitas reflexões e aprendizados que repercutiram também na construção desta tese; as equipes e usuários dos CAPS do Recife Vicente Araújo, Boa Vista e Esperança cuja convivência permeada por reflexões e desafios, contribuíram de alguma forma, mesmo que indiretamente, com as ideias imprimidas nesta tese; e por fim, destaco o Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), na pessoa da professora Telma Avelar, que tem em mim depositado confiança para exercer um dos mais belos e árduos ofícios que é a docência e cuja experiência veio ainda mais enriquecer a vivência do Doutorado.

Um agradecimento muito especial à amiga Fernanda Nicácio, cuja vida tem sido dedicada ao campo da saúde mental. Com sua doçura e consistência teórica e prática, a meu ver, coloca-se como uma, dentre outras, das grandes mulheres da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com uma especificidade importante no que se refere a desinstitucionalização. Com ela, partilhando por um tempo moradia, amizade e ideias, pude crescer e trazer para esta tese algumas de suas contribuições.

Gostaria de agradecer ainda ao querido Luiz Santos pelas trocas e pela autorização do uso nesta tese, de alguns dos seus preciosos trabalhos componentes do Livro Casou no Papel (SANTOS, 2017). Com admiração e respeito pelas suas produções, sinto-me honrada em incorporar um pequeno fragmento do seu trabalho nesta produção acadêmica.

Agradeço ainda as minhas cuidadoras, Aninha, amiga querida, que tem nos últimos dois anos contribuído para meu bem estar, me ajudando a manter o equilíbrio do corpo e da alma. À Suzana Melo, que num processo analítico recente, tem sido facilitadora de um percurso de reflexões que ajudou-me a desatar alguns nós existenciais que em algum momento entrecruzaram-se no processo da escrita desta tese.

Tantas outras pessoas poderiam ser aqui citadas, pessoas que fazem parte da minha vida e que embora não tenham uma ligação direta com meu campo de trabalho ou com esta tese, pela simples presença no meu cotidiano, apresentaram também uma parcela de contribuição com este processo. Eis algumas delas: Sil e Lilian.

Por fim, e não menos importante, muito pelo contrário, são as pessoas mais preciosas na minha vida; agradeço a minha mãe Maria do Socorro da Silva que muito contribui para ser a mulher que sou e ao meu filho Rafael Lucena que numa trajetória de quase 23 anos têm me ensinado a ser mãe e enchido minha vida de amor e sentido.

Considerando que os quatros anos de Doutorado foram atravessados por profundas angústias dada a conjuntura política nacional, onde muitas vezes não tinha serenidade e me via tomada por medo, indignação e incertezas; sinto-me ao chegar aqui vitoriosa e de alguma forma, como porta voz de muitas pessoas com quem compartilho utopias. Neste sentido, o que me resta então, parafraseando Belchior, é dizer

Presentemente eu posso me considerar uma sujeita de sorte
Porque apesar de muito moça me sinto sã, salva e forte
E tenho comigo pensado, Deus é brasileiro e anda do meu lado
E assim já não posso sofrer no ano passado
Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri mas esse ano eu não morro.

Esta tese não deixa de ser expressão da minha trajetória de vida e da minha resistência, como também, fruto de uma construção coletiva que se faz e refaz cotidianamente no campo da saúde mental.

RESUMO

Esta tese analisa as repercussões do processo de desinstitucionalização no cotidiano das pessoas em meio às marcas produzidas pela institucionalização. Partindo do paradigma da Reforma Psiquiátrica Brasileira, abordam-se teoricamente os processos de institucionalização e de desinstitucionalização e suas implicações, considerando o curso de vida e a perspectiva interseccional. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo de base construcionista em diálogo com as epistemologias feministas. O processo de análise partiu de informações oriundas da pesquisa nacional “O Programa De Volta Para Casa e a Desinstitucionalização: o impacto na vida cotidiana dos beneficiários”, circunscrito a dez narrativas produzidas no campo Recife/PE, e possui as narrativas e a análise de discurso como método analítico. Quanto aos resultados, observa-se que o curso de vida das pessoas é marcado por sucessivas violências/exclusões desde a infância, tendo o hospital psiquiátrico se constituído como a materialização de uma condição marginal, encobrendo todas as opressões vivenciadas longitudinalmente. Ainda, o estudo mostra que a vivência das violências institucionais são configuradas pelos marcadores de classe e gênero. Evidenciou-se, também, que a desospitalização com paralelo acesso à moradia, acesso aos Centros de Atenção Psicossocial e à renda se constroem experiências de apropriação, pertencimento e reciprocidade. Estes elementos, por sua vez, mostram-se fundamentais para a produção de novas subjetividades e aumento do poder contratual. Conclui-se que os efeitos da institucionalização são aniquilantes e dessubjetivam as pessoas, e que o processo de desinstitucionalização permite a sustentabilidade da existência singular fora do hospital quando as pessoas vivenciam experiências contínuas contornadas por escuta e convivência. Aponta-se, como recomendação, a criação de espaços permanentes e compartilhados para análise crítica e construção de novas proposições cotidianas.

Palavras-chave: Subjetividades. Contratualidade. Cotidiano. Interseccionalidade. Curso de vida.

ABSTRACT

This thesis analyze repercussions of deinstitutionalization process in the daily lives of people amidst the marks produced by institutionalization. Starting from the paradigm of Brazilian Psychiatric Reform, it theoretically addresses institutionalization processes and deinstitutionalization and their implications, considering the life course and the intersectional perspective. It is a qualitative study with a constructionist basis in dialogue with feminist epistemologies. Analysis process started from information derived from the national survey “O Programa de Volta Para Casa e a Desinstitucionalização: o impacto na vida cotidiana dos beneficiários”, limited to ten narratives produced in Recife/PE field. Work with narratives and speech analysis are the analytical methods. As for the results, it is observed that the life course of people is marked by successive violence/exclusions since childhood, with psychiatric hospital constituting itself as the materialization of a marginal condition, covering all oppressions experienced longitudinally. The study shows that the experience of institutional violence is also shaped by class and gender markers. It became evident that with de-hospitalization and parallel access to housing, Psychosocial Care Centers and income; experiences of appropriation, belonging and reciprocity are built. These elements, in turn, are fundamental to produce new subjectivities and increase contractual power. It is concluded that institutionalization effects are annihilating and they desubject people and that the process of deinstitutionalization allows sustainability of a singular existence outside hospital, when people have continuous experiences bypassed by listening and living together. As a recommendation, the creation of permanent and shared spaces for critical analysis and construction of new daily propositions is suggested.

Keywords: Subjectivities. Contractuality. Daily life. Intersectionality. Life course.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Foto 1 - Páginas duplas do livro Casou no Papel de Luiz Santos.....	29
Foto 2 - Páginas duplas do livro Casou no Papel de Luiz Santos.....	90
Quadro 1 - Caracterização do universo de interlocutores da pesquisa.....	97
Figura 1 – Ênfase Analítica 1.....	107
Figura 2 –Ênfase Analítica 2.....	110
Foto 3 - Páginas duplas do livro Casou no Papel de Luiz Santos.....	114
Figura 3 - Representação dos acontecimentos antes da internação psiquiátrica.....	117
Figura 4 -Representação dos acontecimentos durante a internação psiquiátrica.....	128
Figura 5 -Representação da repercussão da desinstitucionalização.....	139
Figura 6 - Representação da produção de subjetividades no âmbito da desinstitucionalização.....	152
Foto 4 - Páginas duplas do livro Casou no Papel de Luiz Santo.....	184

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Comitê de Acompanhamento da Pesquisa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CnR	Consultório na Rua
CT	Comunidade Terapêutica
ECT	Eletroconvulsoterapia
ENSP	Escola de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
FAFIRE	Faculdade Frassinetti do Recife
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GEMA	Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidade
GSMAD	Gerência de Atenção à Saúde Mental Álcool e Outras Drogas
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HSE	Hospital dos Servidores do Estado
HUP	Hospital Ulysses Pernambucano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto Materno Infantil
IPR	Instituto de Psiquiatria do Recife

MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PVC	Programa de Volta para Casa
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
RENILA	Rede Internúcleos
RT	Residência Terapêutica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento
TR	Técnica de Referência
TV	Televisão
UA	Unidade de Acolhimento
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade Estadual de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	PROCESSOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: repercussões na vida e expressões na política pública.....	30
2.1	O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA E A “MORTIFICAÇÃO DO EU”.....	31
2.2	DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PROCESSO.....	39
2.2.1	<i>A desinsinstitucionalização x exclusão social: construção da cotidianidade e da contratualidade.....</i>	<i>39</i>
2.2.2	<i>A desinstitucionalização e a produção de subjetividades: problematizando o sofrimento psíquico.....</i>	<i>49</i>
2.3	CONSTRUINDO UM OLHAR INTERSECCIONAL SOBRE A SAÚDE MENTAL E ARTICULANDO COM OCURSO DE VIDA.....	54
2.4	A PROPOSIÇÃO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA “POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS” NO BRASIL, EM PERNAMBUCO E EM RECIFE.....	60
2.4.1	<i>A construção de uma política pública brasileira baseada na perspectiva da desinstitucionalização.....</i>	<i>61</i>
2.4.2	<i>O componente estético da desinstitucionalização na política pública.....</i>	<i>70</i>
2.4.3	<i>Os tensionamentos atuais da “Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas”.....</i>	<i>75</i>
2.4.4	<i>O processo de desinstitucionalização em Pernambuco e em Recife: as diferentes expressões da sustentação e das ameaças.....</i>	<i>81</i>
3	O TECIMENTO DO CAMINHO METODOLÓGICO.....	91
3.1	PREÂMBULOS DO ESTUDO.....	90
3.2	AS PESSOAS INTERLOCUTORAS DA PESQUISA E AS NARRATIVAS.....	94
3.2.1	<i>O universo das pessoas beneficiárias do PVC.....</i>	<i>95</i>
3.2.2	<i>Implicações pessoais no processo de interlocução.....</i>	<i>98</i>
3.2.3	<i>As narrativas.....</i>	<i>102</i>
3.3	O percurso de lapidação e de análise dos achados.....	105
3.3.1	<i>O trabalho de lapidação.....</i>	<i>106</i>
3.3.2	<i>Processo de construção da análise dos resultados.....</i>	<i>111</i>
4	AS EVIDÊNCIAS NA VIDA DO ENGENDRAMENTO DA EXISTÊNCIA: dentro e fora dos muros institucionais.....	115

4.1	QUANDO O PASSADO SE MISTURA COM O PRESENTE: O curso de vida e as implicações dos acontecimentos.....	116
4.1.1	<i>A vida e suas vicissitudes antes da internação psiquiátrica de longa permanência.....</i>	<i>117</i>
4.1.1.1	O trabalho infantil e não acesso à escola.....	118
4.1.1.2	A perda das figuras parentais e a busca ativa por elos do passado.....	119
4.1.1.3	Os acontecimentos, as vivências de sofrimento psíquico e os desdobramentos na mudança do curso de vida.....	121
4.1.1.4	A condição das mulheres: os relacionamentos, a experiência da maternidade, a rua e as múltiplas violências.....	124
4.1.2	<i>A experiência dentro do hospital psiquiátrico: os sentidos dos acontecimentos e seus efeitos.....</i>	<i>127</i>
4.1.2.1	A vivência do hospital como lugar absoluto.....	128
4.1.2.2	A exploração do trabalho como mão de obra barata.....	131
4.1.2.3	As violências institucionais.....	132
4.2	A REPERCUSSÃO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: sustentação da existência singular.....	137
4.2.1	<i>Moradia.....</i>	<i>139</i>
4.2.2	<i>Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....</i>	<i>144</i>
4.2.3	<i>Acesso à renda.....</i>	<i>146</i>
4.3	O DIREITO À VIDA COMO ELA É: nas brechas e limites da vivência cotidiana..	150
4.3.1	<i>Propriedade sobre si e sobre as coisas.....</i>	<i>152</i>
4.3.2	<i>O poder contratual e o acesso à cidade.....</i>	<i>155</i>
4.3.3	<i>A criticidade e a tomada de decisão.....</i>	<i>162</i>
4.3.4	<i>A dor e a delícia de viver.....</i>	<i>165</i>
4.3.5	<i>O acesso ao cuidado.....</i>	<i>169</i>
4.3.6	<i>A vivência da “banalidade do cotidiano”.....</i>	<i>173</i>
4.3.7	<i>Resgate dos laços e os novos encontros.....</i>	<i>176</i>
4.3.8	<i>As narrativas sobre si como teorizações de auto sustentação.....</i>	<i>179</i>
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	185
	REFERÊNCIAS.....	200
	APÊNDICE A – MATRIZ ANALÍTICA 1.....	212
	APÊNDICE B – MATRIZ ANALÍTICA 2 E 3 - PRIMEIRAS LEITURAS PARA DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	213

ANEXO A – COMPONENTES DA RAPS.....	215
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA.....	216

1 INTRODUÇÃO

Escrever é estar no extremo de si mesmo.
(MELLO NETO, 1982)

Esta tese expressa minha experiência, interesses e indagações construídas desde 1996 mediante a vivência profissional e militante no âmbito da saúde coletiva e da saúde mental. Desta forma, considero fundamental demarcar inicialmente meu posicionamento na condição de pesquisadora, no percurso da construção do conhecimento a que se propõe este trabalho científico. Para isso, opto inicialmente por discorrer esta introdução na primeira pessoa do singular.

Situar esta tese, e o percurso que ancora sua elaboração, requer falar anteriormente sobre minha experiência no campo da saúde mental, considerando que foi este itinerário que possibilitou, dentre outras realizações, meu amadurecimento para sua construção. Assim sendo, a partir deste recorte, passo a explicar minha trajetória profissional e política.

Tenho ao longo do meu percurso transitado entre o âmbito da gestão, da docência e da clínica numa perspectiva antimanicomial¹ e antiproibicionista², focando a organização de estratégias de fechamento de hospitais psiquiátricos e implantação/implementação de uma rede psicossocial territorial substitutiva para acolhimento e atenção a pessoas com sofrimento psíquico.

Início este itinerário pela graduação em Psicologia na Faculdade de Filosofia do Recife (FAFIRE), quando pude, de forma processual, elaborar e desmitificar os medos em relação à loucura, como também formular, ainda que de forma incipiente, questionamentos ao modelo tradicional psiquiátrico. Nesta perspectiva, nos últimos anos de formação, pude direcionar os estágios não obrigatório e obrigatório para o campo da saúde mental, vivendo a realidade psicossocial e manicomial respectivamente

¹Tratamos a perspectiva antimanicomial como aquela que reconhece as diferenças entre as pessoas, mas, registra em seus princípios a igualdade de direitos, a potência humana e a necessária posição de respeito, equidade e inclusão social frente às diferentes situações e condição de cada pessoa. Como aquela que se coloca contrária a qualquer forma de institucionalização (LOBOSQUE, 2003).

²Nomeamos como perspectiva antiproibicionista uma postura crítica ao modelo de guerra às drogas, colocando a questão da descriminalização do usuário e da regulamentação das substâncias psicoativas, mediante a regulação do estado e não do capital, como caminhos possíveis e estratégicos para abordagem do problema da violência advinda do tráfico e do desenvolvimento de uma proposta de atenção às pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de drogas, ancorada no respeito às singularidades e a liberdade (RODRIGUES, 2017 e SILVA, 2017).

As indagações produzidas a partir destas experiências terminaram por conduzir-me imediatamente, após finalização do curso de Psicologia, para um Programa de Residência Multiprofissional em Medicina Preventiva e Social pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Com a vivência da referida residência, entrei no universo das políticas públicas, especialmente do Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo, a partir de então, uma forte relação de amor e compromisso ético com os princípios e diretrizes do Movimento Sanitário.

Neste período passei a desenvolver uma análise crítica sobre a sociedade brasileira, problematizando os determinantes sociais do processo saúde e doença e suas estruturas de desigualdade, o que descortinou um fenômeno que vai além das teorias que entendem o sofrimento psíquico centrado na constituição psíquica do sujeito. Isto me fez, então, buscar outras perspectivas teóricas da psicologia que pudessem enriquecer esta minha nova visão de mundo que estava sendo gestada.

No decorrer da experiência supracitada fui, sob a influência da amiga-irmã e companheira de turma Telma Melo, dentro do universo da saúde, enfocando as questões da saúde mental. Nesta perspectiva, tomei como caminho, dentro do Programa de Residência, a realização da Especialização em Psiquiatria Social na Escola de Saúde Pública (ENSP) no Rio de Janeiro, vinculada a FIOCRUZ. Com Paulo Amarante, em 1996, fui dando os primeiros passos quanto à formação antimanicomial.

Através do estágio na Coordenação Estadual de Saúde Mental de Pernambuco entre os anos de 1996 e 1997, após a conclusão da densa e transformadora formação como sanitarista, fui calcando percursos profissionais e políticos cada vez mais embrenhados com o SUS, a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Assumi como primeira experiência profissional em 1998, no Cabo de Santo Agostinho, a gerência do seu primeiro Centro de Atenção Psicossocial(CAPS) (o Estação Cidadania) e, posteriormente, a Coordenação Municipal de Saúde Mental.

Em 2001, na primeira gestão petista da cidade do Recife, assumi a Coordenação de Saúde Mental Municipal entre os anos de 2001 e 2005, tendo o privilégio de participar da implantação e implementação da rede de atenção psicossocial em todo o território recifense e da maturação do processo de controle/avaliação e fechamento dos hospitais psiquiátricos sob gestão municipal.

Estas duas experiências concretamente me possibilitaram vivenciar na prática o processo de desinstitucionalização do ponto de vista paradigmático, mas também prático. Tais

vivências permanentemente me levavam a refletir e buscar coerência entre o pensar e o fazer, de forma que o desenvolvimento das ações realizadas tivessem repercussões concretas na vida das pessoas.

Entre 2005 e 2009, fora do âmbito da macro gestão governamental, passei a vivenciar diferentes experiências no campo da saúde mental: trabalho técnico nos CAPS David Capistrano em Recife e Tereza Noronha em Paulista; apoio técnico à Coordenação de Saúde Mental de Paulista; docência em cursos de pós-graduação com a disciplina de saúde pública e saúde mental; assessoria técnica ao Ministério da Saúde no desenvolvimento de apoio aos municípios do Nordeste no que se refere a organização da política de saúde mental; desenvolvimento de supervisão clínica-institucional nos CAPS de Cabedelo e João Pessoa na Paraíba e do Cabo de Santo Agostinho em Pernambuco.

A diversidade de experiências terminou me proporcionando mais recursos para pensar sobre os processos de desinstitucionalização, uma vez que os casos clínicos, as situações do território, convocavam-me a se debruçar sobre a complexidade e as contradições de um modelo em transição.

Em 2009 assumi a Coordenação de Saúde Mental do estado de Pernambuco, tendo como principal foco o apoio ao município de Camaragibe quanto ao fechamento de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Estado e o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização de 572 pessoas então internadas.

Neste processo, a interiorização da Reforma Psiquiátrica em Pernambuco passa a ser o carro chefe para viabilizar o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização em curso, a saber, o mais radical e complexo que vivi ao longo do meu percurso.

Vivi na prática a experiência de desmontagem de um grande manicômio com todas as suas artimanhas e a construção/ampliação de uma rede psicossocial para receber sujeitos e sujeitas³que, para além do lugar marginal que “naturalmente” ocupam na nossa sociedade por apresentar sofrimento psíquico, chegavam anuladas, desprovidas de afeto, cuidados, direitos e de recursos subjetivos para viver fora do hospital. Com esta experiência, passei a compreender o processo de desinstitucionalização como também uma arte, a arte de fazer brotar a vida.

³ Visando o respeito às diferenças de gênero, utilizamos nesta tese os adjetivos que expressam o masculino e feminino da seguinte forma: explicitação literária do masculino e feminino (como exemplo: sujeitos e sujeitas), uso do masculino de forma genérica (como por exemplo: sujeitos) ou acompanhado de barra e ressaltando a conotação feminina (como exemplo: sujeitos/as).

Paralelamente a este percurso, em 2009, ingressei no Mestrado em Saúde Coletiva pela UFPE, tendo como fruto a dissertação “Descredenciamento de Hospital Psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS): engrenagens da operação” (LUCENA, 2011). Neste processo, pude fazer o primeiro exercício acadêmico de sistematização de minhas experiências no campo da saúde mental.

Entre os anos de 2011 e 2012, ao sair da Coordenação Estadual de Saúde Mental, ingressei na equipe técnica da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde como apoio técnico.

Em 2014, vale destacar, passei a compor o Projeto Redes desenvolvido pela Secretaria Nacional sobre Drogas do Ministério da Justiça, na condição de apoiadora de municípios do Nordeste, para organização da rede intersetorial de atenção à pessoas que fazem uso de drogas na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos.

Tal experiência convocou-me a pensar sobre as novas roupagens dos processos de institucionalização que vêm se configurando no Brasil e a necessidade de articular toda a discussão acumulada em relação aos processos de desinstitucionalização com o campo voltado para as questões de álcool e outras drogas. Fiz aqui o encontro entre as perspectivas antimanicomial e antiproibicionista, tomando a desinstitucionalização como um eixo que permite a ancoragem e o elo destas duas bases. Passei então a operar com esta perspectiva mais ampliada da desinstitucionalização.

Durante todo o ano de 2016, como tutora do Projeto Engrenagens Ativação de Redes desenvolvido pelo Ministério da Saúde e FIOCRUZ, acompanhei um grupo de ativadores de rede com pessoas oriundas de diferentes cidades brasileiras, cujo objetivo era traçar estratégias para o tecimento da rede psicossocial na perspectiva da desinstitucionalização.

Estas vivências no âmbito nacional me aproximaram mais fortemente dos processos de formulação, planejamento e indução da política nacional de saúde mental. Deparei-me com uma diversidade de realidades e a necessidade de desenvolver diferentes estratégias, com foco na singularidade dos contextos políticos, clínicos e cotidianos de cada lugar.

Vale ressaltar que desde o final dos anos 90, o percurso desenhado, seja na gestão, na docência ou na clínica, foi intrinsecamente imbricado com o Movimento de Luta Antimanicomial, o que demarca as lentes e posicionamentos com que tenho operado no campo da saúde mental.

Em 2016, sentindo a necessidade de voltar ao campo da psicologia, ingressei no Programa de Doutorado em Psicologia da UFPE com o objetivo de continuar os estudos no campo da saúde mental, agora articulando novas perspectivas teóricas.

Com isto, ganhei como um dos maiores presentes do Doutorado, a aproximação das epistemologias feministas. Passei a fazer parte do GEMA e cursei, como uma das primeiras disciplinas: “Teorias Feministas”, ministrada pela professora Karla Galvão.

As epistemologias feministas buscam a “experiência” como base para construção de conhecimento, o que implica segundo Scott (1999), “um enfoque nos processos de produção da identidade, uma insistência na natureza discursiva da experiência e na política da sua construção”(SCOTT, 1999, p.20).

A partir desta concepção, e considerando todo o percurso profissional e político no campo da saúde mental apresentado, fui desenhando juntamente com meu orientador os primeiros passos para a sedimentação desta tese, que traz em seus princípios, o diálogo com a perspectiva “ativista feminista”.

Sánchez (2015) ao tratar de “Pesquisa Ativista Feminista”, aborda que a relação entre investigação e o ativismo é significativo para repensar os processos de construção de conhecimento e suas implicações em diferentes níveis. Tal prerrogativa parte da afirmativa de que conhecimento e ação política são diferentes, mas, inseparáveis.

Assim, o objeto de estudo desta tese, como as questões que a balizam, foram elaboradas de forma imbricada com a experiência pessoal de vida, profissional e de militância.

Novas indagações surgiram a partir das experiências citadas, especialmente com aquelas vivenciadas durante o exercício profissional referente à Coordenação de Saúde Mental do estado de Pernambuco, assim como, as reflexões e amadurecimento construídas no processo do mestrado.

Tendo a minha experiência se pautado, na sua maioria, na organização de macro estratégias para organização de processos de desinstitucionalização; inquietações relativas aos desdobramentos destas ações na vida das pessoas foram tomando corpo na minha trajetória. Comecei a sentir a necessidade de compreender como os processos de institucionalização e desinstitucionalização eram vivenciados pelas pessoas.

Estas inquietações foram acentuadas quando em 2016 reencontrei João Santos Silva, morador de uma residência terapêutica há dez (10) anos, cuja trajetória de vida foi marcada por

mais de quinze (15) anos de internação psiquiátrica ininterrupta. Seu processo de desospitalização ocorreu na época em que eu estava à frente da Coordenação de Saúde Mental de Pernambuco. Ao revê-lo depois de quase seis (06) anos, e rememorar a forma como circulava dentro do hospital em que estava internado e me deparar com sua nova vida fora do hospital, fui tomada por uma série de questões referentes às vivências antes e depois da internação psiquiátrica.

Desta forma, foram sistematizadas as primeiras perguntas: como as consequências da institucionalização podem ser superadas? Como se materializam as repercussões da desinstitucionalização no cotidiano? Que condições sócio-econômico-culturais e que relações de poder atravessam o curso de vida das pessoas?

Neste período, em 2016, estas questões se colocavam necessárias, considerando que iniciavam-se os primeiros ataques, no âmbito governamental da esfera federal, à Política Nacional de Saúde Mental. Comecei a preocupar-me em evidenciar como a perspectiva antimanicomial tomava corpo concretamente na vida das pessoas.

É a partir deste recorte temporal, diante de um golpe parlamentar⁴, que as políticas públicas construídas após a redemocratização do país passaram a ser questionadas e diluídas com medidas de desinvestimentos técnicos, políticos e financeiros.

No campo da saúde mental, tal situação é evidenciada quando o Ministério da Saúde, a partir de 2016, retira o foco da política na expansão de serviços substitutivos, alterando os indicadores da área e desacelerando o financiamento.

Inicia-se no âmbito do Governo Federal o resgate de velhas e atuais tensões entre propostas de institucionalização e de desinstitucionalização, onde as instituições asilares voltam a ter um lugar central na Política Nacional de Saúde Mental, ferindo inclusive os pressupostos da Lei Federal 10.216/01 (BRASIL, 2001).

Considerando que esta conjuntura foi se agravando, conforme abordado mais adiante no tópico do marco teórico, produzindo implicações para o desenvolvimento de processos de desinstitucionalização em vários lugares do país, burocratizando e normatizando dinâmicas que deveriam ser centradas nas pessoas, fui sentindo a necessidade de visibilizar as tensões e

⁴Nomeamos como golpe parlamentar o acontecimento do impeachment da Presidenta Dilma no ano de 2016, através da articulação do legislativo e judiciário. Referimo-nos especificamente à interrupção de um governo eleito democraticamente, impondo um novo governo, cuja marca foi a realização de uma série de medidas impopulares e de desconstrução de direitos adquiridos pelos brasileiros e brasileiras, com pouca centralidade nas políticas públicas e foco maior nas demandas do capital (SOUZA, 2016b).

repercussões dos processos de institucionalização e de desinstitucionalização na vida cotidiana, ou seja, os seus efeitos. Havia também uma convergência dentro do GEMA⁵ em acolher tais preocupações, uma vez que se induzia reflexões acerca das pesquisas, considerando o contexto adverso do golpe.

Mediante a retrospectiva realizada, passo, na primeira pessoa do plural (considerando as interlocuções no âmbito da orientação acadêmica), a situar o objeto desta tese como sendo fruto de uma longa caminhada e de um processo de maturidade, apresentando o percurso e as escolhas definidas para sua explicitação.

Para abordagem acerca da institucionalização, recorremos a Goffman (1987) ao teorizar as instituições totais e o processo de “mortificação do eu” advindo das práticas coercitivas destas instituições. Travamos portanto, um diálogo entre esta perspectiva e as ideias de Basaglia (1985), assim como dos autores de base basagliana como Venturini (2010 e 2016), Rotelli (2001), De Leonardis (2001), Saraceno (1999) e autores brasileiros da Reforma Psiquiátrica como Amarante (1995, 1997, 2009 e 2018), Nicácio (2003) e Kinoshita (2016) entre outros.

Com base nos autores referidos, tomando a institucionalização como problema, partimos da ideia de que o manicômio se institui como uma “instituição de violência” e que o seu desmonte se faz necessário para, a partir de uma “instituição inventada”, desconstruir os aparatos normativos que determinam as pessoas no lugar da doença, portanto, da desqualificação e como objetos de controle.

Neste sentido, tomamos a desinstitucionalização como “[...] processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto” (ROTELLI, 2001, p. 91). Então, partimos da constatação de um problema social existente que é a invisibilidade das pessoas com sofrimento psíquico, principalmente aquelas marcadas pela institucionalização psiquiátrica. Diante de mudanças nas políticas públicas, onde o manicômio volta a ter uma ênfase, entendemos que é fundamental visibilizar suas formas de opressão e seus efeitos para a vida das pessoas, como também, o processo de desinstitucionalização como uma experiência viva e singular que se configura como um caminho de retomada do sujeito, primando pelo direito à relação.

Passamos com isso então, a ter como problema de pesquisa a necessidade de entender como se materializam as repercussões da desinstitucionalização no cotidiano das pessoas

⁵ Grupo de pesquisa coordenado pelos professores Benedito Medrado e Jorge Lyra. Fundado em 1998 com sede na UFPE e cadastrado no CNPq, apresenta como objetivo desenvolver ações de ensino, pesquisa e extensão universitária com enfoque feminista sobre gênero e masculinidades.

marcadas pelos efeitos da institucionalização psiquiátrica. Assim nasce o objeto deste estudo, as repercussões da desinstitucionalização no cotidiano das pessoas em meio às marcas produzidas pela institucionalização.

Com o esquadramento das dimensões desta tese, tomamos como objetivo geral analisar as repercussões do processo de desinstitucionalização no cotidiano das pessoas e como objetivos específicos: identificar o curso de vida das pessoas antes e durante a internação psiquiátrica; visibilizar as repercussões do processo de desinstitucionalização no cotidiano das pessoas e compreender a produção de novas subjetividades em contextos de desinstitucionalização.

Em resposta às questões levantadas e ao objeto desenhado, dialogando com os referenciais teóricos do estudo em questão, partimos dos pressupostos de que os efeitos da institucionalização são aniquilantes no sentido de negar a existência singular das pessoas, destituindo-as de sua capacidade de ser e se colocar no mundo, reduzindo-as a alguém incapaz que demanda para sobreviver, do controle total de outro: da tutela.

Por outro lado, pressupomos que os processos da desinstitucionalização configuram-se como reconstitutivos, uma vez que suas repercussões materializam-se no oposto contrário: na tentativa de fazer emergir o que cada pessoa traz dentro de si, reconhecendo sua dimensão humana. Para isso, partimos também do pressuposto de que este processo só é possível a partir da articulação: curso de vida e cotidiano baseado na dimensão relacional de reciprocidade e pertencimento.

Falamos aqui da ampliação de possibilidades prioritariamente. Da mudança de um mundo recluso para um espaço que emerge situações cotidianas que demandam permanentemente ao sujeito se colocar: fazer um café, escolher uma roupa para vestir, desenvolver alguma atividade doméstica, resgatar vínculos perdidos com pessoas do passado, fazer compras, resolver conflitos, definir o que fazer no dia a dia... Viver a banalidade do cotidiano (SARACENO, 1999).

Uma vez que partimos da formulação de que a desinstitucionalização baseia-se em aumentar as possibilidades de convívio, no sentido de ofertar às pessoas recursos para andar com a própria vida, considerar o desenrolar da vida no cotidiano é fundamental para sistematizar as nuances desse processo. Para isso, ao abordar este tema, dialogamos com autores de diferentes correntes teóricas.

As estratégias adotadas no processo de desinstitucionalização são coletivas, mas, as trajetórias das pessoas são singulares. Neste sentido, optamos por traçar um caminho metodológico baseado no construcionismo social, enfocando a dimensão relacional como a plataforma para a compreensão da realidade e construção do conhecimento (SPINK e FREZZA, 2013).

De caráter qualitativo, este estudo foca na análise de narrativas, apontadas por Galindo *et al.* (2014) como construções de uma dimensão relacional entre e de interlocutores da pesquisa: de quem escreve e de quem lê.

A justificativa desta tese paira na importância política e científica que demarca o tema da desinstitucionalização no Brasil, uma vez que ainda se tem em curso uma disputa de projetos políticos e clínicos que expressam o jogo de forças existente na sociedade. Uma tensão quanto ao “*modus operandi*” de tratar as diferenças frente a um “modelo ideal” e normatizador que regula as formas de ser das pessoas e de se colocar na sociedade.

Nos últimos anos, dada a conjuntura política já explicitada, o modelo hospitalocêntrico é retomado pelo Governo Federal, indo de encontro a todas as referências construídas a partir de quatro (04) Conferências Nacionais de Saúde Mental. É preciso, portanto, produzir evidências deste processo e transformá-las em recursos para que se qualifique e progrida com as políticas públicas no campo da saúde mental.

Neste sentido, a tese em questão tem sua relevância no âmbito pessoal, profissional, político e científico. A importância pessoal e profissional se dá pelo nosso próprio envolvimento com o estudo, com questões e inquietações advindas de uma prática real, marcada por utopias, desejos, tensões e problematizações que, por si só, constituem-se como fonte potencial de um saber relativo e legitimado.

Do ponto de vista político e científico, vemos que a sistematização de conhecimentos acerca de processos de institucionalização e desinstitucionalização podem, em muito, contribuir para formulação de novas tecnologias no campo da saúde mental na dimensão da clínica e da política e numa perspectiva de transformação social.

Baseada em Sanchez (2015), ressaltamos que esta tese parte da proposição de que a diversidade de conhecimento e as múltiplas formas de construí-lo, em linha com a ação política, produz contribuições para processo de transformação social que vão além dos interesses da academia, ou seja, para outros segmentos da sociedade como, por exemplo, os movimentos sociais.

A partir do engendramento exposto nesta introdução, objetivando construir um raciocínio conceitual e consequentemente um arcabouço de sustentação teórica desta tese, apresentamos, no tópico intitulado **PROCESSOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**: repercussões na vida e expressões na política pública; os processos de institucionalização e desinstitucionalização e suas implicações no cotidiano, no exercício contratual e no que se refere a produção de subjetividades no diálogo com a reabilitação psicossocial; articulando a perspectiva interseccional com a saúde mental e enfocando o curso de vida.

Embora não tenhamos como objeto desta tese a análise de políticas públicas, dada a conjuntura brasileira atual e o contexto político que envolve o campo da saúde mental, introduzimos no marco teórico uma discussão acerca da proposição da desinstitucionalização na “Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas” no Brasil, em Pernambuco e em Recife. Focamos brevemente o seu percurso histórico e as amarrações jurídicas e assistenciais, assim como o contexto e tensionamentos presentes nas diferentes esferas governamentais.

Falar sobre desinstitucionalização na atualidade e não retratar sua expressão estética no âmbito da política pública e seus respectivos tensionamentos, caracterizaria omissão da nossa parte e fragilizaria toda construção da nossa perspectiva analítica acerca dos resultados. Assim, assumimos os riscos, em alguns momentos, de um possível desvio da linha de discussão e raciocínio com vinculação direta ao objeto desta tese.

Este trabalho científico também apresenta, no tópico **O TECIMENTO DO CAMINHO METODOLÓGICO**, a discussão metodológica do estudo no que se refere às referências teórica-metodológicas, ao delineamento da pesquisa, aos bastidores do percurso metodológico realizado, à caracterização do universo dos interlocutores, às implicações postas e ao processo do trabalho analítico dos resultados.

No tópico **AS EVIDÊNCIAS NA VIDA DO ENGENDRAMENTO DA EXISTÊNCIA**: dentro e fora dos muros institucionais, a discussão dos resultados reúne os achados e suas análises relativas ao curso de vida antes e durante a internação psiquiátrica de longa permanência, às repercussões da desinstitucionalização e à produção de subjetividades no âmbito da desinstitucionalização.

Por fim, são explanadas nas considerações finais, o balanço da tentativa de sistematizar melhor a incorporação do olhar interseccional às análises realizadas. Tais considerações trazem no seu bojo também as devidas problematizações e recomendações na perspectiva de abrir

espaços e indagações quanto às possibilidades de enfrentamento dos desafios relativos aos processos de desinstitucionalização.

Considerando a natureza do nosso objeto que tenta traduzir numa linguagem acadêmica dimensões subjetivas da experiência humana, optamos no discorrer da tese por entrelaçar variadas interlocuções para construção do caminho analítico. Realizamos diálogos com diferentes referenciais teóricos, nossa experiência profissional, poesia, letras de música e fotografia/fotopintura, na tentativa de proporcionar ao leitor múltiplas possibilidades de olhar, sentir, problematizar e pensar sobre os conteúdos expostos nesta tese.

Em relação às imagens específicas de fotografia/fotopintura, tratam-se de alguns extratos do livro *Casou no Papel* (2017) que retrata a obra coletiva dos retratistas Luiz Santos e Júlio Santos, com intervenção de Luiz Santos e do designer Leonardo Soares. Tal obra traz a experiência com fotografia dentro de um hospital psiquiátrico, incorporando imagens compostas de pele e de rasgos na tentativa de explorar, como bem refere Luiz Santos (2017:26), “pulsões e vazios”.

Nesta perspectiva, entendemos que as palavras não dão conta sozinhas de expressar as entrelinhas do nosso percurso. Encontramos nas expressões literárias e visuais, a possibilidade de instigar o ensaio científico proposto por esta tese.

Foto 1 – Páginas duplas do livro Casou no Papel de Luiz Santos



Fonte: (SANTOS, 2017, p. 72-73)

2 PROCESSOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: repercussões na vida e expressões na política pública

...Um homem em cuja boca,
enquanto ele dormia, entrou uma serpente.
A serpente chegou ao seu
estômago, onde se alojou e de onde passou a impor ao homem a sua
vontade, privando-o assim da liberdade.
O homem estava à mercê da
serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que
a serpente havia partido e que era livre de novo. Então se dá conta de
que não sabe o que fazer de sua liberdade: ‘no longo período de
domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a
submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus
desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a
capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir
autonomamente’.
‘Em vez de liberdade ele encontrava o vazio’,
porque ‘junto com a serpente saíra a sua essência, adquirida no
cativeiro’, e não lhe restava mais que reconquistar pouco a pouco o
antigo conteúdo humano de sua vida.”
(DAVYDOV, 1966, *apud* BASAGLIA, 1985, p. 132)

Na perspectiva da análise institucional, as institucionalidades se dão permanentemente através das relações que se estabelecem, e dos valores que se constroem dentro da nossa sociedade, numa dinâmica atravessada por diferentes níveis e instâncias do ponto de vista político, econômico e ideológico. Desta forma, é possível dizer que as instituições são mais do que uma determinada organização/estabelecimento, mas, normas que são construídas e produzidas em meio a um jogo relacional de quem as compõem (LOURAU, 2004).

Nesse movimento, entendemos que as instituições podem ser mais fechadas ou abertas num engendramento que vai definindo uma determinada moldagem da vida.

Ao falar deste movimento, nos remetemos automaticamente a ideia de subjetividades, não como algo dado, mas como construção processual. Uma produção associada “a uma multiplicidade de agenciamentos sociais, a uma multiplicidade de processos de produção máquina, a mutação de universos de valor e de universos históricos” (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p.32).

Falamos aqui de produção de subjetividades que se situa num campo de processos social e material, marcado por forças internas e externas que são engendradas num jogo de agenciamento dentro de uma configuração de referências e modos de práxis (GUATTARI e ROLNIK, 1996).

Rose (2001) trabalha com o conceito de agenciamento como

a localização e o estabelecimento de conexões entre rotinas, hábitos e técnicas no interior de domínios específicos de ação e valor: bibliotecas e escritórios domésticos, quartos de dormir e casas de banho, tribunais e salas de aula, consultórios e galerias de museu, mercados e lojas de departamento (ROSE, 2001, p.51)

Para aprofundar tais ideias, optamos por desenvolver neste capítulo uma discussão que toma como lentes os processos de institucionalização e desinstitucionalização. Nomeamos estes como movimentos permanentes que demarcam a existência das pessoas. Entretanto, para alguns seguimentos humanos, a partir da condição e do lugar que ocupam na organização social, sobre eles, a regulação desses processos é enfática. Para abordagem de tal formulação, partimos, para fins deste estudo, do paradigma proposto pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, tomando como foco a loucura e as pessoas com sofrimento psíquico.

2.1 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA E A “MORTIFICAÇÃO DO EU”

Inicialmente, consideramos importante partir da discussão acerca dos manicômios, de como estes desenvolvem o processo de institucionalização, mesmo entendendo que este não se restringe apenas a espaços fechados, além, se imprime como lógica que perpassa relações e instituições de diferentes naturezas.

A princípio, o olhar empregado para leitura dessa dinâmica, neste arcabouço, se pauta na teorização acerca das “instituições totais”, realizada por Goffman (1987), a partir do seu trabalho de campo (estudo etnográfico) no período de 1955 a 1956 no Hospital Psiquiátrico Santa Elizabeths, em Washington. O referido autor caracteriza estas instituições como representadas pela “barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico” (GOFFMAN, 1987, p.16).

Tal perspectiva indica uma concreta ruptura com as esferas da vida ligadas ao descanso, ao lazer e ao trabalho reduzindo a vivência a um só lugar (local de confinamento) e sob uma única autoridade.

As instituições totais podem ser de cinco naturezas diferentes, conforme aponta o autor supracitado (1987), a saber: 1) aquelas com características de abrigo para pessoas “incapazes e inofensivas” como os velhos, órfãos e indigentes; 2) aquelas com objetivo de manter as pessoas isoladas para proteger a comunidade, como as prisões; 3) aquelas que se voltam para desenvolvimento de determinadas tarefas sendo elas próprias principal fundamento

instrumental como os quartéis, escolas internas; 4) aquelas que se configuram como refúgio do mundo, como os locais de instrução religiosa (conventos, mosteiros...) 5) e por fim, aquelas criadas para cuidar de pessoas que são tidas como incapazes e ao mesmo tempo, como ameaça sem intencionalidade para a sociedade, como por exemplo, dentre outros, o hospital psiquiátrico, também nomeado aqui, para fins desta tese, como manicômio.

Este último tipo de estabelecimento é considerado por Goffman (1987) como um “híbrido social, parcialmente como comunidade residencial, parcialmente como organização formal [...] Estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu”(GOFFMAN, 1987, p.22).

A dinâmica destas instituições não permite viver a diversidade e a espontaneidade que requer a existência. A rotina é planejada, ordenada de forma vertical e homogeneia, imposta por uma relação hierarquizada entre quem detém o poder da decisão e quem é desprovido desse poder. O controle, a restrição de várias ordens e a vigilância são os principais dispositivos institucionais que caracterizam a fronteira entre “dirigentes e internos⁶”, fragilizando a mobilidade social nestes espaços.

Tal materialidade contribui para o debate central na saúde mental: a relação de tutela frente aos sujeitos da loucura. Ao se debruçar sobre os estudos de Goffman (1987), fica evidente de como o manicômio vai se organizando a partir de relações de poder, materializando-se como instrumento de violência, conforme denomina Basaglia (1985).

Nas instituições totais, os territórios do eu são violados. “A fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas” (GOFFMAN, 1987, p. 31).

Segundo Goffman (1987), nessas sucessivas violações, as pessoas são “contaminadas” por imposições de várias ordens: interpessoais, sexuais, alimentares. Uma forma de induzir ao esvaziamento de desejos e de realizar escolhas. Há uma quebra da privacidade, onde o indivíduo é incorporado como a própria instituição, portanto, pertencente à dimensão pública, desde o corpo, às informações pessoais do passado, a seus mais íntimos atos e, quiçá, pensamentos.

O autor citado (1987) vai elencar os efeitos produzidos pela institucionalização a partir do processo de “mortificação do eu”, onde a primeira mutilação se dá com a ruptura total do

⁶Para designar o “sujeito político” dessa tese, em respeito ao uso das terminologias utilizadas pelos diferentes autores trabalhados, é empregado, neste capítulo, uma variação de termos entre “indivíduo, interno, internado, paciente, doente e louco”.

indivíduo com seu mundo exterior. Considerando que exercemos diferentes papéis na sociedade, ao recluso, com interrupção da visita familiar e da saída do hospital, haverá o que o teórico chama de “despojamento do papel” – ruptura com os papéis anteriores à internação e o sentimento de perda do papel social, do tempo não utilizado para investimentos pessoais, de direitos não exercidos. É o que ele também aponta como “morte civil”, quando esta situação temporária passa a ser permanente.

Importante ressaltar que, segundo Goffman, “o eu não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas, reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam” (ibidem, p. 142). Com isso, podemos dizer, partindo da ideia de que o sujeito se constitui na dimensão relacional com o outro, que o isolamento tem o poder de unificar as pessoas naquilo que as determina dentro de um dado contexto e de desapropriá-las dessa capacidade de subjetivação.

Goffman (1987) aponta que as relações de poder e de controle, materializadas em aparatos coercitivos, vão processualmente destituindo as pessoas de sua subjetividade e que assim vai se dando a “mortificação do eu”.

O “descultramento e destreinamento” é apontado pelo referido autor (1987) como também uma das expressões dessa mortificação, por tornar as pessoas incapazes de lidar com as questões da vida diária. Todos os movimentos instalados dentro da instituição (“rebaixamento, degradações, humilhações e profanações do eu”) são no sentido de enquadrar o sujeito no mundo institucional, mediante uma permanente tensão entre o mundo doméstico do interno (as concepções de si) e o mundo da instituição que vai provocar a iniciação do indivíduo numa “carreira moral” com produção de mudanças nas crenças acerca de si e daqueles que os são significativos.

A “conformação e codificação” das pessoas através dos diagnósticos, uniformização da rotina e dos aspectos pessoais são outras expressões da “mortificação do eu”. Estas apresentam uma implicação direta na organização administrativa da gestão e moldagem do indivíduo (GOFFMAN, 1987). Tal prerrogativa também se articula às teorizações de Basaglia (1985), ao referir que o diagnóstico assume um valor social, uma espécie de rótulo, que justifica todo o processo de exclusão.

Goffman (1987) também sinaliza a “desfiguração pessoal” como reflexo da “mortificação do eu”, ou seja, a perda do “estojo de identidades”, daquilo que auxilia a manter o que é próprio das pessoas na sua apresentação: roupa, pentes, cosméticos, toalha, sabão,

cremes... Trata-se da subtração das pequenas posses e substituição por algo que é igual para todos. Não há espaço para escolhas e preferências. Essa desfiguração, refere o autor (1987), se estende ao corpo através de pancadas, eletrochoque, higienização e outros. É um permanente ataque à própria imagem no intuito de desconstruir uma concepção anterior de si.

Por fim, uma outra expressão do processo de “mortificação do eu” é a constante imposição de “deferência por parte dos internados”, tendo que diariamente assumir humildemente como natural o ato de pedir algumas coisas que fazem parte de necessidades essenciais e básicas – água, papel higiênico, cigarro, vinculadas sempre a autorização de alguém. Tal recorrente situação vai diminuindo o que Goffman (1987) chama de “economia da ação” e instituindo, a nosso ver, a relação de tutela, desprovido processualmente a pessoa de recursos que a possibilite de andar com pequenos gestos e atitudes na vida. Em instituições totais, essa deferência toma, de forma sutil e mutiladora do eu, uma formatação de “circuito”, num processo de agenciamento da instituição em relação às pessoas internadas.

Uma agência de que cria uma reposta defensiva do internado e que, depois, aceita essa resposta como alvo para seu ataque seguinte. O indivíduo descobre que sua resposta protetora diante de um ataque ao eu falha na situação: não pode defender-se de forma usual ao estabelecer uma distância entre a situação mortificante e o seu eu (GOFFMAN, 1987, p. 40).

As formulações acima discutidas refletem a histórica objetivação das pessoas que vivenciam a experiência da loucura, relegadas ao confinamento e a condição de doentes, seja pelo corpo ou psiquê.

De acordo com Basaglia (1985), uma vez que sob tutela de uma equipe técnica e confinadas a uma instituição marcada pela “impenetrabilidade” de qualquer abordagem terapêutica, no sentido de cumprir rigorosamente o seu mandato social, há uma completa ausência da relação de reciprocidade entre os atores institucionais. Este processo produz opressão e violência e configura a exclusão. Basaglia (1985) aponta tal dinâmica como a base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade, em nome sempre de um mandato social de educar, acolher, reabilitar e outros. De forma sutil, encapsulada numa justificativa técnica-científica, a sociedade vai autorizar os profissionais a funcionar com a tarefa “terapêutica-orientadora” de:

adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de ‘objetos de violência’, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas (BASAGLIA 1985, p.102).

Nesta perspectiva, o autor supracitado aponta que o problema não é a doença, mas, “a carência de valor contratual de um doente, que não tem outra alternativa de oposição exceto um comportamento anormal”(BASAGLIA, 1985, p.107).

A objetivação não é a condição objetiva do doente, mas, se localiza no interior da relação entre doente e terapeuta, no interior, portanto, da relação entre doente e a sociedade que delega ao médico sua cura e tutela (BASAGLIA, 1985, p.109).

Trata-se de uma objetivação nas normas institucionais, levando o interno a se identificar com elas, sendo ele mesmo e a instituição apenas um ou não sendo ele mesmo “ninguém”. É a construção do lugar de “não humano”, considerando que o “doente” não tem muita margem de movimentos, dado que sempre suas respostas se limitarão ao circuito da doença, sem nenhum tipo de valorização. As pessoas vão se constituindo como corpos “coisificados” que podem ser levados, deslocados (BASAGLIA, 1985).

Kinoshita (2016) vai acentuar que a negação da condição primária de “ser humano”, destinada aos loucos, agrava os efeitos da instituição total, se comparada a qualquer outra situação, como por exemplo: a de um prisioneiro a quem pode se atribuir a condição de culpado.

O paciente sofre uma desapropriação concreta do corpo [...]. Destitui-se da linguagem e da titularidade do corpo [...]. A instituição deslegitima o paciente como participante do espaço da linguagem, isto é, recusa qualquer conversação (como entrelaçamento do linguajar e do emocionar) e age sobre o corpo do paciente como corpo inerte (KINOSHITA, 2016, p. 208).

Trata-se de uma restrição significativa de espaços e conseqüentemente da impossibilidade da interlocução com outro e consigo mesmo. Expressa-se aqui a completa desqualificação e não reconhecimento do status de sujeito, na condição de agente da linguagem, para aqueles que carregam o rótulo de “doente mental”.

Desta forma, estas pessoas apresentam, como denomina Goffman (1987), uma “carreira de doente mental” – “carreira moral”.

A carreira moral de uma pessoa de determinada categoria social inclui uma sequência padronizada de mudanças em sua maneira de conhecer os eus – entre os quais se coloca, de maneira importante, o seu próprio (GOFFMAN, 1987, p. 142).

Esta carreira, ainda segundo o autor, compreende três fases: 1) “pré-paciente”, que inicia antes da internação – seu eu anterior; 2) internamento, que ocorre durante o processo de mortificação do eu; 3) e, por fim, “ex-doente”, que é a fase do processo após alta hospitalar.

Compreendemos que entre estas fases, circunstâncias, ambientes e agentes determinam num jogo interacional, em cruzamento com as diferentes histórias de vida, a intensidade dos efeitos da institucionalização.

Tomamos a institucionalização como

o complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida como aquela no hospital psiquiátrico, quando a instituição baseia-se em princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, dos quais as regras que o doente deve submeter-se incondicionalmente são expressão, determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (BASAGLIA, 1981 *apud* NICÁCIO, 2003, p. 108).

Neste sentido, elegemos como fundamental desencadear uma reflexão acerca da cronicidade como produto da institucionalização. Delgado, (1992) sobre este assunto, questiona se as características comportamentais de uma pessoa são oriundas da doença ou da vida asilar. Para compreender tal questionamento, podemos tratar do conceito de “neurose institucional” desenvolvido por Barton (1959), onde os sintomas tidos como patológicos (apatia, agressividade...) são tomados como efeitos dos mecanismos institucionais manicomial

Kinoshita (2016) ao tratar do tema da cronicidade, levantando múltiplas perspectivas em diferentes tempos históricos, chega à conclusão de que não há uma resposta satisfatória, e que se faz necessário novas ferramentas conceituais e abordagens para tratar esse fenômeno que considera “emergente”. Entretanto, na sua teorização, vai levar o leitor a entender que a cronificação está diretamente associada a processos de institucionalização. Para isso, resgata a Declaração de Caracas (1990)⁷, apontando que esta

tem como principal terreno comum o reconhecimento das condições desumanas em que se encontra a maioria dos pacientes psiquiátricos nos manicômios e a sua correlação com a cronicidade, que não pode ser atribuída às características individuais dos pacientes, nem as suas diversas patologias, uma vez que as diferenças entre as síndromes tornam-se indistinguíveis (KINOSHITA, 2016, p. 98).

Basaglia (1985) ao criticar a psiquiatria e a instituição psiquiátrica a partir de sua experiência em Gorizia e Trieste na Itália, vai localizar, como já dito anteriormente, a questão “no tipo de relação objetual estabelecida com o doente”. Então, traz para o centro da discussão as relações assimétricas de poder que impossibilitam a reciprocidade, portanto, um encontro real entre o “paciente e o médico”. Tratamos aqui do que o autor chama de “poder institucional” – “terapêutico”, “técnico”, do qual a psiquiatria⁸ se reveste no interior do asilo (BASAGLIA, 1985).

⁷Documento produzido pelas “organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde”, em Caracas na Venezuela em 14 de novembro de 1990 (CARACAS, 1990).

⁸ Agregamos à psiquiatria, outros saberes técnicos que na objetivação do louco, constroem e organizam também suas práticas. Tomamos a psiquiatria como ciência e um conjunto de aparatos com as quais várias disciplinas fazem interlocução.

Tal prerrogativa coloca a necessidade de negar esta velha instituição e inventar uma nova, ou seja, colocar em questão as instituições “manicômio e loucura”, negando

o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto periculosidade (ROTELLI, 2001, p. 90).

Vale a pena refletirmos um pouco mais sobre a categoria “poder” que atravessa as relações, expressando diferentes formas disciplinares e de controle, conforme mostra Michel Foucault (1978) ao tratar da história da loucura. A emergência do manicômio nasceu da necessidade de objetivação da loucura por parte da medicina, tomando o isolamento como central para indução de uma permanente reafirmação das pessoas com os esquemas institucionais que a afirmavam dentro de uma determinada posição: de desviante, perigoso e incapaz.

Foucault (2011), em sua obra “Vigiar e Punir”, ao tratar dos recursos para o bom adestramento, suscita reflexões acerca do “poder disciplinar”, referindo que “a disciplina ‘fabrica’ indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício” (FOUCAULT, 2011, p. 164). O autor ainda complementa que este poder se dá de forma permanente, na perspectiva de uma “economia calculada” (FOUCAULT, 2011).

Partimos do detalhamento do manicômio propriamente dito e de seus mecanismos de operação à luz da teorização sobre instituições totais desenvolvida por Goffman (1987) para evidenciar como se constrói o processo de “mortificação do eu”, ou seja, como a dessubjetivação ocorre. Desta forma, indo além, compreendemos que mais relevante do que os efeitos do poder, é pensar sobre como e o que ele produz a partir das relações que se estabelecem. No caso do nosso estudo, coloca-se em jogo a norma institucional, social e, consequentemente neste jogo relacional, a dualidade “normalidade” e “anormalidade”.

Foucault (2011) afirma que os pilares do processo disciplinar pairam na ‘vigilância’ em suas várias facetas, na condição de operador econômico e na ‘sansão normativa’, cujos instrumentos é a ênfase na individualização e na penalidade como formas de desenvolver o “poder da norma”. Importante destacar que para o referido autor, o normal “[...] estabelece-se no esforço para organizar um corpo médico e um quadro hospitalar da nação capazes de fazer funcionar normas gerais de saúde...” (FOUCAULT, 2011, p. 176).

Ainda, graus de normalidade estariam associados a sinais de filiação a um corpo social homogêneo, mas que têm em si mesmos “um papel de classificação, de hierarquização e de

distribuição de lugares” (FOUCAULT, 2011, p.177). É como se o poder da norma, ao mesmo tempo que leva à homogeneidade, também, à individualização, no que se refere ao destaque dos desvios, manifestasse “a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam” (FOUCAULT, 2011, p. 177).

“O indivíduo é sem dúvida o átomo fictício de uma representação ‘ideológica’ da sociedade; mas, é também uma realidade fabricada por essa tecnologia específica de poder que se chama a ‘disciplina’... Na verdade o poder produz, ele produz realidade; produz campos de objetos e rituais da verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção” (FOUCAULT, 2011, p. 185).

As reflexões acima nos apontam a necessidade de pensar o manicômio de forma mais complexa, como uma engrenagem que produz um processo de institucionalização que não é apenas próprio de um lugar, mas, como dito anteriormente, se imprime como lógica. Neste sentido, faz-se necessário operar de forma a desmontar essa engrenagem.

Esta desmontagem não passa pela simples oposição aos termos imprimidos pela norma, mas, pela possibilidade de transformação permanente destes. “Fica evidente assim que o oposto da coerção não é a permissividade absoluta dos loucos (e nem dos sãos), mas sim a interdependência, a possibilidade de vivenciar e interferir nas normas” (BESSONI *et al*, 2019, p. 44).

Nesta perspectiva, Basaglia (1985) ao analisar o poder e o necessário desmonte do aparato manicomial, tratando dos atores institucionais detentores do poder, indica que o caminho para transformação das relações e dos lugares que as pessoas ocupam, passa por uma atuação direta do “psiquiatra”⁹: de ser “concessionário do poder e da violência” ou de negar a ambiguidade de curar e excluir.

É necessário negar, para retomar o contato com “a existência sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”, numa incessante busca de romper com a inscrição das dificuldades, do sofrimento, do desequilíbrio das condições de vida no mundo patológico e passar a operar no mundo social, colocando entre parênteses a doença e focando no sujeito (BASAGLIA, 1985).

Tal perspectiva expressa o que pode ser considerado como o processo de desinstitucionalização que tem, por sua vez, como problema central, a emancipação no sentido da reprodução social das pessoas por meio do processo de “singularização ou ressingularização”, com a criação de novas possibilidades (ROTELLI, 2001).

⁹ Associamos “psiquiatra” a qualquer profissional que imbuído do poder de tratar dentro da instituição, exerce tal ofício, mesmo considerando a hierarquização existente entre as categorias profissionais.

2.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PROCESSO

Na perspectiva dos autores de base basagliana, a possibilidade de desmontagem da dinâmica institucional do manicômio só é possível através de um inacabado processo de desinstitucionalização. Compreende-se que, mesmo sendo liberadas do hospital psiquiátrico, o futuro das pessoas com história de institucionalização é ainda a instituição (DE LEONARDIS *et al*, 2001).

Existe ainda necessidade de uma instituição para prosseguir a desinstitucionalização, de um poder/saber para desmontar os poderes e os saberes do território; do próprio papel profissional para desmascarar a normatividade codificante das especializações e sua cumplicidade na reprodução da miséria e na ampliação da lógica do suspeito (DE LEONARDIS *et al*, 2001, p. 82).

Neste sentido, entendemos ser fundamental situar que a desinstitucionalização parte do reconhecimento das pessoas e valorização dos intercâmbios, colocando-se no oposto movimento do processo de exclusão social. Com ela constitui-se uma nova natureza institucional, uma vez que se desenvolve a partir da construção de cotidianidade e contratualidade. Assim, se complexifica o sofrimento psíquico, possibilitando a produção de subjetividades.

2.2.1 A desinsinstitucionalização x exclusão social: construção da cotidianidade e da contratualidade

Venturini (2016) ao tratar do desafio da desinstitucionalização, em relação à mudança radical do paradigma da psiquiatria, vai apontar que não se trata apenas da superação da estrutura física do manicômio e nem de sua organização.

O processo parte da denúncia da violência manicomial para evidenciar a existência de uma série de instituições, normas e procedimentos que se referem à sanidade, ao direito, à educação, à assistência social e às práticas de cidadania capturadas e consolidadas pela existência do manicômio (VENTURINI, 2016, p. 15).

Podemos falar de dois desafios: a superação da loucura como doença e periculosidade e a transformação da relação das instituições com as pessoas tidas como loucas - da relação de tutela para de contrato.

Nicácio (2003), baseada em De Leonardis (1987), referindo-se ao problema da loucura como doença e periculosidade, aponta que a desinstitucionalização requer

desmontar as respostas científica e institucional, romper a relação mecânica causa-efeito na análise de constituição da loucura, para desconstruir o problema,

recompondo-o, re-contextualizando-o, re-complexificando-o (NICÁCIO, 2003, p. 93).

De Leonardis *et al* (2001), baseados em Gallio (1982), ao explicar que o confinamento dos manicômios se dão por falta de alternativas de moradia, recursos financeiros, apoio no âmbito social, apontam:

A superação da relação de tutela institucional impõe reconhecer no doente um sujeito portador de necessidades e de direitos que são o conteúdo material da sua reconquistada personalidade jurídica: dentro e além dela, é necessário restituir-lhe a vida. É necessário abandonar “a casa declarada inabitável” e ao mesmo tempo reconstruir-lhe os fragmentos fora, com grupos de permanência diária, apartamentos, intervenções domiciliares, cooperativas etc. e outras tantas peças de uma aceleração posterior de projeção dirigida ao exterior (DE LEONARDIS *et al*, 2001, p. 72).

Desta forma, a desinstitucionalização produz repercussões para o trabalho terapêutico no sentido de pautar este na “reconstrução das pessoas como atores sociais”. “Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana” (ROTELLI, 2001, p. 94). Eis a invenção de uma nova instituição.

Venturini (2016) ao problematizar a polissemia do conceito de desinstitucionalização e as frequentes distorções que restringem sua conceituação e lógica, chama a atenção de que a desinstitucionalização tem como crítica central a institucionalização, não a instituição. Retrata que o tempo (subjetivo e objetivo) e o espaço (de moradia e de tratamento – o território vivido) se configuram como elementos essenciais para reconstrução das subjetividades. Ainda é enfatizado que o modelo de desospitalização é um e o da desinstitucionalização é outro, e que ambos devem se complementar, embora nem sempre isso aconteça. Situa a desospitalização como

a humanização do hospital, a redução do número de internos nos hospitais; o encaminhamento para institutos ou para as famílias; a ausência de intervenções nos níveis de regressão institucional dos pacientes e do pessoal (VENTURINI, 2016, p. 72).

Para melhor retratar as possibilidades da desinstitucionalização, Venturini (2016) propõe uma formatação estética compreendida a partir de três níveis com consequente produção de efeitos para os sujeitos e seus contextos:

1) A habilitação psicossocial – remete à celeridade das altas, intervenções significativas em relação aos aspectos de “regressão dos pacientes”, mas, sem ação sobre os mecanismos excludentes da sociedade. Como efeitos, são apontados a habilitação fora do hospital e a ativação de configurações de autoajuda e, no nosso entender, de ajuda mútua.

2) A inclusão social – ação sobre as instituições sanitárias, modificando o circuito psiquiátrico. O autor (2016) destaca como efeitos desse nível: o cuidado longitudinal e

territorial, a integração dos serviços da rede sanitária e construção de uma rede de apoio, a ativação de recursos sanitários e sociais, reconversão de financiamento, construção de competências no campo psicossocial, mudança da lógica assistencial com incorporação ativa dos vários atores e valorização da dimensão do trabalho.

Põe em movimento normas que sustentam, reconhecem e buscam os direitos políticos e jurídicos; incidem sobre tratamentos, a obrigação dos cuidados, os locais de internação, os direitos dos usuários, o trabalho, as intervenções sociais (VENTURINI, 2016, p. 73).

3) A promoção de valores sociais – ação sobre a saúde mental da comunidade, modificando o estigma¹⁰ e as representações mentais da doença. Implica na ativação de “práticas habilitadoras e preventivas” voltadas para o indivíduo e contexto social:

[...] os direitos sociais, como terreno concreto das práticas de emancipação (acesso à instrução, direito à moradia, à escola, ao trabalho, a uma renda adequada, à sexualidade livre, à livre expressão, à promoção individual, à qualidade de vida); a disponibilidade efetiva de recursos a serem obtidos (casa, trabalho, salário, lugares de formação efetiva, relações sociais possíveis) e direito de acessá-los; a possibilidade de acesso a diversos valores (autonomia pessoal, instrução, formação profissional, capacidade social, exercício de poder, capacidade de exprimir, de modo compreensível, os próprios pontos de vista); o desenvolvimento dos intercâmbios (interpessoais e sociais) e da cooperação (versus empresa social) (VENTURINI, 2016, p. 74).

Partindo de tais formulações, pressupomos que o êxito dos cuidados em saúde mental e a garantia de direitos possibilitam a construção de novos lugares e posicionamentos das pessoas na vida social.

Saraceno (1999), ao retratar a experiência de reforma psiquiátrica da Itália, remete que a teoria e práxis da desinstitucionalização consiste em colocar o sujeito “na condição de exercitar o direito à relação” (SARACENO, 1999, p. 112). Para isso, o autor define

A criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas como o tecido de uma ‘rede de negociação’, ou seja, as redes de negociação na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos fracos de uma sociedade; poder-se-ia dizer, de outra forma, que o mercado (ou seja, o lugar físico e social da troca das mercadorias) precede e determina em uma comunidade a possibilidade das relações entre seus membros (SARACENO, 1999, p. 112).

Portanto, é fundamental considerar o contexto do “paciente” e dos serviços que se propõem a desenvolver o processo de habilitação no sentido de enfatizar os recursos não institucionais, comunicantes e intercambiáveis na dimensão relacional. O que pressupõe

¹⁰ Estigma aqui está associado ao “etiquetamento” produzido pelo diagnóstico. Para Saraceno (1999, p. 85), baseado em Brown (1990), o diagnóstico indica uma função ideológica como “produto da cultura hegemônica dos psiquiatras e como instrumento de controle social”. Goffman (1991, p. 117) refere que o estigma envolve indivíduos que podem ser estigmatizados e/ou normais. “O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro.”

flexibilidade e diversificação: a comunidade, seja ela como família ou como instituições formais ou informais que compõem os contextos (SARACENO, 1999).

Saraceno (1999) traz nessa prerrogativa a ideia de que “gente” é recurso e que os conflitos advindos dos vários interesses (pacientes, família, comunidade e serviços de saúde) também são recursos. Para o autor, a desinstitucionalização implica também liberação e escuta do conflito. Diferentemente do processo de institucionalização que silencia os conflitos ao produzir a tutela das pessoas; no processo de desinstitucionalização pretende-se fazer o “governo” dos conflitos (SARACENO, 1999).

Desta forma, coloca-se como questão central no processo de desinstitucionalização “o aumento de capacidade contratual” a partir da vivência de espaços sociais de troca, contidos no cenário da vida: morar (habitat), troca de identidades, produção e troca de mercadoria e valores (SARACENO, 1999).

Vale ressaltar que esta concepção é trabalhada por Saraceno (1996) como “reabilitação psicossocial”. Entretanto, Venturini (2016), mesmo dialogando com suas ideias, vem propondo a substituição dessa terminologia por “habilitação psicossocial”. Considera que este processo deve ser trabalhado na perspectiva temporal do presente sem desconsiderar o passado e desenvolver as potencialidades, “alargando as possibilidades de identidade positiva dos sujeitos” (VENTURINI, 2016, p. 166).

Saraceno (1999) chama a atenção que um dos eixos principais do processo de reabilitação psicossocial é a “casa e o habitar”, considerando a casa concreta como uma conquista (o espaço), mas, principalmente a propriedade sobre o espaço.

O autor (1999) refere que é preciso superar o simplesmente “estar no lugar” para habitar:

O habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de ‘propriedade’ (mas, não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão efetiva com os outros (SARACENO, 1999, p.114).

Saraceno (1999) imprime nas suas ideias a noção de cotidianidade, associando-a à “banalidade de viver” no que se refere às dimensões da troca de afeto e mercadorias a partir do dormir, amar, caminhar, falar e trabalhar.

Para cada uma dessas banalidades, existe um lugar e um tempo, existem regras, não normas, ao contrário, os espaços (e os tempos) do hospital negando a banalidade do viver, negam os lugares e os tempos; afirmam as normas e deseducam com relação às regras (SARACENO, 1999, p.117).

De Leonardis *et al* (2001), ao citar Blanchot (1977), enfatizam a importância dessa banalidade do viver, associando-a a espontaneidade da existência, demarcando o cotidiano

como aquele cansativo (estagnante) e ao mesmo tempo, como aquele inexaurível, incompleto e que sempre escapa às formas e às estruturas.

Spink (2014), ao discutir o cotidiano como foco de pesquisa, resgata Michel Certeau (1996), cuja ideia sobre cotidiano está vinculada a tudo que nos cabe a cada dia, ou seja, a vida experienciada nas ruas, nas instituições e nos cenários familiares.

Spink P. K. (2008), debatendo a atuação do pesquisador participante no cotidiano, refere que na cotidianidade são produzidos e negociados os sentidos. O autor (2008, p. 70) retrata o cotidiano como um “fluxo de fragmentos corriqueiros e de acontecimentos em micro-lugares”, sendo estes últimos nós mesmos e uma construção coletiva permanente que realizamos.

Segundo Heller (2000) “a vida cotidiana é a vida de todo homem” (HELLER, 2000, p. 17). É heterogênea quanto ao conteúdo e significação das nossas atividades e se constitui organicamente através da organização “do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação” (HELLER, 2000, p. 18). A autora defende que o homem já nasce inserido na sua cotidianidade e que seu amadurecimento significa aquisição de habilidades essenciais para a vida cotidiana da sociedade. “É adulto quem é capaz de viver por si mesmo a sua cotidianidade” (HELLER, 2000, p. 18). Esse amadurecimento para a cotidianidade começa pela vivência nos grupos primários (família, escola, comunidades) e são esses grupos que vão estabelecendo uma mediação entre “o indivíduo e os costumes, as normas e a ética de outras integrações maiores” (HELLER, 2000, p. 19).

A questão que emerge é: como pessoas que foram privadas de vivenciar as experiências de intercâmbio, por causa do processo de institucionalização que sofreram, podem retomar essa cotidianidade, considerando que o confinamento pautado na massificação as destituíram de possibilidades?

Partindo da ideia de que o processo de amadurecimento necessário para conduzir a própria vida foi fragilizado, caberá no processo de desinstitucionalização reforçar a dimensão coletiva e relacional como a possibilidade de construir esta cotidianidade perdida.

Retomamos então a questão do habitar como um dos elementos essenciais para a constituição da cotidianidade e conseqüente construção da contratualidade. Nosso ponto de partida, como já anunciado, é a desinstitucionalização, no sentido de tê-la também como processo de subjetivação dos espaços, com produção de construção de novas simbolizações e racionalidades que perpassam pelo direito ao seu uso.

Venturini (2010), ao problematizar sobre o morar, realiza alguns questionamentos, pressupondo que podem ajudar a avaliar este processo: “Quem é que decide e o quê? Há espaços fechados? Por que e por quem? Quais são as possibilidades de autoregularização dos espaços? Quem tem as chaves? Quem atende o telefone? Quem é o dono da casa?” (VENTURINI, 2010, p. 475).

Do percurso do hospital psiquiátrico ao contexto social, a casa deve se constituir como direito e como um lugar marcado por ações que produzam vida, ou seja, condições de ampliar e enriquecer o espaço com pessoas e com o jogo relacional estabelecido nesse processo de construção do espaço vivido (SARACENO, 1999).

Saraceno, ao trabalhar a concepção de “habitat”, refere que este se propõe “a operar para a mudança sobre o plano individual (da desestruturação em direção à identidade), sobre o plano familiar (da expulsão em direção à aceitação), sobre o plano social (da marginalização rumo à inserção)” (SARACENO, 1999, p. 120).

Outro cenário da vida apontado por Saraceno (1999) como importante para o “aumento de capacidade contratual” diz respeito a troca de identidades, associada por ele à rede social, seja ela relativa a família ou a grupo social ampliado. O autor (1999) parte do pressuposto que a desabilitação passa também pelo empobrecimento quantitativo e qualitativo da rede social.

No que se refere à família, Saraceno (1999) destaca que os familiares tendem a referir sobre dificuldades de interação com os “pacientes esquizofrênicos” e sobre os efeitos da convivência nas suas vidas e a fragilidade de suporte. Chama a atenção que uma intervenção junto a familiares possibilita a orientação e diminuição da solicitação de expulsão do “familiar adoecido”, com repercussões para o próprio paciente, mas, para o processo de reabilitação psicossocial.

Os objetivos da intervenção familiar deveriam ser os seguintes: reduzir os riscos de recaída pra os pacientes psicóticos (esquizofrênicos), melhorar a qualidade de vida dos familiares e do paciente, ensinar habilidades de manejo e minimização dos sintomas e da desabilitação (THORNICROFT, 1992 *apud* SARACENO, 1999,p. 125).

Quanto às redes sociais ampliadas, Venturini (2010) refere que na comunidade existem redes sociais formais e informais como as organizações políticas, comunitárias, religiosas e artísticas de um determinado território que imprimem diferentes possibilidades de trocas, relações e realizações.

O referido autor (2010) trabalha com a ideia de “coesão social”, como um bem mutável e em permanente construção que traz na sua base os sentimentos de confiança e solidariedade como norteadores das relações.

Sob esta ótica, podemos apontar os serviços assistenciais e reabilitativos de saúde mental também com esta função de mediar esse cotidiano. De Leonardis *et al* (2001) discutindo sobre o centro territorial na experiência italiana, apontam o mesmo como:

“produtor de sociabilidade no qual com prazer cotidianamente se elabora, se recompõe e se defende a identidade das pessoas... Torna-se um microcosmo de elaboração de linguagens, de uma memória individual e coletiva, de projeto, emoções e afetos: microcosmo de sociabilidade, portanto, em sua dimensão simbólica e cultural (DE LEONARDIS *et al*, 2001, p. 84).

Mesmo considerando o sistema contemporâneo como contraditório, as normatividades institucionais vigentes, a ênfase no percurso individual, as políticas neoliberais e a deterioração social, Venturini (2010) entende que a rede social é essencial para ultrapassar acontecimentos difíceis na vida.

Como apontou De Leonardis *et al*: “redes em declínio, mas, redes” (2001, p. 83), referindo-se aos centros de saúde no território de Barcola.

Mângia e Muramoto, baseadas em Castel e Souza (2000), referem que estas redes

se configuram no contexto de espaços complexos de interações que podem oferecer apoio em momentos críticos e suportes significativos para a produção e reprodução da vida social, protegendo assim, os grupos vulneráveis contra os riscos dos processos de desfiliação (MANGIA; MURAMOTO, 2007 p. 57).

Scarcelli (2011) refere que Castel (1997), ao problematizar o conceito de exclusão e sua complexidade, privilegia o uso da expressão “desfiliação ou desvinculação” associando a ruptura de pertencimento, de vínculo societário, à existência de dois eixos de integração social: o mundo do trabalho e o mundo sócio familiar.

Venturini (2010), ao tratar das dificuldades da convivência com as redes sociais, coloca que “isolar-se dos próprios mundos vitais acompanha-se quase sempre da exclusão” (VENTURINI, 2010, p. 472).

Scarcelli, ao explorar o tema da exclusão a partir de diferentes perspectivas, cita Martins (1997) que trata a questão a partir do pressuposto de que “a sociedade capitalista desenraiza, exclui, para incluir, incluir de outro modo, segundo suas próprias regras, segundo sua própria lógica. O problema está justamente nessa inclusão” (SCARCELLI, 2011, p. 38) – “inclusão precária e marginal”.

Segundo a autora, continuando com o mesmo raciocínio, Martins (1997) vai conceber a existência de “duas humanidades”: as “integradas no sistema de relações econômicas, sociais e políticas” e outra incorporada através do “trabalho precário”, baseadas em “insuficiências e privações” produzidas pela dimensão econômica (SCARCELLI, 2011, p. 40).

Fazendo referência a uma pesquisa realizada por cinquenta pesquisadores, publicada em 1996, a autora supracitada chama a atenção para três orientações teóricas sobre o tema: “exclusão como algo que se processa na história de vida pessoal e profissional: trajetória da infância à adolescência e vida adulta”(SCARCELLI, 2011, p. 36). - socialização; processo de exclusão marcado pela interiorização de “aspectos negativos” – “conceitos de estigmatização e discriminação racial”; exclusão configurada em territórios específicos.

Arenari e Dutra (2016) ao tratar da construção social da “condição de pessoa”, relativa às pessoas que apresentam uso problemático de crack, defendem a desnaturalização da “condição identitária que marca os estados de exclusão”. Levanta com base nos estudos sociológicos, a preocupação de como

a questão da construção social da identidade pessoal, ou seja, a questão de como atributos, capacidades, incapacidades, estigmas são socialmente atribuídos e incorporados pelos indivíduos em seus percursos biográficos em diferentes esferas, organizações e relações sociais (ARENARI e DUTRA, 2016, p. 191).

Nessa perspectiva, entendemos ser possível aplicar tal afirmativa às pessoas com transtornos mentais. Tal discussão impõe pensar a necessária transformação das relações, mas também das identidades.

Baseados em Luhmann (1995), Arenari e Dutra (2016) associam a noção de pessoa ao acoplamento estrutural e dinâmico entre sistemas psíquico e sociais, explicando as possibilidades de comportamento à luz das expectativas projetadas advindas do outro ou de si mesmo. Apontam que as instituições marcam o desenvolvimento “das pessoas” através das dimensões “social, cognitiva e afetiva”.

Os referidos autores, ao tratar da condição das pessoas que fazem uso problemático de crack, referem que o agravamento de tal situação resulta “de um longo processo de desfiliação social, em virtude do acesso precário as instituições formadoras da ‘pessoa’, com destaque para a família”(ARENI e DUTRA, 2016, p. 206).

Recorrendo a estudos representativos, os autores (2016), apontam que estas pessoas apresentam trajetórias de fragilidades ou rompimento de vínculos com esferas sociais decisivas para o valor social global dos indivíduos, expressados através da “desagregação das relações de

reciprocidade e afeto na esfera da família, desistência escolar, inserção precária no mercado de trabalho” (ARENARI E DUTRA, 2016, p.192).

Entendemos ser possível fazer um paralelo dessas ideias com a condição das pessoas com transtornos mentais marcadas pelo processo de institucionalização. Embora a problemática se configure dentro da sociedade com perspectivas diferentes, de fundo, traz no seu bojo, a condição desviante das pessoas, um processo de estigmatização e de sucessivas exclusões que se estendem ao longo da vida destas e se norteiam por valores sociais globais.

... a reprodução dessa condição de vida marcada pela negação do status de pessoa de valor e pela acumulação de exclusões em diferentes âmbitos da vida social passa pela reprodução intergeracional de ambientes de socialização primária precários, sem os recursos sociais necessários para estabilizar relações baseados da *philia* e no investimento incondicional no outro, os quais vão novamente produzir indivíduos destituídos de disposições e recursos indispensáveis para participar como pessoa no conjunto da vida social (ARENARI E DUTRA, 2016, p.193).

Sobre valor social, Saraceno (1999) trata como terceiro cenário da reabilitação psicossocial paralelamente ao habitar e as trocas de identidades, a produção e troca de mercadorias e valores. Para o autor, a desinstitucionalização

é a prática de desarticulação e de análise dos mecanismos sociais, políticos, psicológicos que ‘ligam’, ou melhor, ‘separam’ a história do indivíduo dos âmbitos em que ela é obrigada a declinar em nome da manutenção desses mesmos âmbitos (SARACENO, 1999, p. 133).

Referindo Rotelli (1990), Saraceno (1999) vai trabalhar conceitualmente com a dupla: “desinstitucionalizar – reabilitar o contexto”, apontando a necessidade de restituição da subjetividade das pessoas na relação que estabelece com a instituição (falamos aqui da “instituição inventada”, já discutida anteriormente), ou seja, recuperação da capacidade contratual com a construção de recursos para trocas sociais. Tal perspectiva é explicada pelo autor (1999) como o exercício de cidadania.

Neste sentido, o “trabalho” passa a ter um lugar neste processo de “desinstitucionalizar e reabilitar o contexto”, considerando que este é carregado por um valor social importante na nossa sociedade. Fala-se aqui do “trabalho e lucro” como ponto de partida e não de chegada, como base concreta de comunicação, de solidariedade que permitem o estabelecimento de práticas de negociação e trocas (SARACENO, 1999).

De Leonardis (2001) pondera que para sobreviver ao sistema de bem estar social, as contradições dos direitos universais que terminam por desvelar as diferenças entre quem é produtor e quem não é, produzir é necessário. Neste sentido, para além do seu valor social, o dinheiro entra nesse processo como recurso.

Saraceno (1999) critica a lógica de trabalho impressa dentro dos manicômios (da desqualificação da mão de obra e como mecanismo da prática asilar de desvalorização) e no próprio mercado formal de trabalho (que prima pela produtividade com regras rígidas que não dialogam com as singularidades). Com isso, vai desenvolver considerações em torno do trabalho protegido e solidário (via empresas sociais e cooperativas respectivamente), apontando sua “baixa rentabilidade econômica”, mas, “alta rentabilidade reabilitativa”, como uma proposta viável e mais coerente com a perspectiva reabilitativa e da desinstitucionalização.

Ao contrário, em situações de produção e mercado mais protegidos (isto é, sustentados economicamente na passividade) o paciente será, antes de tudo, menos selecionado e sobretudo será colocado em condição de produzir trabalho mais coerente e significativo por si mesmo. Paradoxalmente, a situação de proteção do mercado torna o trabalho protegido mais ‘verdadeiro’ ou dotado de mais sentido para quem o executa, com consequências positivas para os níveis de autoestima, ainda que sejam muito conhecidos os riscos de assistencialismo derivados da inércia dos cenários de mercado protegido (SARACENO, 1999, p.136).

O autor ainda defende que “para ser protagonistas das próprias escolhas, é essencial poder mover-se em cenários de vida reais, onde se trabalha e se ganha, se troca e se consome” (SARACENO, 1999, p. 141).

Pensando sobre a materialidade de tais ideias, especialmente no que se refere a “reabilitar o contexto” e a potência das trocas, recorremos novamente a Arenari e Dutra (2016) ao discutir o papel das instituições na modelagem social da constituição das pessoas. Estas apontam o papel importante das instituições e sua importância como mediadoras para construção de trajetórias na perspectiva de futuro (como “projetoras e delineadoras”). Em uma avaliação dos programas “De Braços Abertos” e “Cristolândia” desenvolvidos numa das maiores cenas brasileiras de uso de crack, em São Paulo/SP, ao explicar o processo dos programas e suas implicações, desenvolvem as seguintes premissas: que no caso de pessoas cujo comportamento é tido na sociedade com desconfiança e descrédito, que vivem permanentemente na lógica da exclusão durante sua trajetória de vida; as instituições dos programas estudados, terminaram funcionando como um “banco” que oferece “créditos sociais”.

Nos casos de sucesso, o que ocorre é que, ao ofertar um crédito sem garantia, essas instituições abrem as portas para uma possível ruptura com a espiral que suga esses indivíduos para baixo, numa escala crescente de exclusão. Ao atribuir funções de responsabilidade, mesmo que com baixa expectativa de retorno, estabelece-se uma relação de ‘obrigações’ efetivas e morais. Esse reconhecimento social ofertado por uma instituição social (laica ou religiosa) estimula, no indivíduo, a construção de metas obrigatórias viáveis de curto prazo. A noção de responsabilidade quebra a ditadura do ‘presente’, criando o que estamos chamando de ‘pequenos futuros’ (ARENARI e DUTRA, 2016, p.207).

Como transportar tais perspectivas para pessoas que foram privadas de liberdade e que ocupam o lugar da “desrazão”, cuja condição imprime um processo permanente de “desfiliação”, conforme discutido anteriormente?

Neste caso, parece, a busca de tornar-se sujeito em contraposição a concretude da experiência e das implicações da institucionalização impõe-se como uma constante. Basaglia (1985) ao tratar das defesas do “interno” frente a sua condição de excluído, expressada muitas vezes pela apatia, retrata que é somente através da

tomada de consciência de sua condição de exclusão e da responsabilidade que teve a sociedade nessa exclusão que o vazio emocional em que o doente viveu durante anos será gradualmente substituído por uma carga de agressividade pessoal. Tal agressividade se resolverá em uma ação de aberta contestação contra a realidade, que o doente agora nega, não mais devido à doença, mas, porque se trata verdadeiramente de uma realidade que não pode ser vivida por um homem: sua liberdade será então fruto de sua conquista e não um dom do mais forte [...](BASAGLIA, 1985, 120).

Tal dinâmica, a nosso ver, parece apontar para uma nova produção de subjetividade. Lobosque, recorrendo a Deleuze (1992), indica que a subjetivação

é um processo eminentemente político: só acontece quando estes indivíduos ou coletividades escapam tanto aos saberes constituídos, quanto aos poderes dominantes, para constituir uma ‘espontaneidade rebelde’(LOBOSQUE, 2003, p.183).

2.2.2 A desinstitucionalização e a produção de subjetividades: problematizando o sofrimento psíquico

Quem disse que só se morre uma vez?

Sentidos se misturam, batidas cardíacas invadem a audição. Aspirada à respiração não é... É entronchada. Os nervos já não tremem... dão solavancos. A espera está acabando. Ouço barulho de rodinhas. A todo custo, quero entrar na parede. Esconder-me, fazer parte do cimento do quarto. Olhos na abertura da porta... rodam a fechadura. Já não sei quem e o que sou. Acuado, tento fuga alucinante. Agarrado, imobilizado... Escuto parte de meu gemido (BUENO, 2014)

Tais escritos nos faz pensar sobre o entrelaçamento das várias vidas e mortes que vamos experienciando e como vamos a partir disso, construindo caminhos. Neste sentido, Deleuze (2013) coloca que

“a morte se multiplica e se diferencia para dar à vida as singularidades”. Tomando as análises foucaultianas sobre as ideias de Bichat, aponta “a morte como coextensiva à vida e como feita de uma multiplicidade de mortes parciais e singulares” (DELEUZE, 2013, p. 102).

Todorov (1996)aponta que se nasce duas vezes: uma quando chega ao mundo e a outra “no reconhecimento pelo outro, o que chama de vida e existência”(TORODOV, 2013, p. 69) e

que “nenhuma coexistência já vivida nos libera da necessidade de novas coexistências” (TORODOV, 2013, p. 69).

Sobre isso, Braga-Campos e Martins (2019) problematizam que:

as pessoas sequestradas da vida por longo tempo foram lentamente se desconectando do mundo de suas relações familiares, de amizades e do trabalho, fazendo com que se esvaísse o significado de sua existência (BRAGA-CAMPOS; MARTINS, 2019, p. 56-57).

Tais reflexões nos impõem a necessidade de pensar como estas múltiplas vivências ao longo da vida vão sendo sentidas, elaboradas e desdobradas no mundo interno das pessoas e no mundo social.

Deleuze (2013) ao discutir a obra de Foucault, partindo dos eixos teóricos por ele propostos: saber, poder e pensamento, desenvolve toda uma explanação sobre o processo de subjetivação como um percurso dinâmico que se dá a partir da relação intrínseca da interioridade (“lado de dentro”) e exterioridade (“lado de fora”), não como separados, mas, o fora como algo móvel, como “pregas e dobras” que constituem o “lado de dentro”. Retrata tal ideia recorrendo a obra “História da Loucura” no que se refere ao louco na nau:

...ele é colocado no interior do exterior, e inversamente (...), prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas, solidamente acorrentado à infinita encruzilhada, ele é o Passageiro por excelência, isto é o prisioneiro da passagem (DELEUZE, 2013, p. 104).

Entendemos ser relevante como este autor (2013) esmiúça as ideias de Foucault, ao colocar o impasse na forma como nos confrontamos com o poder que atravessa nossa experiência; o que nos induz a pensar sobre a brecha/ fissura para a resistência e a reinvenção.

Como o próprio autor (2013) aponta, as singularidades não estão apenas presas às relações de forças centradas no “lado de fora”, mas existem singularidades de resistência com capacidade de modificar essas relações.

A relação consigo entrará nas relações de poder, nas relações de saber. Ela se reintegrará nesses sistemas dos quais começará por derivar. O indivíduo interior acha-se codificado, recodificado no saber “moral” e, acima de tudo, tornar-se o que está em jogo no poder – é diagramatizado. A dobra parece então ser desdobrada, a subjetivação do homem livre se transforma em sujeição: por um lado é “submissão ao outro pelo controle e pela dependência”, com todos os procedimentos da individualização e de modulação que o poder instaura, atingindo a vida quotidiana e a interioridade daqueles que ele chama seus sujeitos; por outro lado é o “apego (de cada um) à sua própria identidade mediante consciência e o conhecimento de si” (DELEUZE, 2013, p.110).

Cabe-nos, portanto, explorar um pouco mais sobre as subjetividades. Torre e Amarante (2001) referem que as coisas e eventos não são naturais e acabadas, mas, construídas e inventadas dentro de um dado contexto histórico-social.

A subjetividade é produto das redes da história; é, então, descentrada do indivíduo, sendo sempre coletiva e nunca individual. É produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos e estratégias, os mais diversos, que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças, produzindo subjetividades e formas de vida (TORRE e AMARANTE, 2001, p.76).

Inferimos que as subjetividades não são construídas naturalmente, mas, a partir do lugar em que o sujeito é posicionado e reafirmado num movimento dinâmico e complexo. Ao transcorrer sobre os processos de institucionalização, dos discursos e práticas instituídas acerca da loucura, calcados no isolamento, na noção de periculosidade e desqualificação do sujeito como agente de linguagem; observamos que a produção de subjetividades vai se dando conforme as normas, os jogos que demarcam o contexto da existência.

Tal perspectiva remete como discutida por alguns autores da reforma psiquiátrica brasileira, à necessidade de “recomplexificar a loucura”, no sentido de inventar novas questões acerca das singulares existências e abrir possibilidades de invenção de modos de ser e se colocar no mundo.

É necessário, como já visto, a realização de rupturas com a lógica institucional, a partir da “suspensão do conceito de doença” e da construção de uma relação de reciprocidade, de distribuição de poder, com centralidade nas pessoas.

Seguindo esta linha de pensamento, retomamos a discussão da desinstitucionalização como eixo estratégico para produção de novas subjetividades das pessoas com sofrimento psíquico, marcadas pela institucionalização. Tal possibilidade se coloca, porque esta perspectiva problematiza a posição do sujeito, o lugar que ocupa na dimensão temporal e espacial da existência. Neste caso, comungamos da ideia de que a subjetividade

passaria a ter uma dimensão estética, com efeitos políticos. [...] é descentrada do indivíduo, passando a ser constituída por forças disseminadas no campo social e por suas positivities, que buscam a sua modelagem, serialização e homogeneização (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 76).

Esta perspectiva se articula às proposições de Kinoshita (2016), quando, ao fazer referência aos autores de base basagliana, anuncia a existência de um sistema de controle social na sociedade, designado de “circuito de controle”.

Esse sistema seria composto por todas as instituições voltadas para o controle das tensões sociais, através de uma forma de pensar e organizar as relações sociais em termos bipolares: saúde e doença, normal e anormal, loucura e razão, bom e mau, capaz e incapaz, honesto e delinquente, que, ao se absolutizar um polo como pura positividade, deixa imediatamente o outro no lugar da negatividade absoluta. Esse método permite dissolver as contradições do viver humano e naturalizar o Bem e o Mal, de modo que possa sempre normalizar um dos polos e apontar o outro como culpado pelo mal e sancioná-lo, sem que se possa perceber a arbitrariedade da situação, o que é muito conveniente para aqueles que seguram a ‘faca pelo lado do cabo’ (KINOSHITA, 2016, p. 195).

Torre e Amarante (2001) chama a atenção para o fato de que este movimento não se dá unilateralmente (de um poder que subjuga e outro que é passivo), mas, há movimentos de resistência e ruptura que produzem singularizações.

a subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p.31).

Nesta perspectiva, Guatarri aponta que os movimentos de subjugação ou de não subjugação passam por duas relações: a de “alienação e opressão” e de “expressão e criação”. No caso desta segunda possibilidade de relação, teríamos o que ele denomina como reapropriação e o processo de singularização (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p.31).

Há uma espécie de modelização das subjetividades dentro de uma configuração da sociedade capitalista que intensifica a individualização e bloqueia movimentos de singularização. “A experiência deixa de funcionar como referencial para criação de modos de organização do cotidiano: interromper-se os processos de singularização” (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p. 38).

Tomando tal concepção acerca da produção de subjetivação, articulamos tal referência ao nosso campo de estudo. Tentamos melhor compreender como esta constituição de sujeito, mediante as várias opressões no processo de individuação e de resistências no movimento de singularização, se dão nos diferentes contextos dentro da nossa cultura. Interessa-nos especialmente, quando tratamos dos processos de institucionalização e desinstitucionalização no âmbito da psiquiatria.

Pensar sobre tal perspectiva, remete-nos a voltar a problematizar o que fundamenta os processos de institucionalização e a velha cartesiana classificação diagnóstica materializada pelos “transtornos mentais”.

Zanello (2017) ao discutir sobre saúde mental, gênero e interseccionalidade questiona a nomenclatura “transtorno”, referindo que não trata de uma “entidade metafísica, que existe em si mesma, mas, uma criação cultural para balizar o diagnóstico e o tratamento das manifestações de sofrimento em nossa cultura”. Tal prerrogativa traz, no seu bojo, interrogações acerca dos processos relativos à “normalidade” e “anormalidade”, modelizados por padrões de comportamentos hegemônicos dentro de uma dada cultura (ZANELLO, 2017, p. 54). Isto nos remete a complexificar um pouco mais sobre a condição das pessoas e de seus sofrimentos e como a sociedade vai criando estratégias para lidar com estes fenômenos.

Werlang e Mendes (2013), ao tratar do sofrimento, ancoradas nas teorizações de autores contemporâneos como Dejours (1992, 2006), Bourdieu (1997), Castel (1998, 2003) e Furtos (2000, 2001, 2005, 2007, 2008, 2009, 2012) vão tratar o tema na perspectiva do sofrimento social como:

[...] um sofrimento que se instala/esconde nas zonas de precariedade, nas zonas sociais de fragilidade e cuja ação implica na perda ou possibilidade de perda dos objetos sociais: saúde, trabalho, desejos, sonhos, vínculos sociais, ou seja, o todo da vida composto pelo concreto e pelo subjetivo que permite o viver (WERLANG e MENDES, 2013 p.743).

As autoras supracitadas (2013), baseadas em Castel (1998, 2003) e Furtos (2000, 2001, 2005, 2007, 2008, 2009, 2012), desenvolvem uma reflexão sobre a precariedade social e psíquica, não atrelando à pobreza ou riqueza, mas, às formas de organização das relações no que tange ao reconhecimento da existência e das possibilidades de existir materializadas a partir do acesso aos objetos sociais como moradia, trabalho, educação...

Especialmente na perspectiva de Furtos, as autoras (2013) vão demarcar a precariedade como sendo algo inerente à constituição do ser humano, a saber a relação do bebê com os que o rodeiam – uma relação de dependência para satisfação das necessidades fisiológicas e emocionais, importantes para subsistência. Esta experiência primária, levaria a um processo de confiança das pessoas, do qual consideramos essencial para a saúde mental.

[...] a confiança no outro que estaria lá quando se precisasse dele, a confiança em si mesmo como um ser dotado de valor e, por fim, a confiança no futuro, uma vez que em situações semelhantes de risco, o resultado seria o mesmo, ou seja, a confiança nos vínculos sociais carregaria em si a possibilidade do futuro da própria sociedade (WERLANG; MENDES, 2013, p. 759).

Pensando sobre o afrouxamento dos mecanismos de proteção do Estado e da sociedade, fruto de um “*modus operandi*” do sistema capitalista que tem repercussões na vida das pessoas; e acoplando a isto, o processo de “desfiliação” (anteriormente discutidos a partir das ideias de Castel, (2000)), este processo de confiança não se desenvolve ou vai ao longo do tempo fraturando-se de forma a produzir sofrimento.

Werlang e Mendes (2013), ainda, retratando as ideias de Bourdieu (1997), vão localizar no interior dos grupos sociais as diversas experiências e a diferença entre os estilos de vida que produzem divisões entre “classes sociais, gerações ou etnias”. Avançam com a ideia de que a partir deste processo, os espaços de exclusão vão tomando contornos com implicações para a vida das pessoas. “O sofrimento vai ganhando forma: a forma das estruturas sociais violentas, geradoras de precariedade em todas as suas dimensões” (WERLANG; MENDES, 2013, p. 747). Desta forma, retomamos a discussão sobre o manicômio como uma das expressões de estruturas

de violência que também atualizam no corpo e psique que aprisiona outras opressões como as de classe, gênero e raça.

Para melhor compreender esta perspectiva, recorremos aos autores do campo dos estudos interseccionais de gênero, que em muito podem contribuir com a possibilidade de pensar sobre estes processos de exclusão. Processos estes, instituídos como expressões de uma dinâmica de desigualdades, que se impõem a partir de marcadores sociais estruturais na nossa sociedade.

2.3 CONSTRUINDO UM OLHAR INTERSECCIONAL SOBRE A SAÚDE MENTAL E ARTICULANDO COM O CURSO DE VIDA

Passos e Pereira (2017), partindo de uma posição “marxista interseccional”, pautam as relações de classe, gênero e raça associadas entre si e “às conexões materialistas existentes entre todos os indivíduos” (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 30). Retratam que estas opressões e as várias violências, produzem e instituem um “apartheid social”, que por sua vez é sustentado também pelo manicômio e pela representação social da loucura vigente na nossa cultura.

As referidas autoras (2017), retomando a ideia de Basaglia (2005), referindo-se aos manicômios como “reservas psiquiátricas”, vão afirmar que o processo de exclusão é indissociável das questões de “classe, gênero, raça/etnia, assim como as relações estabelecidas por questões relacionadas a sexualidade, identidade sexual, religião, geração, entre outras”(PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 34-35). Diante de tais afirmativas, é possível verificar que somado ao status da doença, outros elementos atravessam e agravam esta condição de “doente mental”.

Basaglia (1985), por exemplo, aponta que a ausência do poder econômico das pessoas define o tipo de tratamento a que elas são submetidas, levando-as a processos “des-historificados” que consistem em separá-las de sua própria realidade. Kinoshita (2016), por sua vez, analisa o processo da institucionalização considerando as desigualdades sociais, tomando o marcador “classe social” como expressivo nesse processo.

Basaglia (1981) *apud* Kinoshita (2016) supunha que a instituição psiquiátrica, assim como a “destruição dos pacientes” internados, eram funcionais para o “sistema dividido em classes entre opressores e oprimidos, exploradores e explorados” (KINOSHITA, 2016, p.136).

Tal perspectiva se expressa na própria forma como a medicina, e especificamente a psiquiatria, se constituiu no nosso país. Melo (2017), ao discutir o movimento higienista em Pernambuco, ancorada em diferentes autores, observa uma estreita relação entre a ideologia antiliberal e o incentivo às práticas higiênicas de base eugênica e as repercussões desta relação no processo de patologização de determinados grupos sociais.

Nesse processo, o alcoolismo, por exemplo, foi atribuído à pobreza e à decadência moral; a sífilis, por sua vez, passou a ser considerada um atributo genético da raça negra; e a miscigenação passou a ser apontada como causa das desordens sociais. O diagnóstico dentro dos preceitos científicos foi colocado a serviço de certa ordem social que interessava à manutenção do status quo que beneficiava a elite governante (MELO, 2017, p.68).

Barros *et al* (2014) apontam, de acordo com Engel (1999), que a relação entre raça/cor e doença mental, por exemplo, estiveram presentes na prática alienista no Brasil no século XIX. A associação dos negros a povos degenerados, ao intelectualismo inferior e conseqüentemente às dificuldades de adaptar-se às contingências do meio social, colocavam estes sujeitos propensos à degeneração. Assim, foi se constituindo o “racismo científico”, presente nas teorizações de Henrique Roxo.

Os autores supracitados (2014), ao se debruçar sobre os dados do censo realizado em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, expostos por Barros e Bichaff (2008), vão observar que diante da população em geral deste estado, há proporcionalmente uma maior presença de negros (pretos e pardos) entre os moradores dos referidos hospitais.

No total, são 6.349 pessoas institucionalizadas identificadas no Censo. Em relação à raça/cor, 60,29% (3.828) dos moradores são brancos, 16,36% (1.039) pretos, 22% (1.396) pardos, 1,24% (79) amarelos e 0,11% (7) indígenas. Os dados do censo demográfico de 2000 informam que no total da população do estado de São Paulo 27,4% são negros (pretos e pardos). Na população moradora de hospitais psiquiátricos, esse número alcançou 38,36% do total (BARROS *et al*, 2014, p. 1240).

Silva *et al* (2017) em busca de identificar o perfil dos usuários atendidos em CAPS a partir do quesito raça/cor, evidenciam em seu estudo a invisibilidade dessa questão. Entretanto, problematizam que tal resultado reflete a pouca valorização desse marcador na produção de sofrimento. Reafirmam, mediante uma revisão da literatura científica, que raça/cor é um importante “marcador de cunho social” e que há no Brasil um recente reconhecimento dos efeitos psicossociais do racismo na produção de sofrimento.

Passos e Pereira (2017), ao realizar uma discussão sobre a luta antimanicomial e interseccionalidades, situando a discussão sobre o “feminino orgânico louco”, referem que mais do que o processo de institucionalização, práticas cotidianas também podem operar com lógicas de opressões.

A redução de diversos aspectos sociais, econômicos e culturais aos aspectos médicos e biológicos tem afetado a sociedade como um todo, apresentando-se como um fenômeno mundial de importantes dimensões que tem representado, entre outros fatores, a iatrogenia, o alto uso de psicofármacos, além da impossibilidade de uma assistência que considere aspectos múltiplos e possa ser de fato mais próxima à realidade das pessoas e suas singularidades (PASSOS e PEREIRA, 2014, p. 40).

Mota (2017), em seu estudo, afirma que o sofrimento psíquico experimentado pelas mulheres, considerando as singularidades dos casos, são advindos de diferentes tipos de violência e das desiguais relações sociais de gênero, classe e raça. O agravante é que nem sempre as violências e seus efeitos são perceptíveis e considerados nos processos de cuidados (SILVA, 2017).

Passos e Pereira (2017), ao tratar das intervenções sobre o “orgânico louco das mulheres”, vão observar, a partir de diferentes estudos, a medicalização, o controle da sexualidade e estabilização do equilíbrio hormonal balizadas por uma certa forma de ser e se colocar como mulher.

As autoras (2017), ao tomar como análise os espaços das comunidades terapêuticas (CT)¹¹, vistoriadas pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP (2011), vão exemplificar as questões de gênero a partir das situações de opressões expressadas no relatório de vistoria, a saber:

[...] mulheres eram restringidas a terem acesso a objetos pessoais, especialmente aqueles como maquiagem ou ‘salto alto’, e proibidas de estabelecer relações homoafetivas com outras internas ou mesmo com mulheres de fora da CT. Impedidas de terem acesso ao telefone e com suas correspondências lidas por profissionais antes de chegar à sua posse, muitas vezes o contato com a família e filhos era limitada (PASSOS e PEREIRA, 2014, p. 41).

Ao recorrermos aos documentos do Movimento de Luta Antimanicomial, mais especificamente às cartas de Bauru (1987 e 2017), observamos no seu bojo a associação da questão da manicomialização atrelada não só à loucura como doença mental, mas também às opressões desenvolvidas na sociedade. Tal compreensão, coloca o projeto antimanicomial como um projeto societário, civilizatório que pauta a liberdade de ser e estar no mundo, como fundamental para a dignidade humana.

Observemos:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-

¹¹ As comunidades terapêuticas são entidades de organização social, na maior parte religiosas, que vêm mediante recebimento de recursos públicos, se ampliando no Brasil como referência para acolhimento de pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de drogas. A nosso ver, tratam-se de instituições que reproduzem a lógica manicomial e atualizam formas contemporâneas de institucionalização.

se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (BAURU, 1987).

Acesa e viva, mantém-se a nossa disposição de lutar contra tudo aquilo que é intolerável para a dignidade das pessoas e nefasto para o seu convívio enquanto iguais: a exploração e a ganância, o manicômio e a tortura, o autoritarismo e o Estado de exceção... Não podemos deixar de frisar o avanço do conservadorismo e da criminalização dos movimentos sociais, defendemos a diversidade sexual e de gênero, as pautas feministas, a igualdade racial (BAURU, 2017).

Considerando que tais documentos são fundantes no processo da reforma psiquiátrica brasileira antimanicomial, e que expressam bem as bases ideológicas e políticas do movimento instalado no Brasil, vemos que é indissociável a pauta antimanicomial com os marcadores sociais que delineiam as desigualdades estruturais na nossa sociedade. As opressões e violações de direitos advindas das desigualdades de gênero, classe e raça também atravessam a experiência do sofrimento mental e as formas instituídas pela sociedade de abordagem a tal fenômeno.

Como já visto, a própria história da psiquiatria brasileira vai se constituindo a partir das bases hegemônicas de purismo e ordenação da sociedade, demarcando significativamente a condição de privilégios e de desqualificação dos diversos grupos sociais.

O processo de patologização e de enclausuramento, também como instrumentos científicos, vai tecendo saberes e práticas que expressam em si as desigualdades postas na tentativa de minimizar a construção cultural em torno destas. Neste sentido, requer entendermos melhor o conceito de interseccionalidade para lançar luzes sobre o raciocínio em construção.

Tomamos, inicialmente, as reflexões de Biroli e Miguel (2015) quando apontam a interseccionalidade não como uma simples sobreposição entre padrões de dominação independentes, mas sim como entrelaçamento complexo de marcadores sociais como gênero/sexo, idade/geração, raça/etnia, sexualidade/orientação sexual e classe, como marcadores que atualizam as relações de diferenciação/articulação na sociedade. Estamos falando de variadas combinações de marcadores sociais que são mutualmente potencializados, reorganizados, resignificados e hierarquizados. Segundo Collins (2015), os estudos de interseccionalidade

decorrem da percepção crítica de que “raça, classe, gênero, sexualidade, etnicidade, nação, habilidade e idade operam não de forma unitária, como entidades mutuamente excludentes, mas como fenômenos que se constroem reciprocamente e como tal dão forma a desigualdades sociais complexas (COLLINS, 2015, p.2).

Nesta perspectiva mais contemporânea acerca deste conceito, Henning (2015) trabalha com

a noção de interseccionalidade compreendida primeiramente como relativa às formas de entrelaçamento entre os marcadores sociais da diferença e suas potenciais decorrências em termos de desigualdades sociais, assim como relativa ao desenvolvimento de táticas de resistência, questionamento e desconstrução da desigualdade, sobretudo sob distintas formas de agência interseccional (HENNING, 2015, p. 117).

O complexo conceito de interseccionalidade, tanto no viés da construção do conhecimento, como analítico ou da intervenção frente aos vários contextos, permite compreender a multiplicidade dos sistemas de dominação e como estes, ao operar de forma articulada “restringem ou potencializam as trajetórias das pessoas”. Ou seja, “os indivíduos são o ponto em que diferentes opressões se cruzam: sua posição social é produzida nesse entrecruzamento” (BIROLI e MIGUEL, 2015, p.47).

Diante destas explicações, faz-se urgente retomar a discussão sobre a multiplicidade da subjetividade e articular esta perspectiva interseccional a questão da saúde mental. Ousamos dizer que a produção de subjetividades se dá a partir de um possível e singular modo de agenciamento de diferentes atribuições que são demandadas ao sujeito, resistidas ou abraçadas e nem sempre percebidas.

Kinoshita (1996) ao problematizar a questão “do não humano” produzido pelo processo de institucionalização, do “espaço de troca zero”, denota a necessidade de ampliar os espaços de trocas para o exercício de diferentes papéis e ocupação de diferentes lugares na sociedade. Tal deslocamento e trânsito do sujeito na sociedade requer pensar sobre a multiplicidade da subjetividade. A recolocação de lugar remete a possibilidade de ser “vários”.

Scott (1999), ao tratar sobre a questão de gênero, chama a atenção para as repercussões negativas quando unificamos a experiência. Refere que quando uma identidade é mais importante, outras posições do sujeito e sujeita são ignoradas. “As posições de homens e mulheres e suas diferentes relações com a política são tidas como reflexos da organização material e social” (SCOTT, 1999, p. 10).

Tal prerrogativa evidencia que a restrição do sujeito à condição única e exclusiva de “doente” delega todas as suas outras possibilidades de ser a uma dimensão invisível. Inferimos que se a produção de subjetividades perpassa pela mudança de posição do sujeito, é importante também entender a construção dos lugares e dispositivos a que essas pessoas foram submetidas. Não no sentido de tentar resgatar ou reparar suas experiências, mas de reconhecer esse sujeito como fruto de um processo sócio histórico que se constrói cotidianamente.

Elder Jr (1998) ao trabalhar com desenvolvimento humano, especificamente com estudo longitudinal sobre crianças que vivenciaram a “grande depressão econômica” nos Estados

Unidos da América (EUA), ancorado nos estudos de ciclo de vida, desenvolveu a teoria curso de vida com conceitos e ideias dos quais identificamos que podem em muito contribuir com a leitura sobre este processo. O autor refere que “transições precoces podem ter consequências duradouras, afetando transições subsequentes, mesmo após muitos anos e décadas se passarem” (ELDER JR, 1998, p.8).

O referido autor trabalha com o raciocínio de que a trajetória de vida das pessoas se dá a partir da articulação tempo, processo e contexto, e que mediante diferentes eventos/ acontecimentos se constituem os “pontos de viragem” que possibilitam aos sujeitos lidar com as “vantagens e desvantagens” advindas de sua própria trajetória.

Sena Leal (2017), ancorada em Elder Jr (1998), ao tratar do curso de vida e implicação de profissionais de saúde, trabalha com a ideia de que os “pontos de viragem” expressam “experiências com capacidade de produzir novos sentidos que orientam valores e direções dos sujeitos em relação às práticas” (SENA LEAL, 2017, p.73).

A referida autora (2017) em seu estudo, propõe trabalhar “viragem ou virada” como experiência do percurso biográfico, não restritivas a situações negativas, cujos “acontecimentos significativos na trajetória da pessoa, podem operar mudanças, rupturas igualmente significativas e/ou re-significadas” (SENA LEAL, 2017, p.90).

Elder Jr (1998) defende como princípio que as repercussões da história e das circunstâncias de vida sempre são estendidas para além das próprias pessoas, dada a concepção de que as vidas são interdependentes, “ligadas”. Defende que é a capacidade destes sujeitos de agenciamento frente a essas mudanças e limitações, que os posicionam no que se refere a superação das desvantagens acumuladas na sua trajetória. O autor toma a experiência como foco do seu estudo e aponta que a identidade é construída em meio à interação social.

É essa articulação tempo, processo e contexto, em meio a um permanente agenciamento no jogo relacional entre o “sujeito” e o “outro”, atravessando o curso de vida, que nos instiga a olhar para dentro do processo de desinstitucionalização e agregar mais recursos para compreender como se opera a produção de novas subjetividades.

O trabalho de desinstitucionalização leva, necessariamente, à produção de um novo tipo de subjetividade, que permita a manifestação do devir-louco sem interditar sua expressão, sem regulá-lo no jogo das sanções institucionais e legais ou objetificá-lo, fazendo com que se desistorize e deixe de ser um sujeito. É a produção de um novo lugar para a subjetividade louca, o estabelecimento de uma nova relação com ela, e a criação de fissuras na serialização psiquiátrica. Para isso, é preciso a tomada de um sentido para a própria existência e da produção de sua própria singularidade [...] (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 82).

Impõe-se o exercício de uma nova clínica. Amarante (2009) refere que na perspectiva da desinstitucionalização, a clínica torna-se

criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber (AMARANTE, 2009, p. 1).

Amarante e Torre (2018) referem que a superação do manicômio está atrelada as possibilidades de construir estruturas e políticas promovedoras do que chama de “invenção de saúde” que consiste intrinsecamente em transformar o “usuário-objeto” em “usuário-ator”, ou seja, sujeito político. “...Há uma incerteza implicada no “sair do manicômio”, pois abre um campo de possibilidades incerto e contraditório, difícil e novo” (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1097).

As proposições postas trazem no seu bojo uma configuração clínica-política que permeou toda experiência brasileira no que se refere ao desenvolvimento da saúde mental como também uma política pública, materializando assim, a racionalidade e a institucionalidade dos princípios da desinstitucionalização. Para melhor entender tal processo, seguimos adiante com esta discussão.

2.4 A PROPOSIÇÃO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA “POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS” NO BRASIL, EM PERNAMBUCO E EM RECIFE

Discorrer sobre as expressões das proposições da desinstitucionalização nas políticas públicas requer revisitar os fundamentos “científicos” construídos em torno da loucura, assim como as indagações/transformações que os demarcam ao longo do tempo.

Recorrendo a Foucault (1978), ao abordar a história da loucura na idade clássica, é pertinente lembrar que as concepções e representações acerca da loucura se deram de forma heterogênea e a partir de diferentes tempos e contextos históricos, com demarcações sócio-políticas-econômicas-morais e religiosas. Associada às desordens do espírito, realidades imaginárias, paixões desesperadas e desvios de várias ordens; sobre a loucura, ao longo da história, se desenvolvem diferentes interpretações da sociedade até chegar à conotação de insanidade/doença.

No percurso da história, ora a loucura era enxergada a partir de uma visão mística, o que representava o raciocínio da época para explicação das coisas: a perspectiva divina; ora provocava na sociedade um movimento ambivalente da aceitação/rejeição que vai ser

materializado na imposição de uma itinerância aos loucos (as “naus dos loucos”); ora, em nome de uma ordem social, no bojo dos desviantes (pobres e miseráveis, dentre outros), demandava lugar de acolhimento e internação. Nesta última perspectiva paira a necessidade do combate a ociosidade e a necessidade de regenerar as pessoas para o mercado. Todas aquelas pessoas que representavam ameaças pelos seus modos desviantes de ser e de se colocar na dimensão social, vão ter como destino a hospedagem/abrigo nos espaços de caridade, chamados na época de “hospitais gerais”, sem, entretanto, a conotação médica dos tempos atuais (FOUCAULT, 1978).

Amarante (2003) refere que dada a condição específica dos loucos, de não “regeneração”, nestes espaços de abrigo, estes vão se diferenciando das demais pessoas e ocupando um lugar de deteriorização, esquecimento e de maus tratos. Aos poucos e processualmente, a medicina vai se aproximando do fenômeno da loucura e imprimindo um olhar e intervenção moral.

Com o ímpeto da Revolução Francesa, onde o poder do rei e de Deus passa a ser questionado, se inicia uma era onde outros caminhos para explicação das coisas vão se instituindo, o da positividade – falamos da ciência. Neste intento, a medicina se apropria da loucura como objeto de estudo e se dão os primeiros passos para se fundamentar a psicopatologia, o asilo e a psiquiatria. Gradualmente da conotação de “alienação mental” vai se instituindo o construto de “doença mental”, trazendo no seu bojo ideias fundantes como periculosidade, isolamento e tutela como elementos essenciais para enxergar o fenômeno da loucura e as terapêuticas possíveis. Neste cenário, o hospital psiquiátrico vai se construindo como principal instrumento de tratamento (AMARANTE; TORRE, 2018).

É o asilo como nova instituição para os loucos, espécie de laboratório privilegiado de experimentação e verdadeira “estufa” de observação do novo objeto de conhecimento (a “alienação mental”), que permite o nascimento e desenvolvimento de uma ciência da loucura, inicialmente chamada de medicina mental e, mais tarde, de clínica psiquiátrica (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1092).

Nessa perspectiva, Lucena (2011) aponta que, especialmente após a segunda guerra, nasce uma “demanda político-social na perspectiva de rever as instituições, de cuidar das pessoas fragilizadas pela guerra e de reestruturar a sociedade” (LUCENA, 2011, p. 15-16). Além disso, refere que vai se intensificando a falência do hospital psiquiátrico quanto ao seu mandato social: de recuperar as pessoas e devolver à sociedade o que estaria atrelado à força de trabalho.

Nasce, então, a necessidade de rever as práticas institucionais da psiquiatria, especificamente na Europa, o que foi considerado como “reformas psiquiátricas”. Algumas dessas desenvolveram proposições para remodelagem da organização institucional do hospital psiquiátrico (a saber a Comunidade Terapêutica na Inglaterra e Psicoterapia Institucional na França); outras pautaram-se na abertura do hospital para a comunidade, dando a este o sentido de complementar (como a Psiquiatria de Setor na França e Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos) e, por fim, um terceiro grupo que questionou os saberes e práticas da psiquiatria. Estas últimas proposições foram defendidas pela Antipsiquiatria na Inglaterra e Psiquiatria Democrática na Itália. Com o desenvolvimento das ideias de Basaglia, a experiência italiana vai avançar numa perspectiva de questionar o poder médico, o hospital psiquiátrico e a própria concepção de loucura como doença. São estas várias reformas, especialmente a italiana, que vão influenciar a experiência brasileira, dando a ela um contorno próprio e singular (LUCENA, 2011).

Vejamos adiante, de forma resumida, as repercussões deste histórico no contemporâneo cenário brasileiro. Consideramos que este não é o foco de nossa tese, mas, compreendemos que a expressão da institucionalização e desinstitucionalização se dá permanentemente na institucionalidade das forças que demarcam o campo da saúde mental na perspectiva de uma política pública.

2.4.1 A construção de uma política pública brasileira baseada na perspectiva da desinstitucionalização

Guimarães e Rosa (2019) apontam que o contexto histórico, as circunstâncias políticas, econômicas e sociais são essenciais para entender as políticas públicas e seus marcos legais, uma vez que revelam os processos (de mudança e estagnação), as prioridades da agenda pública, os atores e o jogo de forças e interesses.

A experiência brasileira de reforma psiquiátrica nasce a partir do questionamento às instituições asilares por parte dos profissionais de saúde mas agrega outros atores, a saber, usuários e familiares que deram contornos próprios à crítica e às proposições construídas. Aí paira a sua singularidade: a influência das experiências europeias, especialmente a italiana - tornando a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (já discutidas anteriormente) como eixos fundantes; o protagonismo de usuários e familiares expressados na luta antimanicomial; e no início do processo, a interface com o movimento sanitário brasileiro.

Quanto ao movimento de luta antimanicomial, recorrendo a Lobosque (2003), o situamos como uma luta política no cenário brasileiro das políticas de emancipação que consiste na busca “pela extinção dos hospitais psiquiátricos e de todas as formas sociais derivadas ou vinculadas à ordem manicomial”(LOBOSQUE, 2003, p. 166).O movimento de luta antimanicomial, agregando diferentes atores do campo da saúde mental, nasceu em 1997 com o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Este foi um dos pilares fundantes para construção da política de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil.

O movimento de reforma sanitária, por sua vez, se constitui no Brasil no final da década de 1980 a partir da crítica ao modelo de saúde vigente e com proposição para organização de um novo sistema de saúde com mudanças no âmbito conceitual, assistencial e jurídico (PAIM, 1997).

Sérgio Arouca (BRASIL, 2003b) e Bahia (2005) vão retratar o movimento sanitário respectivamente como “civilizatório” e como uma potente mobilização que produziu questionamentos e proposições referentes à reestruturação da saúde: revisão da natureza institucional, reorganização dos serviços de saúde, articulação intersetorial e controle social.

O movimento sanitário foi a base para instituição do SUS no Brasil. Este por sua vez, foi a ancoragem política institucional para o campo de saúde mental, álcool e outras drogas no país.O SUS, mediante o estabelecimento da saúde: como direito social fundamental, como dever do Estado, como resultante das condições de vida; vai ser instituído na constituição brasileira de 1988 (BRASIL, 1988a).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988a).

É nesse bojo, poucos anos antes, no final dos anos 70, em meio ao processo de redemocratização do país, que vai se desenhando a partir do movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM) e posteriormente, em 1987, do movimento de luta antimanicomial, os pilares para o desenvolvimento da reforma psiquiátrica no Brasil e constituição de um modelo psicossocial.

O MTSM nasce da mobilização de diferentes trabalhadores que no final da década de 70 em luta pelas melhores condições de trabalho, denunciavam também as violações e irregularidades do sistema psiquiátrico brasileiro, assumindo mais adiante uma organização em núcleos, especialmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais (AMARANTE, 1997).

Vale ressaltar que, neste período, o Brasil era marcado por um modelo de saúde médico centrado, hospitalocêntrico e curativo, marcado por um crescente processo de privatização (LUCENA, 2011).

A política de privatização do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) era acompanhada de um expressivo lobby no interior e em torno de sua máquina administrativa, o que afastava qualquer possibilidade de inversão na política de compra de serviços. Assim, enquanto os leitos psiquiátricos públicos passaram de 21.079 em 1941 para 22.603 em 1978, os privados passaram de 3.034 para 55.670 no mesmo período. O crescimento maior destes últimos foi observado a partir do final dos anos 60: em 65 existiam 100 hospitais privados conveniados, enquanto em 1979 este número chegava aos 276 (AMARANTE, 1997, p. 167).

Fica evidente que no Brasil a questão da psiquiatria, além dos saberes e práticas, foi também atravessada por interesses econômicos, o que não podemos perder de vista quando falamos de disputas contemporâneas de modelos e projetos.

Esse emaranhado de dimensões produziu práticas de violação de direitos humanos, péssimas condições de trabalho e de tratamentos que produziram iatrogenia, cronicidade, estigmas; evidenciados ao longo dos anos por várias produções artísticas, jornalísticas e acadêmicas.

O ano é 1976. Desço do ônibus na rodovia Presidente Dutra e o motorista me aponta para uma estrada de chão batido. Sigo por ela por uns 3 quilômetros até chegar a uma imensa construção. Na porta a placa: Hospital Psiquiátrico. Sou recebido pela psicóloga que pergunta qual ano que estudo. “– Segundo”, respondo com certo constrangimento. Com um olhar desanimado, ela pede a um auxiliar de enfermagem que me mostre o hospital. Caminho pelos corredores sentindo náuseas causadas pelo forte cheiro de urina, de fezes e de desinfetante barato. Chego ao pátio. Dezenas de pacientes deitados no chão, muitos seminus. Suas roupas estão quase todas rasgadas, sujas. Tenho a impressão de que são vários mendigos. Ao me verem, aproximam-se, pedem cigarro, dinheiro. Pedem, pedem. Uma solicitação, repetida por muitos chama a minha atenção: ‘– Me tira daqui!’ (BRASIL, 2015a).

Existe uma área ao lado dos dormitórios onde foi observado fezes espalhadas. Em um armário do posto de enfermagem foi encontrado um grande saco com tiras de panos e que haviam sido identificadas pelos auxiliares como “as roupas das pacientes”; em outro da mesma ala verificamos roupas enfiadas no fundo, algo molhadas, com cheiro ruim, misturadas com pentes e pedaços de plástico... (CAMARAGIBE, 2002).

Podemos perceber que a perpetuação do modo asilar operante se estende através dos anos com uma forte carga de violência que materializa bem as teorizações desenvolvidas até o presente momento. Ao mesmo tempo que o Estado brasileiro sustentou esta prática a partir do financiamento destas instituições e de uma regulação permissiva, foi processualmente também reposicionando-se frente a questão (mediante as tensões produzidas pela sociedade), promovendo movimentos institucionais para transformar a saúde mental em uma política pública, na contramão do modelo asilar.

Nicácio e Campos (2005) ao tratar dos novos projetos e ações no campo da saúde mental no Brasil, colocam que tendo como foco a transformação e superação do modelo asilar, “essa produção inscreve múltiplas dimensões: as políticas públicas, os saberes, os modos de fazer saúde, as formas e os sentidos de cuidar, a projetualidade das instituições, os direitos, os processos socioculturais”(NICÁCIO; CAMPOS, 2005, p.41).

Esta perspectiva de mudança de paradigma colocou a necessidade de formulação de um modelo que, ao superar a lógica manicomial, focasse nas pessoas e na construção de laços sociais, designando para isso uma rede de atenção psicossocial cuja base não fosse mais o hospital e sim o território.

Pensando o processo italiano e brasileiro, Furtado *et al* (2016), em diálogo com os referenciais da nova geografia, referem que a noção de território deve ir para além do espaço geográfico e existencial, compreendendo também a ideia de que “a luta pela liberdade está associada à luta pelos recursos que possibilitam as trocas sociais, sob o risco de restituir os excluídos a uma vida exclusiva”(FURTADO, 2016, p. 10).

Nossa discussão parte da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial como balizadoras do modelo psicossocial instituído no Brasil. Desta forma, tomamos como fundante a estratégia central de substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma crescente e diversificada implantação e implementação de serviços territoriais.

Amarante (2009) refere que a reforma psiquiátrica brasileira é um processo complexo de transformação no campo da ciência e do conhecimento, trazendo no seu bojo a desconstrução de aparatos no campo da psiquiatria e realizando uma proposição centrada no sujeito a partir da articulação de quatro dimensões: epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e cultural.

Acreditamos que as dimensões epistemológicas foram abordadas ao tratarmos teoricamente sobre a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Entretanto, consideramos pertinente abordar neste subcapítulo, resumidamente, as dimensões técnico-assistencial e jurídico-política.

A construção da política de saúde mental, álcool e outras drogas oficial se deu processualmente por dentro do SUS com produção de normativas técnicas e de financiamento, paralelamente a articulações e construção de arcabouço legal para sustentação do modelo psicossocial, inscrevendo a política na dimensão da garantia de direitos.

Vale ressaltar que as referidas construções foram atravessadas por movimentos locais e nacionais. Destacamos aqui alguns destes marcos, aqueles com macro configurações e maiores repercussões a nosso ver, considerando sua capacidade de produzir tensões e contribuições para a formulação de uma política pública nacional, a saber:

- As quatro conferências nacionais de saúde mental – A I Conferência foi realizada entre 25 e 28 de julho de 1987 com a participação de 176 delegados, trazendo como temas: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988b). A II Conferência aconteceu entre 1 e 4 de dezembro de 1992 com a participação de 500 delegados, focando os temas: Atenção em Saúde Mental; Transformação e Cumprimento de Leis; Direito à Atenção e Direito à Cidadania (BRASIL, 1994). A III conferência, cujo tema foi “Cuidar, sim. Excluir, não – efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, ocorreu em Brasília entre os dias 11 e 15 de dezembro de 2001 com a participação de 1.700 participantes e representantes internacionais como integrantes da Organização Panamericana de Saúde - OPAS e a Organização Mundial de Saúde - OMS (BRASIL, 2002a). A IV e última conferência traz intrinsecamente no seu bojo a questão da intersetorialidade com o tema “Saúde Mental Direito e Compromisso de Todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, desdobrados em eixos: Políticas Sociais e Políticas de Estado – pactuar caminhos intersetoriais; Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial; Fortalecer os Movimentos Sociais; Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético e Intersetorial. Aconteceu entre 27 de julho e 01 de julho de 2010 (BRASIL, 2010).
- Mobilizações e debates nacionais instituídos no âmbito dos movimentos sociais, como por exemplo: o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em 1987 na cidade de Bauru no estado de São Paulo (Bauru, 1987); Marcha dos usuários de saúde mental à Brasília em 30 de outubro de 2009 com a participação de 2.300 pessoas na luta por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, demarcando através de audiências com diferentes ministérios a solicitação da IV Conferência Nacional de Saúde mental com caráter intersetorial e integral, demandando celeridade no processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos e dos processos de desinstitucionalização e ampliação da rede territorial (CFP, 2010); Movimento “Fora Valêncio” em 2015/2016, articulado por várias entidades, que dentre as várias ações, culminou na ocupação do Ministério da Saúde por 121 dias, concomitante a organização da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e outras ações articuladas em todo território nacional (Viana, 2017 e Lucena *et al*, 2019); Encontro de Bauru – 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios, com reafirmação dos princípios antimanicomiais (BAURU, 2017).
- Acordos internacionais, dos quais destacamos, a Conferência de Caracas em 1990, importante para a instituição de um novo modelo de atenção à saúde mental (Caracas, 1990) e a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, realizada no Brasil em 2005 (BRASIL, 2005).

É neste percurso histórico da construção desta política pública brasileira de saúde mental, álcool e outras drogas, que entre o final dos anos 70 até 2015 foi se desenvolvendo críticas, proposições e experimentações em torno de um novo modelo de atenção em saúde mental.

Amarante (1995), tratando do percurso histórico da reforma psiquiátrica no Brasil, vai denominar três trajetórias: “alternativa, sanitária e da desinstitucionalização ou da

desconstrução/invenção”, não como fases lineares, mas, como percursos entrelaçados que expressam perspectivas discursivas e práticas.

Na década de 1980 foram acontecendo as experiências territoriais que se desenvolveram sem normativas técnicas e de financiamento federal, mas, como projetos societários de transformação social a partir da gestão de governos mais progressistas como, por exemplo, entre outras, a expressiva rede psicossocial de Santos em São Paulo iniciada no final dos anos 80. Neste período, o Ministério da Saúde produzia as primeiras portarias de normatização das ações ambulatoriais e de regulação financeira dos hospitais psiquiátricos.

Na década de 1990 também, com o avanço da legislação em alguns estados brasileiros, e induções do ministério da saúde, começa a se estender em diferentes lugares a abertura de serviços de saúde mental territoriais (os centros de atenção psicossocial e os núcleos de atenção psicossocial), com desenvolvimento de tecnologias de cuidado.

Foram estas experiências, dentro de um contexto político maior, e as diferentes articulações no âmbito legislativo, acadêmico e a concreta ocupação no âmbito da gestão em prefeituras, estados e governo federal que foram delineando a reforma com uma configuração também de política pública.

Bahia (2005) afirma que o redirecionamento dos recursos financeiros para estados e municípios e a abertura da saúde para participação popular na perspectiva de cumprir o mandato da universalização associados à ocupação de cargos estratégicos do Governo por integrantes de partidos de esquerda e movimentos sociais reorientou a política de privatização engendrada pelo regime autoritário e pelo sistema previdenciário (LUCENA, 2001, p. 33).

Amarante e Torre (2018), ao analisar o percurso da reforma psiquiátrica brasileira destacam a importância das experiências artístico-culturais na perspectiva sociocultural antimanicomial como inovadoras no campo de práticas e saberes, essenciais para transformação da relação social: sociedade e loucura.

Para melhor explicitar tal afirmativa, os autores (2018) elencam algumas iniciativas

...na música, surgiram projetos como Harmonia Enlouquece, Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado, Devotos de São Doidão, Trem Tan Tan com o artista Babilak Bah, Coral Cênico Cidadãos Cantantes, Mágicos do Som, Cancioneiros do Ipub, Grupo de Hip Hop Black Confusion, Zé do Poço e Sarieiro, Heterogênese Urbana. No teatro, destacam-se os grupos: Companhia Teatral Ueinzz, Trupe Maluko Beleza, Grupo do Teatro do Oprimido Pirei na Cenna, Companhia de Teatro Os Nômades, Companhia Teatral Nau da Liberdade; e esses são apenas alguns exemplos. Na área de rádio e TV, surgiram os pioneiros Rádio Tam Tam e TV Tam Tam e a TV Pinel, e também a TV Sã, a Rede Parabolinoica, Rádio Cala a Boca Já Morreu, Rádio Antena Virada, Rádio Web Delírio Coletivo, Rádio Maluko Beleza, e muito mais. Finalmente, os criativos blocos carnavalescos: Bloco Loucura Suburbana; Bloco Tá Pirando, Pirado, Pirou; Bloco Maluko Sonhador; Bloco Tremendo nos Nervos; Bloco

Conspirados; Cordão BiBiTanTã; Ala Loucos pela X; e Loko Motiva (AMARANTE; TORRE 2018, p. 1098).

Nesta perspectiva foi se configurando o modelo psicossocial construído no Brasil no que se refere à atenção às pessoas com sofrimento psíquico. Trata-se de um percurso histórico marcado por contradições, tensões, consensos, dissensos e criatividade. E, claro, com uma profunda influência do processo advindo com a implantação do SUS no Brasil.

A partir dos anos 2000, especialmente, após a aprovação da lei federal 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), da qual trataremos mais adiante, várias estratégias foram desenvolvidas pelo ministério da saúde no movimento de transformar a saúde mental como política pública dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A saber: processos regulatórios e de planificação de leitos junto aos hospitais psiquiátricos, com indução financeira para diminuição dos leitos de macro hospitais; instituição do Programa Nacional de Avaliação Hospitalar (PNASH/Psiquiatria); projetos voltados diretamente para o processo de desinstitucionalização e reinserção social, como o Programa Volta pra Casa (PVC), instituído pela Lei Federal 10.708 de 2003 (BRASIL, 2003a); os serviços residenciais terapêuticos; os projetos de geração de renda e os centros de convivência; projetos voltados para a assistência: saúde mental na atenção primária; leitos de saúde mental em hospitais gerais, CAPS e outros dispositivos ambulatoriais territoriais (LUCENA, 2011).

Nesse processo, destacamos a Lei federal 10.216 de 2001, cujo projeto tramitou por 12 anos no congresso nacional, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Esta lei coloca-se como um marco ao reconhecer as pessoas com sofrimento psíquico como sujeitos de direitos e combater qualquer tipo de discriminação, enfatizando a reinserção social e o tratamento extra-hospitalar e vetando internações em instituições asilares que não assegurem os direitos postos pela lei.

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001).

Em relação às pessoas marcadas pela institucionalização psiquiátrica, ressaltando a responsabilidade do Estado pelo desenvolvimento da política de saúde mental, a lei aponta no seu artigo 5º que

o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001).

Como fruto desse processo de experimentações e construção de arcabouço legal, a nosso ver, numa perspectiva de organização sanitária e de obrigatoriedade do planejamento e desenvolvimento de ações de saúde mental nos municípios; em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial(RAPS), sistematizada inicialmente através da portaria ministerial 3.088 de 2011, voltada “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” (BRASIL, 2011a).

Trata-se, nessa primeira edição da RAPS, de uma rede diversificada que, respeitando parâmetros populacionais, propunha diferentes pontos de atenção com vista ao desenvolvimento da assistência e da inclusão social; focando o aumento de cobertura de serviços e ações psicossociais, a ampliação de acesso e a articulação entre os diferentes pontos de atenção¹². Cada ponto de atenção agregou normativas próprias de funcionamento e financiamento.

A RAPS, na perspectiva da desinstitucionalização, configura como componentes de cunho assistencial: a atenção básica, a atenção psicossocial estratégica (envolvendo os CAPS) e a atenção de urgência e emergência. Em relação aos componentes mais voltados para a inclusão social, temos: a atenção residencial de caráter transitório (moradias provisórias para pessoas que apresentam problemas decorrentes de álcool e outras drogas); as estratégias de desinstitucionalização compreendendo o PVC e os serviços residenciais terapêuticos (SRT); as estratégias de reabilitação psicossocial que envolvem as iniciativas de geração de renda e trabalho.

Considerando que este estudo não tem pretensões de análise de política ou de avaliação de serviços, detalharemos apenas as expressões mais diretas das estratégias de desinstitucionalização. Mesmo entendendo que a efetividade dos processos de desinstitucionalização são inacabados e que configuram-se como uma dinâmica permanente que perpassa por vários pontos de atenção propostos pela RAPS.

Fica evidente que a desinstitucionalização como processo construído a partir de uma prática viva e inacabada vai para além da implantação de serviços e que perpassa pela

¹² Os pontos de atenção da RAPS baseados na Portaria 3.088/11 (Brasil, 2011a) estão detalhados na tabela exposta no Anexo I.

desconstrução permanente de saberes baseados na segregação, sejam, eles científicos, jurídicos, de intervenção cultural e também na possibilidade de dialetizar as relações de poder, implicando mudanças psicossociais (LUCENA *et al*, 2019, p. 47).

Embora o componente das “estratégias de reabilitação psicossocial” seja fundamental, especialmente no que se refere à dimensão da inclusão social e econômica, dada a inexistência de um aparato normativo e de financiamento mais contínuo e genérico para todo o país, assim como as especificidades dessas ações de acordo com as localidades em que são desenvolvidas; não nos debruçaremos sobre este componente.

2.4.2 O componente estético da desinstitucionalização na política pública

O componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social (BRASIL, 2014).

Guerrero *et al* (2019), colocam que o componente da desinstitucionalização na política de saúde mental é operado pelos serviços residenciais e pelo PVC. Já os SRT¹³ foram criados pela portaria ministerial 106 de 2000 (BRASIL, 2000), no âmbito do SUS, como moradias para acolher pessoas com anos ininterruptos de internação psiquiátrica que foram desospitalizadas.

Configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (BRASIL, 2011b).

Posteriormente, a partir da portaria ministerial 3.090 de 2011 (BRASIL, 2011b), esses serviços passaram a ser caracterizados como moradias que podem acolher de 08 a 10 pessoas, dependendo da sua tipologia: SRT tipo I - 08 moradores e SRT tipo II – 10 moradores¹⁴. A tipologia destes serviços é definida a partir da complexidade do cuidado demandada pelos seus moradores. O SRT tipo II, por exemplo, é voltado para pessoas que apresentam limitações clínicas e cognitivas que demandam cuidados de forma intensiva para desenvolvimento das atividades diárias.

¹³ Neste estudo, abordamos serviço residencial terapêutico (SRT), casa, residência, residência terapêutica e moradia com o mesmo sentido.

¹⁴ Após 2015 foram instituídas algumas mudanças em relação aos parâmetros normativos da SRT, dos quais serão explicitados mais adiante.

Venturini (2010) ao discutir a potência das residências, enfatiza que estas devem funcionar como pontes para que as pessoas acessem e habitem a cidade, facilitando o estabelecimento de diferentes relações, o que ele chama de construção da “coesão social”, conceito já abordado anteriormente. Essas casas devem ainda, segundo o autor (2010), no seu interior, propiciar um espaço de progressiva apropriação das pessoas sobre o seu lugar de moradia, o seu cotidiano e sua própria vida.

Outra importante materialização do componente da desinstitucionalização é a Lei Federal 10.708 de 2003 (BRASIL, 2003a), que cria o Programa de Volta para Casa, instituindo “o auxílio-reabilitação para pacientes acometidos de transtornos mentais graves egressos de internações” (BRASIL, 2003). Esta lei oferta concretamente a possibilidade das pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos receberem de forma articulada, ao sair do hospital e retornar ao convívio com a sociedade: acompanhamento psicossocial e recurso financeiro para apoio a sua subsistência. Atrela o recebimento do benefício à garantia de cuidados na rede territorial.

Guerrero *et al* (2019) defendem que o recurso financeiro nominal às pessoas, “se constitui como tecnologia de proteção social e apoio à ressocialização”(GUERRERO *et al*, 2019 p.13), dada sua repercussão direta para o aumento do poder contratual das pessoas. Os referidos autores apontam que o programa foi proposto desde 1992 na II Conferência Nacional de Saúde Mental e que é considerado na literatura mundial como um instrumento potente de reabilitação psicossocial. Referem ainda que até 2015, 4.394 pessoas foram contempladas com o programa, distribuídas da seguinte forma: 2.846 pessoas no Sudeste, 450 no Sul, 36 no Norte, 831 no Nordeste e 231 no Centro-Oeste. Vale ressaltar que as regiões com maiores números são aquelas que apresentam maior concentração de leitos em hospitais psiquiátricos, processos de desinstitucionalização e rede territorial implantada.

O Programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal. Assim, cada beneficiário do Programa recebe um cartão magnético, com o qual pode sacar e movimentar mensalmente estes recursos. O município de residência do beneficiário deve, para habilitar-se ao Programa, ter assegurada uma estratégia de acompanhamento dos beneficiários e uma rede de atenção à saúde mental capaz de dar uma resposta efetiva às demandas de saúde mental (BRASIL, 2005, p.16-17).

Outra importante expressão do componente da desinstitucionalização na política pública foi a portaria 2.840/2014 (Brasil, 2014) que criou o

Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal (BRASIL, 2014).

Tal portaria reafirma os princípios da desinstitucionalização focando suas ações para as pessoas em situação de internação psiquiátrica de longa permanência (superior a um ano ininterrupto). Para isso, define como possíveis destinos no processo de desospitalização: a família, o SRT e em casos específicos de pessoas com deficiência, as residências inclusivas da assistência social¹⁵. Estabelece financiamento e orientações técnicas para a constituição de equipes de desinstitucionalização no sentido de apoiar e acelerar estes processos no Brasil. Outro elemento importante da normativa em questão foi a explicitação de mecanismo para indução do fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e os necessários investimentos na rede psicossocial, a saber no artigo 18:

§ 1º Os recursos financeiros correspondentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos leitos fechados serão mantidos ou realocados para o teto orçamentário do Município, que se responsabilizará pela atenção às pessoas desinstitucionalizadas, com fins de aplicação na RAPS local (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar que a Portaria 2.840/2014 (BRASIL, 2014), embora tenha sido considerada como estratégica para avançar com o componente da desinstitucionalização, não foi amplamente potencializada, dado o contexto político do país e do campo da saúde mental na época. Já pairavam os tensionamentos que antecipavam os acontecimentos no campo nos anos posteriores, dos quais veremos adiante.

É observável como a “política de saúde mental, álcool e outras drogas” no Brasil foi se constituindo a partir de uma prática longitudinal e dinâmica de reflexões, organização política e experimentações e que no seu crescente, foi tecendo-se a partir de dimensões conceituais, assistências e legais. Como afirma Guerrero *et al* (2019), a política de saúde mental brasileira não se restringiu “à reestruturação técnica dos serviços ou de terapêuticas modernas”, mas, requisitou “a produção de estratégias singulares, alinhadas ao perfil clínico-social dos usuários” (GUERRERO *et al*, 2019, p.12).

Considerando os avanços legais que fortaleceram o componente da desinstitucionalização ao longo dos anos, não podemos deixar de citar as proposições da Lei Federal 13.146/2015 (BRASIL, 2015b), denominada de Lei Brasileira de Inclusão ou Estatuto da Pessoa com Deficiência. Tal lei institui a ideia de incapacidade relativa, atestando que a

¹⁵ Moradias, de gestão da assistência social, estabelecidas pela Portaria Interministerial de número 03 do Ministério do Desenvolvimento Social e do Ministério da Saúde, de 21 de setembro de 2012 (Brasil, 2012). Vale ressaltar que embora esta portaria tenha sido importante, na prática, não se avançou com este dispositivo uma vez que existiam e existem tensões do ponto de vista conceitual, operacional e de responsabilidades entre os sistemas de saúde e da assistência social quanto a este tema (interpretação nossa a partir da experiência profissional).

deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, considerando a parcialidade e temporalidade das incapacidades. Tal dispositivo legal traz a possibilidade de revisão dos pedidos de curatela, embora ainda seja pouco explorada na rede de atenção psicossocial (pelo menos na rede local no estado de Pernambuco, onde vivenciamos nossa experiência profissional).

Esses novos parâmetros somam-se concretamente aos esforços desenvolvidos no processo de transformação da relação de tutela pela de contratualidade, ao redefinir as possibilidade de rever a interdição, o que traz para o âmbito da desinstitucionalização o reconhecimento do sujeito de direitos.

O título II dos direitos fundamentais, no capítulo I do direito à vida, na referida lei (BRASIL, 2015b), aponta no primeiro parágrafo do artigo 12 que: “em caso de pessoa com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento” (BRASIL, 2015b).

Já no livro II, parte especial, título I, do acesso à justiça no capítulo II, do reconhecimento igual perante a lei, temos:

Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º Quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à curatela, conforme a lei.

§ 2º É facultado à pessoa com deficiência a adoção de processo de tomada de decisão apoiada.

§ 3º A definição de curatela de pessoa com deficiência constitui medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível.

§ 4º Os curadores são obrigados a prestar, anualmente, contas de sua administração ao juiz, apresentando o balanço do respectivo ano.

Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.

§ 3º No caso de pessoa em situação de institucionalização, ao nomear curador, o juiz deve dar preferência a pessoa que tenha vínculo de natureza familiar, afetiva ou comunitária com o curatelado.

Art. 86. Para emissão de documentos oficiais, não será exigida a situação de curatela da pessoa com deficiência.

Art. 87. Em casos de relevância e urgência e a fim de proteger os interesses da pessoa com deficiência em situação de curatela, será lícito ao juiz, ouvido o Ministério Público, de ofício ou a requerimento do interessado, nomear, desde logo, curador

provisório, o qual estará sujeito, no que couber, às disposições do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015).

No que tange ao componente da desinstitucionalização, identificamos expressivos e importantes avanços, mas, ainda não suficientes. A devolução da dignidade e da possibilidade de trocas afetivas e sociais às pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos, ainda se constitui como um dos grandes desafios no campo da saúde mental.

Dados oficiais do Ministério da Saúde de 2011 apontam que em média 37% do universo das 26.551 pessoas internadas neste período em hospitais psiquiátricos no Brasil, em leitos do SUS, contavam com internação há mais de um ano sem interrupção. Tais informações ainda apontam que nos estados do Amazonas, Pernambuco, Pará, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo este percentual apresenta-se acima da média encontrada no país (BRASIL, 2011c).

Avaliamos que este número deve ter mudado, mas não o bastante para reverter por completa a situação do confinamento em hospitais psiquiátricos, especialmente nos tempos atuais onde o processo de incentivo governamental para o fechamento dos hospitais psiquiátricos foi interrompido.

Os desafios no Brasil vão para além da disponibilidade de oferta de serviços, pois compreendem também, e essencialmente, a preocupação com a lógica com que se opera o processo de desinstitucionalização das pessoas com sofrimento mental, marcadas pela institucionalização.

Observamos que as leis e normativas referidas neste capítulo e a proposição da RAPS, baseada na Portaria 3.088/11 (BRASIL, 2011a), reconhecendo seus limites, se configuram como amarrações legais de um processo histórico e participativo de construção no âmbito público e evidenciam de uma forma geral, o caráter de alteridade e protagonismo dos sujeitos e sujeitas desta pesquisa. Para além de uma fundamentação científica, transformam as proposições discutidas nesse estudo, como pauta de direitos.

Vale destacar, porém, que todas as discussões acerca da “Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas” no Brasil postas até o presente momento, abarcam a configuração histórica até o ano de 2015. Desde então, para além dos velhos desafios, novos obstáculos se colocam, considerando que a condução institucional da política mudou de rota.

Observa-se nos tempos atuais a retomada concreta do diálogo com a perspectiva manicomial, expressada através de mudanças de normativas e de financiamento público num processo vertical de completa ausência de interlocução com as bases históricas que compuseram a construção dessa política pública, a saber: movimento de luta antimanicomial (MNLA), Rede

Internúcleos (RENILA), Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), usuários, familiares e trabalhadores da RAPS, Conselho Nacional de Saúde e outros.

2.4.3 Os tensionamentos atuais da “Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas”

Do final de 2015 até os dias atuais, o estado brasileiro vem declinando no âmbito institucional do governo, para o velho modelo biomédico e hospitalocêntrico com novas proposições governamentais que não comungam com os princípios postos pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Nos tempos atuais, o jogo de forças entre o modelo psicossocial e manicomial ganha intensidade com repercussões quanto à lógica, às normativas e ao financiamento.

Institui-se, por parte do Governo Federal, práticas de defesa de projetos clínicos, políticos e econômicos coniventes com o modelo manicomial, com ênfase na internação e nos interesses particulares de alguns seguimentos privados, mediante o desenvolvimento articulado de estratégias discursivas, jurídicas e orçamentárias. A publicação de uma nova edição da portaria ministerial da RAPS, a 3.588 de 2017 (BRASIL, 2017), configura-se como um exemplo.

Neste documento algumas mudanças são instituídas: a inclusão do hospital psiquiátrico na rede (o que não existia na edição anterior, uma vez que este dispositivo era considerado como temporário e não integrante da rede territorial, dada a indução de substituição completa do modelo hospitalar pelo territorial em curso); o reforço à comunidade terapêutica como serviço de destaque para o cuidado das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas; alteração dos parâmetros dos leitos de saúde mental em hospital geral, induzindo a desarticulação destes à clínica médica e enfatizando a enfermagem psiquiátrica especializada, assim como a ocupação de 100% dos leitos; introdução de uma equipe ambulatorial com financiamento próximo ao CAPS I, desconsiderando as possibilidades de potencialidades das equipes dos CAPS e dos Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) no território; alteração dos parâmetros dos SRT, aumentando o número máximo de moradores por casa e ampliando seu perfil, agora também voltado para pessoas em situação de rua (BRASIL, 2017).

Com esta nova edição da RAPS, uma nova problema se apresenta: o estímulo aos municípios e estados por parte do Ministério da Saúde, para realização de internação e abertura/sustentação de leitos em hospitais psiquiátricos. Para isto, a nova normativa, inicialmente, estimulava os gestores municipais e estaduais, em casos de desospitalização da

população com internação de longa permanência; a não fechar o leito, mantendo o recurso financeiro para sua sustentação e ocupando o mesmo com novas internações.

Outro elemento a ser destacado, é o desfinanciamento da RAPS em detrimento do financiamento das instituições de internamento. Em 2018, foram retirados da RAPS mais de cem milhões através das portarias ministeriais 3.659 e 3.781 de 2018 (BRASIL, 2018a e 2018b)¹⁶, referente a serviços não implantados e com baixa produção. Com a instituição da RAPS, os aspectos operacionais dos registros e de cobrança dos procedimentos nunca foram adequadamente conduzidos por parte do Ministério da Saúde junto aos municípios. A nosso ver, caberia ao Governo Federal tratar a questão de forma a não prejudicar a sustentação ou ampliação da rede territorial, mas a opção foi retirar o dinheiro da rede, o que nos parece configurar como uma estratégia para fragilizar seu crescimento.

No mais, destaca-se a existência, paralela a todo este processo, do congelamento do financiamento dos componentes territoriais da RAPS e a morosidade, por parte do Ministério da Saúde, de analisar e aprovar os processos de habilitação dos novos serviços implantados no Brasil.

Curioso observar que em 2017/2018, os hospital psiquiátricos receberam progressivamente aumento de até 60% do valor da AIH (autorização da internação hospitalar) através da nova portaria da RAPS e portaria 2.434 de 2018 (BRASIL, 2018c). Tal perspectiva vai de encontro ao processo anterior instalado, de ênfase nos serviços territoriais em detrimento do hospitalar. A lógica se inverte.

Importante destacar que a política de aumento das diárias hospitalares é concomitante a suspensão do Programa de Avaliação da Assistência Hospitalar (PNASH Psiquiatria), ou seja, aumento de financiamento sem regulação da qualidade do serviço prestado. Vale lembrar que ao longo dos anos o PNASH possibilitou identificar as instituições com violação de direitos e a abertura de processos para seus fechamentos, culminando em experiências importantes de desinstitucionalização.

Neste mesmo ano as comunidades terapêuticas também foram privilegiadas com financiamento expressivo: através do Edital 01 (BRASIL, 2018d) da Secretaria Nacional sobre

¹⁶ Dadas as repercussões de tal medida no âmbito do controle social e da gestão tripartite do SUS, especialmente entre gestores estaduais e municipais de saúde, o Ministério da Saúde revoga tais portarias através da Portaria Ministerial 2.387 de 2019 (Brasil, 2019a.) com a justificativa do “aperfeiçoamento dos instrumentos de monitoramento e avaliação... com vistas a ampliar e qualificar a prestação de serviços de saúde mental nos municípios, estados e Distrito Federal”.

Drogas do Ministério da Justiça juntamente com o Ministério da Saúde, do Trabalho, do Desenvolvimento Social; foram liberados mais de 87,3 milhões para estas instituições. Em outubro de 2019, representante da secretaria nacional de cuidados e prevenção às drogas do Ministério do Desenvolvimento Social, anunciou a inclusão das CTs no orçamento de 2020 e no plano plurianual 2010/2023 do governo federal (PINHO, 2019a).

Vale ressaltar que em 2019 foi publicado o Decreto 9.761 de 11 de abril de 2019 (Brasil, 2019b) que aprova a Política Nacional sobre Drogas e na subsequência foi aprovada a Lei Federal 13.840 de 2019 (BRASIL, 2019c), alterando uma série de leis, dentre elas, a Lei Federal 11.342 de 2006 (Brasil, 2006), mais conhecida como a “lei de drogas”:

Altera as Leis n os 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei n os 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas (BRASIL, 2019b).

Estas medidas apresentaram-se em consonância com os desdobramentos no campo da saúde mental. Trouxeram no seu bojo o abandono institucional do Estado Brasileiro em relação a estratégia de redução de danos. É importante destacar que a redução de danos tem como foco as pessoas e não as drogas, numa perspectiva de oferta de cuidados que minimizem vulnerabilidades e riscos, podendo a abstinência ser o resultado de um processo.

Nas legislações supracitadas (BRASIL, 2019b e 2019c), foi dado enfoque ao tratamento e a prevenção baseados na abstinência, às comunidades terapêuticas como entidades estratégicas e ao modelo de combate às drogas. Tais prioridades apontam o condicionamento da política de financiamento às novas diretrizes, das quais destacamos algumas:

5.2.5 Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas, de adesão e permanência voluntárias pelo acolhido, de caráter residencial e transitório, inclusive entidades que as congreguem ou as representem.

5.2.6. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada.

5.2.7. Estimular o trabalho de instituições residenciais de apoio provisório, criadas como etapa intermediária na recuperação, dedicadas à reinserção social e ocupacional após período de intervenção terapêutica aguda.

5.2.8. Propor, por meio de dispositivos legais, incluídos incentivos fiscais, o estabelecimento de parcerias e de convênios que envolvam os governos federal, estaduais, municipais e distrital e que possibilitem a atuação de instituições e organizações públicas, não-governamentais ou privadas sem fins lucrativos, que contribuam no tratamento, no acolhimento, na recuperação, no apoio e na mútua

ajuda, na reinserção social, na prevenção e na capacitação continuada (BRASIL, 2019b).

Observa-se que nestas recentes alterações jurídicas-legislativas, a RAPS não é mencionada. Parece-nos que está em jogo, essencialmente, a relação público e privado. É visível como as alterações da “Nova Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas” expressam, nas entrelinhas, esforços para fortalecer com financiamento público entidades privadas. Entidades que trazem na, sua natureza, características muito contundentes quanto à missão de recuperação, controle e adequação das pessoas na nossa sociedade.

Por fim, vale destacar que também em 2019, o Ministério da Saúde emite a Nota Técnica de número 11 (BRASIL, 2019d), produzindo medidas mais explícitas e reforçadoras do modelo manicomial e desencadeando o reforço de novas roupagens de institucionalização. Tal nota trouxe no seu bojo o abandono da lógica de redução de danos em detrimento da abstinência. Passando esta última perspectiva a ser a única e exclusiva forma de tratamento considerada pelo Ministério da Saúde, desprezando a experiência da rede de atenção psicossocial e algumas relevantes pesquisas realizadas no campo.

Falamos aqui especificamente das pesquisas da FIOCRUZ no ano de 2013, sobre o perfil dos usuários de crack e drogas similares nas capitais brasileiras (Bastos e Bertoni, 2014) e a pesquisa coordenada pelo professor Jessé de Souza, “Crack e Exclusão social” no ano de 2016 (SOUZA, 2016a). Tais estudos evidenciaram o quanto a vulnerabilidade social agrava a situação das pessoas que fazem uso de drogas, apontando com isso, a necessidade de cuidados diversificados, reduzindo danos e vulnerabilidades.

Existem diferentes caminhos para o cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de drogas. O padrão de uso, as configurações de vida são diversas e demandam diferentes formas de cuidado. A obrigação do Governo Federal seria ampliar o leque de possibilidades terapêuticas e não restringir como tem feito nos últimos tempos. Especialmente quando esta restrição significa o enfoque num único modelo, o das CTs. Sabe-se que estas entidades já foram alvo de várias vistorias que identificaram violação de direitos, conforme mostra o último relatório do Conselho Federal de Psicologia (2018) (CFP).

Se o Estado é laico, como o Governo pode financiar entidades religiosas que preconizam tratamentos a partir de uma prática doutrinária?

Outro aspecto relevante, apontado pela nota, é a indicação de internação de crianças, quando nos últimos anos os Centros de Atenção Psicossocial Infância-juvenil (CAPSi) foram eleitos como estratégicos para o cuidado de crianças e adolescentes. Considera-se que este

público precisa ser cuidado junto à família, articulando escola e cultura, como referendado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no seu artigo 4º:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Vemos nas modificações da política de saúde mental, álcool e outras drogas uma clara indução para constituição de novas formas práticas de institucionalização psiquiátrica. O financiamento público de compra de equipamentos de eletroconvulsoterapia (ECT), mais conhecido como eletrochoque, paralelamente ao financiamento de internações, foi uma outra proposição oficial do Governo.

Kaplan e Sadock (1993) apontam que “as três indicações mais claras para ECT são depressão, mania e, em algumas circunstâncias, esquizofrenia (KAPLAN; SADOCK, 1993, p.711)”. Entretanto, Silva e Caldas (2008), reconhecendo a importância da pauta no âmbito da psiquiatria moderna, vão a partir de uma revisão bibliográfica referir a existência de imprecisão entre as indicações, contra-indicações e eficácia da técnica.

verificou-se alguma divergência entre os autores pesquisados. Há, entretanto, concordância entre um grupo de autores sobre o fato de que o ECT estaria indicado nos casos de: depressão monopolar, na fase maníaca e depressiva do transtorno afetivo bipolar e em alguns tipos de esquizofrenia, especialmente a forma catatônica - Bastos, 2003; Busnello, 1995; Del Porto, 2006; Lawrence, 1980; Resolução nº 1.640/2002; Spuerri, 1979; Salzman, 1978 (SILVA; CALDAS, 2008, p. 348).

Os últimos autores citados afirmam que estudos mostram que a ECT terminou por entrar em desuso, considerando a “utilização dos psicofármacos e de psicoterapias na prática psiquiátrica” (SILVA; CALDAS, 2008, p. 356). Silva e Caldas ainda colocam o debate da questão como complexo, uma vez que ultrapassa a dimensão orgânica, devendo ser valorizada também as considerações de “natureza histórica, psicológica, social, política e ética” (SILVA; CALDAS, 2008, p. 359).

Tal problematização faz-se relevante, considerando que esse tipo de procedimento foi usado no Brasil de forma indiscriminada e como instrumento de tortura e castigo dentro de hospitais psiquiátricos, constantes em várias narrativas de quem viveu esta experiência; seja via pesquisas ou produções jornalísticas e literárias, como por exemplo:

...“castigos” impostos diante de “desobediência”: medicação à força, eletrochoque.. (BESSONI *et al*, 2019, p. 46).

No Brasil, o método só passou a ter mais controle em 2002, quando o Conselho Federal de Medicina estabeleceu regras específicas para a adoção da técnica, como a necessidade de aplicar anestesia geral. Além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas, nem sempre foi assim. No Colônia o choque

era aplicado a seco, e tinha características semelhantes à tortura (ARBEX, 2014, p. 36)

Poema das quatro horas de espera para ser eletrocutado – aplicação da eletroconvulsoterapia: sequelas não acabam com o tempo. Amenizam. Quando passam em minha mente as horas de espera, sinceramente, tenho dó de mim. Nó na garganta, choro estagnado, revolta acompanhada de longo suspiro. Ainda hoje, anos depois, a espera é por demais agonizante. Horas, minutos, segundos são eternidade martirizantes. Não começam hoje, adormeceram há muito tempo, a muito custo... comigo. Esta espera, Oh Deus! É como nunca pagar o pecado original. É ser condenado a morte várias vezes (CARRANO BUENO, 2014).

A indagação que paira sobre tal medida é o quanto se justifica investimentos neste tipo de procedimento controverso, uma vez que a rede psicossocial apresenta outras necessidades, já pautadas claramente nas quatro conferências nacionais de saúde mental. Por que não investimentos em novas modalidades de cuidado em saúde, estratégias de inclusão social mais efetivas, protagonismo de usuários e familiares e qualificação das equipes técnicas? A quem responde esta medida? Qual o respaldo científico para colocá-la como prioridade no orçamento público? Uma ciência pautada apenas nos parâmetros biologicistas deve ser considerada como único critério para definir as prioridades de investimentos em padrões de tratamento?

Não podemos deixar de destacar que, previamente a todas estas medidas, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria publicou uma nota técnica (CFM e ABP, 2017) que questionou a diminuição de leitos em hospital psiquiátrico, demandando abertura de novos hospitais, com realização de críticas ao modelo psicossocial. Tal acontecimento, expressa um alinhamento entre o Governo Federal e estas entidades (pelo menos na época), o que reforça nossas considerações acerca de um engendramento institucional em curso desencadeado para responder a interesses específicos de determinados seguimentos.

Neste contexto também se constitui, em 2018, a “Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica”, composta por 226 deputados de diversos partidos e 4 senadores (PINHO, 2019b).

Pinho (2019), vai chamar o período aqui discutido como fase de “contra-reforma psiquiátrica”, apontando como características e induções respectivamente, em curso e a serem intensificadas:

1. Democracia de baixa intensidade: o método de passar por cima dos conselhos e dos debates públicos, e da imposição, pelo uso da força de maiorias nas casas legislativas e da caneta do executivo serão intensificados;
2. Uma guerra de narrativas (info war) será realizada, buscando evidenciar como a RAPS, é incapaz, má gerida, que não dá respostas, e como a “internação”, o “isolamento social”, o “cuidado ambulatorial” são mais eficazes, tanto economicamente, quanto socialmente;
3. A ampliação e consolidação do bloco social e político (ABP/CFM/Comunidades Terapêuticas) para construir máquinas de guerra, para levar a frente seu “discurso”, “suas narrativas” e suas “verdades” (PINHO, 2019b, p. 8).

Guimarães e Rosa (2019), nomeiam todo esse processo como “remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental”. Apontam, citando Doniec *et al* (2018), que tal medida faz parte de

um projeto geral de desmonte do SUS e de sua universalização que segue tendências neoliberais baseadas no nefasto trinômio da austeridade, privatização e desregulamentação que, acentuadas pela grave crise econômica, ataca um dos princípios fundamentais da atenção integral à saúde, desobedecendo um direito constitucional (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 132).

A partir dos cenários apresentados, vale a pena contextualizar brevemente o estado de Pernambuco e a cidade do Recife, considerando que foram bases para o desenvolvimento desta pesquisa. Vale ressaltar, porém, que nos deteremos a explicitação daquilo que se refere diretamente à sustentação política e jurídica de estratégias voltadas para o processo de desinstitucionalização.

2.4.4 O processo de desinstitucionalização em Pernambuco e em Recife: as diferentes expressões da sustentação e das ameaças

O Estado de Pernambuco apresentou no último censo, em 2010, o total 8.796.448 habitantes. E tem como estimativa para o ano de 2019, 9.557.071 habitantes (IBGE, 2017). A referida unidade federativa é organizada em doze regionais de saúde compreendidas entre as regiões Metropolitana, Sertão, Agreste, Zona da Mata Norte e Sul (PERNAMBUCO, 2019a).

Em 2008, Pernambuco ocupava o terceiro lugar dentre os estados brasileiros no que se refere a concentração de leitos psiquiátricos, considerando o número de leitos SUS por 1000 habitantes (PERNAMBUCO, 2018a).

Segundo informações da Gerência Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, apresentadas em evento público, o estado vem reduzindo leitos em hospitais psiquiátricos, chegando a ocupar na atualidade o terceiro lugar no ranking brasileiro no que se refere a redução de leitos psiquiátricos no país, conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 1 – Panorama do número de hospitais e leitos psiquiátricos em Pernambuco

Ano	Número de Hospitais psiquiátricos	% Redução de Número de Hospitais/ Ano	Número de Leitos Psiquiátricos SUS	% Redução de Leitos/Ano
2009	16	-	2.727	-
2012	11	31,3%	1.233	54,8%

2015	08	27,3%	976	20,8%
2016	05	37,5%	715	26,7%
2018	05	0,0%	445	37,8%

Fonte: (PERNAMBUCO, 2019a)

Vale ressaltar que entre os anos de 2009 e 2010, o estado foi palco de uma histórica articulação tripartite no SUS (município, estado e governo federal) para desenvolver o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas num dos manicômios integrante do bloco dos onze (11) maiores hospitais psiquiátricos do Brasil (LUCENA, 2011).

Este período representa um recorte temporal significativo para a impulsão de processos de desinstitucionalização no estado, como também para a interiorização de serviços territoriais de saúde mental, com o desenvolvimento concomitante da co-gestão de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, fruto de uma parceria entre Secretaria Estadual de Saúde e Universidade Estadual de Pernambuco (LUCENA, 2012).

Até outubro de 2019a rede de atenção psicossocial no estado apresentava a seguinte composição (PERNAMBUCO, 2019a):

- 142 CAPS, sendo 17 com funcionamento 24horas;
- 96 serviços residenciais terapêuticos;
- 05 unidades de acolhimento;
- 13 equipes de consultório de rua/na rua;
- 118 leitos de saúde mental em hospital geral.

Pernambuco conta com a Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica 11.064/94 que “dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental e regulamenta a internação psiquiátrica involuntária, dentre outras providências” (PERNAMBUCO, 1994). Esta lei, além de proibir a implantação de novos leitos em hospitais psiquiátricos no território pernambucano, no seu art. 5º, indica como recursos da rede de atenção para pessoas marcadas pela institucionalização psiquiátrica:

pensão protegida, o serviço com estrutura familiar, que recebe pacientes egressos de internação psiquiátrica, em condições de alta, mas sem condições de volta ao convívio familiar; [...] lar adotivo, o cuidado, sob supervisão, do paciente psiquiátrico crônico por família que não a sua (PERNAMBUCO, 1994).

Outra lei importante no estado é a de nº 14.561 de 26 de dezembro de 2011 (Pernambuco, 2011), que institui a Política Estadual sobre Drogas, estabelecendo que o cuidado

às pessoas deve ser realizado na lógica da Redução de Danos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e na rede complementar.

Para além da sustentação legal, esforços coletivos advindos de várias mobilizações e debates, vêm induzindo a organização de algumas normativas legais que reforçam a política de saúde mental, álcool e outras drogas na perspectiva da desinstitucionalização, a saber:

- Resolução Comissão Intergestora Bipartite Pernambuco (CIB/PE) N. 4041/2018 que aprova a incorporação de AIH em psiquiatria para municípios que promovem desinsinstitucionalização de pessoas com internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos (PERNAMBUCO, 2018a).
- Resolução CIB PE N. 747/2018 que aprova as diretrizes para a remodelagem da RAPS no estado, de forma a não incluir o hospital psiquiátrico e a comunidade terapêutica como integrantes da rede. Desta forma, tal resolução também aprova a “Política Estadual de Atenção à Saúde Mental de Pernambuco”, cujas diretrizes apontam para o respeito aos direitos humanos e aos princípios antimanicomiais; a garantia de cuidados diversificados e de base territorial/ comunitária, com ampliação e efetivação da RAPS e reconhecimento da redução de danos como estratégia de prevenção e cuidado; a substituição do modelo hospitalocêntrico a partir da reversão de recursos financeiros do hospital psiquiátrico por uma rede de atenção psicossocial e por fim; a garantia de cuidados para populações tradicionais e vulneráveis (PERNAMBUCO, 2018a).

Em 2019, a 9ª. Conferência Estadual de Saúde, definiu entre as propostas finais, pela manutenção da ampliação e qualificação da RAPS na perspectiva antimanicomial e da redução de danos:

Fortalecer e garantir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir da implantação e financiamento dos desenhos das RAPS regionais, com a ampliação dos serviços: de atenção à saúde mental infanto-juvenil (CAPSi), CAPSAD, CAPS I, CAPS II, CAPS III 24h e leitos integrais em hospitais gerais, revogando a nota técnica ministerial nº 11/2019, PORTARIA 3.659/2018 e PL N°37/2019, fortalecendo estratégias de redução de danos, garantindo o não financiamento das comunidades terapêuticas e a lógica antimanicomial (PERNAMBUCO, 2019b).

Vale destacar a assinatura, em outubro de 2019, do termo de cooperação técnica entre Ministério Público Estadual e Secretaria Estadual de Saúde para lançamento da “Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária” de caráter intersetorial, no estado. O documento

“implementa o programa ‘Fiscaliz-AÇÃO em Saúde Mental’, que supervisionará tais internações nas unidades, sejam elas integrantes ou não do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando garantir todos os direitos previstos em lei para o paciente em sofrimento decorrente transtornos mentais ou abuso de álcool e outras drogas (PERNAMBUCO, 2019c).

Em relação aos processos de desinstitucionalização especificamente, foi constituído um Fórum Estadual de Desinstitucionalização com composição de representantes de vários municípios e estado para discussão permanente sobre as experiências em curso, pautando os avanços e desafios no âmbito do cuidado e da gestão.

Tais medidas,, desenvolvidas em Pernambuco, configuram-se como estratégias claramente opostas a “contrarreforma psiquiátrica” em curso no Brasil. É importante destacar que o estado comporta movimentos sociais expressivos no campo da saúde mental, que atuam especialmente na cidade do Recife e Região Metropolitana, a saber, dentre outros, o Núcleo de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades/RENILA, Coletivo Antiproibicionista, Associação de Usuários e Usuárias de Saúde Mental Corpo de Lama, Escola de Formação Antimanicomial, Escola Livre de Redução de Danos, Fórum Estadual de Trabalhadores e Trabalhadoras de Saúde Mental de Pernambuco, Coletivo Pernambucano de Residentes em Saúde e outras entidades como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES (representação local), Conselho Regional de Psicologia, Conselho Regional de Terapia Ocupacional, Conselho Regional de Serviços Social, Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME (representação local) e representações de docente e discente de universidade públicas no estado. Alguns destes seguimentos têm formado uma grande articulação e ocupado espaços estratégicos como os conselhos de drogas, especialmente, na região metropolitana.

Outra ação potente tem sido a articulação integrada de alguns destes seguimentos junto ao legislativo, desenvolvendo ações no sentido de barrar a entrada das comunidades terapêuticas nos sistemas públicos da saúde e da assistência social (EBRAHIM, 2019a, 2019b, 2019c). Vale ressaltar que, tanto no legislativo como na Secretaria de Políticas de Prevenção à Violência e às Drogas no estado de Pernambuco, existem fortes movimentos em defesa do financiamento público das comunidades terapêuticas. Tal realidade impõe no cenário estadual um permanente e necessário embate.

Diante do exposto, é preciso ressaltar que à luz do percurso histórico no Brasil, o processo pernambucano também é marcado por avanços e contradições, mas possui, no âmbito da política pública dentro do SUS, sustentado os ideais da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Apesar da morosidade no processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos e da ausência de cofinanciamento da RAPS, a opção política tem se dado pelas amarrações

institucionais e legais para garantir no estado a indução de transformação do modelo asilar para o territorial.

Neste sentido, alguns desafios, confirmados pela própria Gerência de Atenção à Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do estado, se colocam: continuidade e celeridade do plano estadual de desinstitucionalização e consequente fechamento dos hospitais psiquiátricos; efetivação dos desenhos regionais da RAPS; expansão dos CAPS com funcionamento 24h em todas as regiões e desenvolvimento de uma política de co-financiamento estadual da RAPS (PERNAMBUCO, 2019a).

Neste cenário, Recife se destaca por apresentar uma das redes territoriais de gestão municipal mais expressivas no estado de Pernambuco. Conta, pelo censo de 2010 com 1.537.704 habitantes, tendo como estimativa para o ano de 2019, 1.645.727 habitantes (IBGE CIDADES, 2017).

A cidade, no âmbito da organização da saúde, é subdividida em oito (08) distritos sanitários que reproduzem no seu território a descentralização das diretorias da secretaria de saúde e conduzem os processos de gestão da rede. Cada território conta com uma rede de saúde: serviços que vão desde a atenção básica até os mais especializados.

Em Recife, em relação à política de saúde mental, destacamos a lei municipal 16.232/96 que conforme a lei estadual já referida, também dispõe sobre "a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental e regulamenta a internação psiquiátrica involuntária" (RECIFE, 1996).

A referida cidade expressa claramente, na sua história, o jogo de forças e as contradições no processo de reforma psiquiátrica. Apresenta longo passado marcado por uma extensa rede de hospitais psiquiátricos e, ao mesmo tempo, desbravamentos no que se refere a construção de uma rede psicossocial territorial.

Melo (2017) ao analisar a política municipal de saúde mental, álcool e outras drogas entre os anos de 2001 e 2012, aponta que em meio a avanços no que se refere a rede psicossocial, se desenvolveu entre "passos, descompassos e controvérsias" com configuração, no âmbito da gestão governamental, de caráter mais alternativo do que substitutivo aos modelos manicomial e proibicionista. Ao mesmo tempo, considera que a existência de coletivos antimanicomiais e antiproibicionistas na cidade, tencionaram permanentemente para que a política se materializasse numa perspectiva mais substitutiva. A partir de tais considerações, elegemos como importantes, quatro marcos temporais: 2001, 2010, 2016 e 2019, uma vez que estes

períodos contam com acontecimentos que produziram repercussões para o processo de desinstitucionalização na cidade.

Tendo Recife, a partir de 2001, intensificado a construção da rede de saúde mental em todo seu território, inicia um trabalho mais direcionado para pessoas com sofrimento psíquico, marcadas pelo processo de institucionalização. É o que na época chamava-se de “Projeto Reabilitar”. Neste período, apenas um dos sete hospitais psiquiátricos de gestão municipal foi fechado (RECIFE, 2016; PERNAMBUCO, 2018b).

Desta experiência, nasceu a lei municipal 16.782 de 2002 (Recife, 2002), instituindo a ajuda financeira a pessoas com internação psiquiátrica ininterrupta por mais de um ano que estivessem retornando ao convívio familiar ou passando a morar em serviços residenciais terapêuticos. Vale ressaltar que esta experiência, juntamente com a da cidade do Rio de Janeiro, produziu algumas contribuições para o que veio a ser o Programa de Volta Para Casa em 2003. É importante destacar que com a instituição do referido programa federal, a lei municipal entrou em desuso (RECIFE, 2016; PERNAMBUCO, 2018b).

Em 2010, com o objetivo de desenvolver um processo mais indutivo em relação a processos de desinstitucionalização, a secretaria de saúde na época, opta por concentrar todos os leitos psiquiátricos de longa permanência em dois hospitais psiquiátricos, mudando sua forma de contrato para que estes pudessem funcionar como um espaço provisório, chamado na época de “Módulos de Reabilitação Psicossocial” – “instancias de acolhimento, passagem, reabilitação e ressocialização em saúde mental, a partir de suporte clínico visando à alta hospitalar” (Relatório de gestão da GSMAD/2012:13 *apud* RECIFE, 2016:5).

Em 2016, a secretaria de saúde municipal amplia o convênio já pré-existente na saúde com duas organizações de saúde (OS) - Instituto Materno Infantil (IMIP) e Santa Casa para realização da co-gestão dos serviços residenciais terapêuticos. Para isso, demanda aos referidos prestadores a seleção e contratação de recursos humanos, aluguel e manutenção das casas, compra de equipamentos e insumos (RECIFE, 2016).

A nosso ver, consolidava-se nesse período a participação da esfera privada filantrópica na co-gestão da rede territorial de saúde mental, trazendo no seu bojo respostas imediatas a administração dos serviços, dada a necessidade na época de celeridade na ampliação dos serviços residenciais terapêuticos; mas, ao mesmo tempo, inaugurando uma era cujos desdobramentos futuros quanto a gestão pública da política de saúde mental, colocavam-se como incógnita.

Ainda no ano de 2016 todos os hospitais psiquiátricos sob gestão municipal foram fechados com encaminhando das pessoas com internação de longa permanência para suas famílias de origem ou SRT. Neste período a RAPS Recife, passa a apresentar uma diversidade de serviços de saúde mental, dos quais destacamos alguns (RECIFE, 2016)¹⁷:

- 17 CAPS, sendo quatro infanto-juvenis (um destes funciona como referência para as questões do uso de drogas na infância e adolescência), cinco destinados a pessoas adultas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, oito destinados a adultos com intenso sofrimento psíquico. Destes dezessete serviços, seis apresentam funcionamento ininterrupto durante 24 horas.
- 24 leitos integrais distribuídos em hospitais gerais;
- 3 unidades de acolhimento (UA) – moradias provisórias para pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, assistidas pelos CAPS;
- 2 equipes de Consultório na Rua (CnR);
- 50 SRT;
- Programa de Residência Multiprofissional na RAPS;
- Programa de Residência em Psiquiatria na RAPS.

Em 2019, diferentemente do percurso da política pública engendrada ao longo dos anos na cidade do Recife, a secretaria municipal de saúde anuncia e efetiva pela primeira vez no município, o fechamento de serviços da RAPS. Trata-se do fechamento de duas residências terapêuticas com a retirada de seus moradores e consequentemente, distribuição dos mesmos em outros SRT na cidade. Tal medida se deu em nome de uma justificativa administrativa¹⁸ e foi definida e executada à revelia da posição dos moradores da residência, dos usuários e trabalhadores da RAPS, dos movimentos sociais e conselho municipal de saúde.

O CAPS Davi Capistrano, o primeiro CAPS 24h da cidade, se manifestou de imediato, denunciando tal decisão a partir de uma carta pública

¹⁷ Os dados se mantêm ainda em 2019, tendo sido modificados apenas os números dos SRT: de 52 para 50.

¹⁸ Ao analisar as matérias publicadas sobre o tema, entendemos que nas argumentações, a secretaria de saúde aponta que com a morte de alguns moradores e consequente “sobra de vagas” nas residências e, mediante necessidade de ajustes financeiros; se justifica agregar as pessoas em casas com menor número de moradores. Uma das alegações, a nosso ver, se relacionava também ao fato da secretaria não se ver com responsabilidades sobre apoiar a necessária realização de processos de desinstitucionalização em outras cidades (PORTELA, 2019a, 2019b, 2019c).

Não está sendo considerado o direito de escolha do local de moradia pelos moradores, nem a decisão de saída da atual residência. Sendo assim desconsiderada a convivência diária durante oito anos dos moradores que dividiram a construção de uma vida, e se vincularam como família, sendo simultaneamente separados (PORTELA, 2019a)

O Núcleo de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades (RENILA) também se manifesta através de nota pública

Como a cidade dita sem manicômios desrespeita toda uma história construída por moradores em suas casas? Qual o lugar da clínica antimanicomial, que preconiza a singularidade, o direito, os desejos e o protagonismo dos usuários na cidade do Recife? (PORTELA, 2019a).

O Fórum de Desinstitucionalização juntamente com o Fórum de Trabalhadores e Trabalhadoras de Saúde Mental de Pernambuco em nota conjunta classificam a decisão da secretaria de saúde como

Decisões alinhadas à lógica de mercado privatista (...) representando grave violência, retrocesso e violação de direitos humanos (PORTELA, 2019a).

A indignação e preocupação das entidades na época, além do já posto, considerava grave o fechamento de residências terapêuticas dada a existência no estado de cerca de 200 pessoas moradoras em hospitais psiquiátricos, incluindo Hospital de Custódia.

Neste sentido, a pedido da Defensoria Pública, através do processo 00253395-93.2019.8.17.2001, a juíza da 3ª. Vara da Fazenda Pública da Capital no dia 07 de maio de 2019, emite a decisão judicial

Visando resguardar o direito constitucionalmente assegurado da dignidade da pessoa humana daqueles que necessitam dos Serviços Residenciais Terapêuticos, vinculados ao Réu, e com supedâneo no poder geral de cautela a mim conferido, DETERMINO a imediata suspensão de qualquer ato tendente a fechar os Serviços Residenciais Terapêuticos do Município do Recife, até que o Réu preste sua manifestação prévia em 10 (dez) dias, momento em que os autos deverão voltar-me conclusos para a análise minuciosa da tutela de urgência (PERNAMBUCO, 2019d).

No embate judicial, no dia 22 de maio de 2019, a juíza supracitada, acatando os argumentos da secretaria de saúde, despachou pela suspensão da decisão tomada por ela mesma. Neste sentido, se efetiva o fechamento de duas residências terapêuticas na cidade do Recife em menos de 48 horas, com a transferência de 13 pessoas para os demais SRT (PORTELA, 2019c).

O Núcleo de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades – RENILA, volta juntamente com outras entidades, a publicar nota de repúdio à secretaria de saúde e a gerência de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas diante do desfecho.

Fechar casas viola o princípio de moradia garantido na constituição. Fechar serviços do SUS é fragilizar o sistema. Fechar moradias de pessoas que foram excluídas da sociedade pelo estado brasileiro por anos e anos é uma ofensa ao princípio da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde. Não pode e nem deve a justificativa econômica estar acima da justificativa terapêutica e dos Direitos Humanos. Como podem respeitar os vínculos, se pessoas que moram juntas há anos, construindo o que

compreendemos como família, são apartadas do convívio diário? (Núcleo de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades/ RENILA, 2019).

Outro aspecto relevante apontado pelas mobilizações era o simbolismo do ato da secretaria de saúde na contemporaneidade, considerando a história da saúde mental na cidade e também o momento político, de uma onda de “contrarreforma psiquiátrica” instalada pelo Governo Federal. Estaria a Prefeitura do Recife no mesmo rumo?

Na nossa perspectiva, tal acontecimento demarca um retrocesso e uma ruptura com uma história crescente (embora marcada por contradições) de fortalecimento da reforma psiquiátrica recifense. Não sabe-se ao certo as suas implicações para o futuro mas, paradoxalmente, reafirma-se que a força que vem construindo e sustentando a política pública na cidade, emana dos diferentes atores antimanicomiais e antiproibicionistas que bravamente, como ato de resistência, se puseram em cena para contrapor-se a racionalidade burocrática que permeou a política pública de saúde mental recifense.

Lucena *et al* (2019), ancorados em Gramsci, referem que a resistência perpassa pelo potencial criativo das pessoas (individualmente ou coletivamente), “...ênfatizando a permanente possibilidade de inventar o novo ou apenas reforçar a velha dominação, diante de determinações ou dos condicionamentos estruturais de várias ordens” (GRAMISCI, 1978 *apud* LUCENA *et al*, 2019, p. 37).

A partir dos referenciais teóricos, dos pequenos fragmentos históricos até aqui expostos e retomando o objeto desta tese: as repercussões da desinstitucionalização no cotidiano das pessoas em meio às marcas produzidas pela institucionalização; apresentamos a seguir, os bastidores e percurso metodológico componentes deste estudo.

Foto 2 – Páginas duplas do livro Casou no Papel de Luiz Santos



Fonte: Santos (2017, p.112-113)

3 O TECIMENTO DO CAMINHO METODOLÓGICO

O Seu Olhar
 O seu olhar lá fora,
 O seu olhar no céu
 O seu olhar demora
 O seu olhar no meu...
 O seu olhar seu olhar, melhora melhora o meu...
 Onde a brasa mora
 e devora o breu
 Como a chuva molha
 o que se escondeu
 O seu olhar seu olhar melhora, melhora o meu...
 O seu olhar agora, o seu olhar nasceu, o seu olhar me olha, o seu olhar é seu...
 (ANTUNES, 1995)

3.1 PREÂMBULOS DO ESTUDO

A discussão metodológica que respalda a pesquisa em questão tem como base o *construcionismo social*, enfocando a dimensão relacional como a plataforma para a compreensão das realidades e construção do conhecimento (SPINK e FREZZA, 2013).

Gergen (1985) aponta que

a investigação socioconstrucionista preocupa-se sobretudo com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem (GERGEN, 1985, p. 266).

Este estudo apresenta um caráter qualitativo e se situa no âmbito da proposta teórico-metodológica nomeada por Spink e Frezza (2013), de “práticas discursivas e produção de sentido”, tendo como foco a linguagem em uso no cotidiano.

Tal perspectiva parte da articulação de três dimensões: linguagem, história e pessoa. Concebemos que a linguagem, a partir de um contexto dialógico, possibilita a construção de diferentes versões da realidade, da qual as materialidades (a forma de nomear) produzem certa objetividade que ao mesmo tempo é relativa, considerando o contexto histórico e dialógico. Esta pesquisa ainda traz no seu bojo o diálogo com as epistemologias feministas, incorporando a ideia de: parcialidade (todo saber é parcial e localizado), temporalidade (todo conhecimento pode ser modificado ao longo do tempo) e de “co-investigação”, tomando o processo de construção a partir do diálogo com os discursos dos participantes e coerência com os princípios teóricos que sustentam essa pesquisa (SANCHEZ, 2015).

Nosso estudo tomou como objeto as repercussões da desinstitucionalização no cotidiano das pessoas, em meio às marcas produzidas pela institucionalização. Apresentou como objetivo geral “analisar as repercussões do processo de desinstitucionalização no cotidiano das pessoas”.

Para sua viabilização, tomamos como foco de análise as informações oriundas da Pesquisa Nacional “O Programa De Volta Para Casa e a Desinstitucionalização: o impacto na vida cotidiana dos beneficiários”, de CAAE 57627316.4.0000.8027 e parecer do Comitê de Ética de número 1.699.082, da qual participamos na condição de pesquisadora.

Consideramos importante, antes de falar do nosso estudo propriamente dito, situar a referida pesquisa nacional que teve na sua coordenação geral, a FIOCRUZ de Brasília. A pesquisa apresentou como objetivos “avaliar o papel do Programa de Volta para Casa quanto ao processo de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica Brasileira” e “analisar o impacto do programa a partir de itinerários de vida dos beneficiários considerando os níveis de autonomia, contratualidade e desdobramentos da rede no seu território existencial” (FIOCRUZ, 2016). Foi desenvolvida entre os anos de 2017 e 2018, nos estados de Pernambuco (Recife e Camaragibe), Paraíba (Campina Grande), Bahia (Salvador e Feira de Santana), Rio de Janeiro (Paracambi), Minas Gerais (Barbacena e Juiz de Fora) e São Paulo (São Paulo, Campinas e Santos).

De uma forma geral, a referida pesquisa, dentre algumas problematizações realizadas, evidenciou que o acesso ao recurso financeiro (através do Programa de Volta para Casa funciona) produz movimentação das pessoas no tecido social. “Foi possível observar uma nova esfera de negociação engendrada pelo recebimento do dinheiro, colocando os beneficiários em negociação com as pessoas de seu convívio, sejam eles outros usuários, familiares ou profissionais...” (BESSONI *et al.*, 2019: 50,51). Vale a pena ressaltar que tais evidências também aparecem nos resultados da pesquisa objeto desta tese, devendo ser considerado, entretanto, as devidas diferenças de enfoque e análise.

O trabalho de campo da pesquisa nacional em Pernambuco foi desenvolvido através da colaboração entre três instituições locais com a FIOCRUZ, a saber: Núcleo Feminista de Pesquisa em Gênero e Masculinidades da Universidade Federal de Pernambuco (GEMA/UFPE), do qual integramos e pelo qual participamos da referida pesquisa; Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Pernambuco (RMSM/UPE) e Programa de Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Prefeitura do Recife.

O GEMA/UFPE assumiu a coordenação da pesquisa em Pernambuco desenvolvendo: diversas ações de planejamento de suas etapas; pactuação, negociação e qualificação dos atores

envolvidos; trabalho de campo, sistematização e análise dos resultados; além da implantação e gestão do Comitê de Acompanhamento de Pesquisa (CAP¹⁹).

Em Recife, participaram da pesquisa dez (10) pessoas beneficiárias do PVC e simultaneamente foram realizadas entrevistas com gestores e trabalhadores de saúde mental do município. No caso dos trabalhadores, estes foram indicados pelas referidas pessoas beneficiárias do PVC.

O recorte do universo de participantes do estudo foi definido a partir dos cadastros das pessoas beneficiárias ativas do PVC, considerando o marco temporal: 2003, 2005, 2008 e 2013 (PERNAMBUCO, 2018). Neste sentido, a pesquisa nacional envolveu pessoas inseridas em processo de desinstitucionalização que contavam com maior tempo de inserção no PVC, ou seja, com vivência de internação de longa permanência e do processo de desinstitucionalização. Vale salientar que o PVC, conforme trabalhado no capítulo do marco teórico desta tese, configura-se como uma das estratégias de desinstitucionalização desenvolvida no Brasil.

A observação participante e o diário de campo foram métodos privilegiados pela pesquisa nacional com foco na convivência cotidiana com as pessoas participantes desta, dentro e fora de suas moradias, conforme seus itinerários. Deste estudo, de inspiração etnográfica²⁰, foram produzidos para cada grupo de participantes que compartilhava a mesma moradia, diários de campo e para cada pessoa individualmente, narrativas, sistematizadas a partir desses diários.

A montagem destas narrativas dialogou com as categorias: “História de Vida, Autonomia x Opressão, O que dinheiro faz poder, Rede de Cuidados” (PERNAMBUCO, 2018). As narrativas constituíram-se como instrumento metodológico da referida pesquisa.

Koosah *et al* (2019), em artigo resultante do estudo mencionado acima, apontam a coerência da escolha deste instrumento com o paradigma da desinstitucionalização, uma vez que o enfoque dado foi no aspecto relacional de sua construção, o que é uma premissa no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Desta forma, considerou-se o sujeito objeto do estudo como sujeito reflexivo que se modifica em ato: “um sujeito historicamente colocado à

¹⁹O CAP configurou-se como instância deliberativa de acompanhamento coletivo da pesquisa supracitada no que se refere ao percurso metodológico e trabalho de campo, composta por representantes de trabalhadores e usuários de saúde mental, como também de pesquisadores. (PERNAMBUCO, 2018 e VAZ et al, 2019).

²⁰ Bonetti e Fleischer (2006) apontam que os estudos de inspiração etnográfica, valorizam a interlocução na relação e no cotidiano das pessoas participantes da pesquisa, abrindo mão de hipóteses e roteiros previamente definidos e enfocando o processo como norteador do fio metodológico a ser seguido. Referem que fazer etnografia perpassa pela postura de formular perguntas e é a partir destas, suscitadas pelas vivências, que se vão ensaiando caminhos, num exercício reflexivo.

margem e que, agora, é convidado a existir e contar-se, em um reconhecimento de si e do outro” (KOOSAH *et al*, 2019, p. 37-38).

Na condição de colaboradora, participamos da referida pesquisa nacional, realizando a coordenação do trabalho de campo da cidade do Recife; organizando o material produzido; analisando os resultados e conduzindo o CAP. Dada a esta inserção, observamos, mediante a riqueza e complexidade do material construído, que suas informações permitiam análises para além dos seus objetivos. O material organizado mostrava-se com possibilidades de desenvolver outros estudos, a exemplo do nosso, que apesar de suas especificidades, compartilha com a pesquisa nacional a mesma natureza do objeto: “a desinstitucionalização”.

A nossa participação na pesquisa nacional funcionou como uma espécie de preâmbulo no sentido de permitir a construção de um conhecimento inicial acerca do objeto tratado nesta tese. Possibilitou também um exercício prévio de sistematização do material de trabalho, assim como a produção de observações preliminares sobre o mesmo, lançando luzes sobre o nosso estudo, apontando novas possibilidades metodológicas e de análise.

Desta forma, ao visualizar estas possíveis articulações entre nosso estudo e a pesquisa nacional, solicitamos à FIOCRUZ o acesso às informações produzidas por esta última. Assim, obtivemos a liberação destes com fins de desenvolvimento da nossa pesquisa: “Construindo-se: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da desinstitucionalização”, conforme mostra a carta constante no Anexo II.

3.2 AS PESSOAS INTERLOCUTORAS DA PESQUISA E AS NARRATIVAS

Consideramos como interlocutores da pesquisa, todas as pessoas que participaram da mesma na cidade do Recife, mais especificamente, da construção das narrativas, a saber: pesquisadores²¹ e sujeitos do estudo (as 10 pessoas beneficiárias do PVC e todas aquelas que participavam do seu cotidiano e que cujas observações/registros foram considerados como contribuições durante a pesquisa de campo). Desta forma, afirmamos que as narrativas, objeto

²¹O corpo de pesquisadores/as no âmbito nacional foram compostos/as por: Ana Szaprio (RJ); Florianita Coelho B. Campos, Maria Inês Badaró Moreira e Jana Koosah (SP); Antônio Cardoso e Gabriela Andrade Silva (BA); Alyne Alvarez e Maristela Soares (PB); Jorge Lyra, Mirella de Lucena Mota e Marcela Lucena (PE); André Guerrero, Enrique Bessoni, Bárbara Vaz, June Scafuto, Karine Durtra, Nara Vieira, Fernanda Severo, Waldir Campelo, Adélia Capistrano (FIOCRUZ Brasília).

Os pesquisadores e as pesquisadoras de campo no âmbito do estado de Pernambuco foram: Breno Diniz, Eduarda Melo, Mayara Damasceno, Jacqueline dos Santos Silva, Chaiane Melo, Andressa Carvalho, Priscila Moraes da Paixão (Recife); Bárbara Sabrina, Claudjane Pereira, Dulce Carolina, Jorge Luiz da Silva, Juliana Keila, Patrícia Caetano (Camaragibe).

de análise do estudo em questão, foram produzidas a partir de um processo de interlocução durante todo o desenvolvimento da pesquisa nacional, se estendendo até o exercício analítico do nosso estudo aqui apresentado.

3.2.1 O universo das pessoas beneficiárias do PVC

Dentre os vários atores envolvidos no desenvolvimento das referidas interlocuções, consideramos as pessoas beneficiárias do PVC como as interlocutoras disparadoras (coautoras originárias) das narrativas estudadas, portanto, como nossas interlocutoras diretas.

Com o objetivo de preservar nossos interlocutores, trabalhamos nesta tese com os mesmos nomes fictícios²² definidos na pesquisa nacional, dado ao fato de que estes foram escolhidos por elas próprias ou pelos pesquisadores de campo ou ainda, pelo CAP. Vale ressaltar que, no caso dos nomes escolhidos por terceiros, estes foram definidos a partir dos sentimentos suscitados ao se deparar com as narrativas produzidas, como reflexo dos primeiros exercícios analíticos.

Falamos de seis (06) mulheres e de quatro (04) homens: Alice, Flor de Laranjeira Jéssica, Laranjeira, Mari, Teresinha, Jéssica, Arco Iris, Belo, Daniel e Giovanni respectivamente. São adultas e idosas, apresentando idade entre 44 e 71 anos, distribuindo-se da seguinte forma: uma (1) com 44 anos, cinco (5) com idade entre 50 - 60 anos e quatro (4) entre 61-71 anos.

Metade do universo das referidas pessoas, cinco (5), apresentam tempo de internação ininterrupto entre 2 e 10 anos e a outra metade, cinco (5), entre 15 e 20 anos. Observamos que os percursos institucionais se deram de formas diferentes: sete (7) pessoas foram internadas em um hospital psiquiátrico apenas; três (3) em diferentes hospitais, tendo duas (2) destas, passado por um ano ou mais por hospitais de outra natureza, a saber: Hospital Geral e Hospital de Custódia e Tratamento²³.

Em relação ao processo de desinstitucionalização, uma (1) pessoa apresentou 10 anos de desospitalização e nove (9) pessoas apresentaram entre 14 e 15 anos. Todas elas saíram do

²² Empregamos nomes fictícios para renomear pessoas mencionadas pelos nossos interlocutores. Também optamos por usar apenas as iniciais, quando se tratava de nomes de serviços de saúde. Tal medida foi necessária para preservar a privacidade das pessoas e serviços.

²³ Hospital também conhecido como manicômio judiciário, destinado a homens e mulheres com sofrimento psíquico que apresentam conflitos com a lei. Por serem inimputáveis, em muitos lugares do Brasil, as pessoas são internadas compulsoriamente nesta instituição, mediante medida de segurança. No âmbito da Reforma Psiquiátrica, preconiza-se a extinção destes e a oferta de cuidado na rede psicossocial (BRASIL, 2002b).

hospital para morar em serviços residenciais terapêuticos, tendo porém, dois (2) homens, realizado a transição da residência terapêutica para morar com a família. Um destes, inclusive, durante o desenvolvimento da pesquisa nacional.

Sobre a escolaridade, um homem apresentou ensino médio incompleto e outro conseguiu concluir ensino médio a partir do EJA - Ensino para Jovens Adultos. As demais pessoas não souberam informar, mas, observamos nos relatos, que estudaram, na sua maioria, até 6 ou 7 anos, não aprendendo a escrever ou no máximo aprendendo a escrever o seu nome. Duas (2) mulheres tentaram retomar os estudos na vida adulta, mas, terminaram por desistir.

Todas as pessoas têm documentos e renda e não são curateladas, tendo uma (1) delas apenas o PVC; oito (8) delas, dois benefícios - PVC e o BPC (Benefício de Prestação Continuada) e por fim, uma (1) pessoa com três rendas: o PVC, aposentadoria e uma pensão.

Algumas outras observações acerca das pessoas disparadoras das narrativas que compõem o objeto do nosso estudo são em relação à naturalidade. Constatamos que a maioria, oito (8), não nasceu no Grande Recife, mas, em outras cidades do interior ou de outros estados. Observou-se, ainda, que metade delas, sendo quatro (4) mulheres e um (1) homem, contavam na sua trajetória com vivência em situação de rua.

Nenhuma das pessoas, exceto um homem, apresentou alguma atividade produtiva na atualidade, seja no mercado formal ou informal de trabalho. Em relação à raça/cor, três (3) homens se autodeclararam como brancos e duas (2) mulheres como pardas, tendo as demais não prestado tal informação.

O universo das pessoas aqui caracterizadas apresentou compartilhamento de experiências comuns como o sofrimento psíquico, a institucionalização e a desinstitucionalização. Entretanto, ao mesmo tempo, apesar destes aspectos comuns, apresentaram também singularidades que precisam ser consideradas para melhor elucidar os percursos e processos do coletivo.

Portanto, para fins de melhor situar a caracterização supracitada deste universo, destaca-se no quadro abaixo, por pessoa, estes aspectos característicos. Vale ressaltar que todas as informações consideradas são referentes ao ano de 2017, quando ocorreu o trabalho de campo.

Quadro 1 – Caracterização do universo dos interlocutores da pesquisa

Nome/ Caracterização	Alice	Flor de Laranjeira	Jéssica	Laranjeira	Mari	Teresinha	Arco Iris	Belo	Daniel	Giovanni
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	67 anos	58 anos	44 anos	63 anos	71 anos	55 anos	52 anos	62 anos	58 anos	53 anos
Tempo de internação em hospital/ tipo de hospital	15 anos em um único hospital psiquiátrico	15 anos em um único hospital psiquiátrico	10 anos (09 anos em um hospital psiquiátrico e 01 ano em um hospital geral)	15 anos em mais de um hospital psiquiátrico	6 anos em um único hospital psiquiátrico	04 anos em um único hospital psiquiátrico	02 anos em um único hospital	20 anos (09 em hospital de custódia e 11 em hospital psiquiátrico)	15 anos em mais de um hospital psiquiátrico	Mais de oito anos em vários hospitais psiquiátricos
Tempo de processo de desinstitucionalização	14 anos	14 anos	15 anos	15 anos	15 anos	15 anos	14 anos	10 anos	15 anos	14 anos
Moradia	SRT	SRT	SRT	SRT	SRT	SRT	Transição de SRT para casa da família	SRT	SRT	Família
Escolaridade	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Ensino médio completo	Não informado	Não informado	Ensino médio incompleto
Benefícios	BPC e PVC	BPC e PVC	BPC e PVC	BPC e PVC	BPC e PVC	BPC e PVC	BPC e PVC	PVC	BPC e PVC	PVC, aposentadoria e pensão.
Cidade natal	Camaragibe/PE	Cidade da Zona da Mata Norte de PE	Aliança/PE	Maceió/AL	Natal/RN	Pombos/PE	Angelim/PE	Garanhuns/PE	Olinda/PE	Recife/PE
Vivência de rua	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Atividade produtiva - trabalho	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim (informal)	Não	Não	Não
Raça/cor	Não Informado	Não Informado	Não Informado	Não Informado	Parda	Parda	Branco	Branco	Não informado	Branco

Fonte: Elaboração da autora

3.2.2 Implicações pessoais no processo de interlocução

É importante descrever os sentimentos e inquietações suscitadas por este estudo, vivenciadas a partir do lugar de pesquisadora no processo de interlocução desenvolvido em três momentos: no processo de montagem das narrativas produzidas durante o tratamento dos resultados na pesquisa nacional anteriormente apresentada; no momento da análise parcial dos achados do campo Recife da referida pesquisa e no último momento, de reanálise das referidas narrativas a partir dos objetivos do estudo objeto desta tese.

Vale destacar que entre os dois primeiros momentos e o terceiro houve seis meses de afastamento deste material, o que foi fundamental para desimpregnar de determinadas maneiras de olhar e de pensar. Consideramos também que este período de latência terminou por abrir brechas para novas percepções e sentimentos neste novo encontro com as narrativas. Os respectivos momentos foram complementares e apresentaram certa interdependência, considerando o processo reflexivo desenvolvido.

Este olhar por diversas vezes as narrativas, de diferentes ângulos e em diferentes tempos, impulsionou paulatinamente, a construção de uma intimidade e ao mesmo tempo, de um emaranhado de pensamentos e conexões em relação às pessoas disparadoras das narrativas.

Sobre isso, Benjamin (1985) refere o narrar como a “faculdade de intercambiar”. Aponta que “o narrador retira da experiência o que ele conta [...] e incorpora as coisas narradas à experiência do ouvinte” (BENJAMIN, 1985, p. 201).

Koosah *et al* (2019) tratando do assunto, ressaltam com isso a valorização “das vozes que falam” e o questionamento do papel do pesquisador na produção do conhecimento. Ao optar por um caminho baseado no intercâmbio, há uma refração do poder que compõe o percurso científico. Neste sentido, o processo, o enredo e não o fim são mais importantes.

Para melhor explicitar tal processo, abordaremos a partir de agora, neste subcapítulo, uma perspectiva particular, assumindo na escrita a minha posição pessoal na condição de pesquisadora e detalhando as entrelinhas desse enredo.

Deparei-me então, com a situação de que algumas das pessoas disparadoras das narrativas eram conhecidas e outras não, mas, que quase todas nove (9) fizeram certo cruzamento com a minha vida em particular, a partir de minha história profissional e de militância política no campo da saúde mental.

Conforme mencionado na introdução desta tese, fui coordenadora de saúde mental da cidade do Recife entre os anos de 2001 à 2005 e foi neste período que nasceram os primeiros processos de desinstitucionalização nesta cidade, através do “Projeto Reabilitar” (situado no capítulo do marco teórico). Também foi neste período que nove (9) das dez (10) pessoas interlocutoras deste estudo foram desospitalizadas.

Na condição de gestora, participei de toda organização e implementação de macro estratégias que viabilizaram: a entrada do poder público nos hospitais psiquiátricos; as negociações com os diretores destas instituições para possibilitar a saída das pessoas internadas; o desenvolvimento das estratégias políticas e logísticas para organização dos serviços residenciais terapêuticos.

Neste período, de longe, minha vida cruzava a destas pessoas, uma vez que os destinos delas fizeram parte de algumas tomadas de decisão das quais estive envolvida. Vale salientar, porém, que com quatro (4) pessoas deste universo, tive alguns (poucos) contatos diretos ao longo dos anos que se passaram, conseqüentemente, mantive parte de suas histórias muito nítidas na minha memória. Falo das histórias de Jéssica, Laranjeiras, Giovanni e Arco Iris.

É importante ressaltar porém, que no caso de Giovanni, o que vai estar mais associado à minha memória, é o fato do mesmo ter passado por um hospital psiquiátrico em Camaragibe (atualmente fechado), objeto de meu trabalho durante a condição de gestora estadual de saúde mental de Pernambuco entre os anos de 2009 a 2013 e da minha dissertação de mestrado, defendida em 2011.

Tal situação me leva a refletir sobre os significados da implicação na pesquisa. Coimbra e Nascimento (2012) ao beber na perspectiva teórica da análise institucional, colocam que as implicações permitem “perceber as multiplicidades, as diferenças, a potência dos encontros, sempre coletivos e a produção histórica desses mesmos objetos, sujeitos e saberes” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2012, p. 129). As autoras ainda apontam que trata-se de um rompimento com a neutralidade porque pressupõe

“a análise das forças que atravessam e constituem o encontro pesquisador-campo de pesquisa, colocando em discussão as práticas de saber-poder enquanto produtoras de verdades consideradas absolutas, universais e eternas – seus efeitos, o que elas põem em funcionamento, com o que se agenciam” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2012, p. 130).

Jobim Souza e Carvalho (2016) fazendo uma discussão sobre a ética e a pesquisa, colocam como desafio principal o compromisso com o discurso do outro, pontuando a duplicidade da tarefa do pesquisador em “ser sujeito de conhecimento” e ao mesmo tempo

“matéria de conhecimento”. Tal prerrogativa coloca de imediato a condição dialógica para a produção de um conhecimento compartilhado e negociado a partir das diferentes vozes das pessoas interlocutoras da pesquisa, tomando estas como coautoras através de suas narrativas.

Neste sentido, todo o meu percurso na pesquisa aqui tratado foi marcado por desafios, dada a minha proximidade com o objeto do estudo, uma vez que minha trajetória profissional e de militância política está totalmente imbricada com o campo da saúde mental; e a minha vinculação com a Secretaria de Saúde do Recife, na condição de servidora clínica-institucional que trabalha na RAPS Recife, cujo campo foi a base para o presente estudo.

Diante da questão acima colocada, terminei por produzir muitos esforços para a construção de um caminho coerente, buscando em meio a “intimidade” e familiaridade com o campo, também produzir estranhamentos e abandonar as certezas previamente construídas.

Tentei traçar, ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, um caminho metodológico primando o uso da *transparência* e do *rigor*, ou seja, da explicitação dos bastidores do desenrolar deste estudo, detalhando os estranhamentos e afetações que foram suscitados em mim pelas pessoas interlocutoras diretas da pesquisa, através de suas narrativas. Spink (2003) chama a atenção para as implicações éticas da nossa escrita em psicologia, considerando que o “ato de re-narrar o já narrado” é também uma narrativa.

Destaco aqui, outro desafio ético: a busca da alteridade daquelas pessoas cujos discursos compõem as narrativas analisadas. Fez-se necessário no trabalho de análise do material, oportunizar espaço real para a fala, para a voz das pessoas, mesmo trabalhando com informações oriundas de outra pesquisa. Assim sendo, tive a preocupação em tentar transformar o texto acadêmico produzido num texto que refletisse as várias narrativas e interpretações.

Para muitas das pessoas interlocutoras do estudo, ao me aproximar de suas narrativas, foram reativadas algumas memórias, como a do processo de desospitalização e organização da residência terapêutica de Mari, Alice, Jéssica, Laranjeira e Arco Iris. No caso de Giovanni e Jéssica, dado a alguns encontros posteriores e eventuais na RAPS de Recife, suas histórias de vida de alguma forma estavam mais acessíveis na minha memória. Jéssica especialmente suscitou muitas reflexões²⁴.

²⁴ Os encontros posteriores com Jéssica se deram durante sua passagem para acolhimento integral no CAPS III em que eu trabalhava. Muitas vezes me deparei com situações que apenas após a pesquisa, com acesso a sua narrativa, pude compreender melhor.

Medrado e Lyra (2015a) ao resgatar as ideias de Galeano, apontam que a memória pode ser caracterizada para além da neuropsicologia, uma vez que esta não está associada apenas a uma ocupação no cérebro, mas, também no coração.

Consonante tal ideia, Albuquerque Junior (2007) refere que

A história não é um ritual de apaziguamento, mas de devoração, de despedaçamento. Ela não é bálsamo, é fogueira que reduz a cinzas nossas verdades estabelecidas, que solta fagulhas de dúvidas, que não torna as coisas claras, que não dissipa a fumaça do passado, mas, busca entender como esta fumaça se produziu” (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2007, p. 354).

Diante de tais considerações, a princípio, este foi um dificultador, considerando que ao olhar as histórias e rememorar coisas, vivenciei o ímpeto da surpresa ou da tentativa de complementar informação, precisando de uma permanente autocrítica para assumir os sentimentos e desejos, mas contê-los no sentido de deixar fluir o que nascia desse novo encontro: eu e as demais pessoas interlocutoras da pesquisa.

Pensando sobre isso, de imediato, me deparei durante o processo de leitura e análise das narrativas, com a dimensão de minha responsabilidade. Considerando a complexidade da existência e a impossibilidade de expressar a intensidade das histórias reais de vida numa formatação gráfica, em alguns momentos, tive a sensação de estar produzindo um filigrana, dado o tamanho desafio de abordar um tema que na sua essência retrata a vida, a vida de pessoas.

Sendo a vida poesia, dor, confusão, não linearidade, abandono, frustração, invenção, reinvenção... Como poderia eu?

Em muitos momentos, ao ler e reler as narrativas, perguntei-me como aquelas pessoas conseguiram sobreviver àquilo tudo. Em outros momentos, era tomada por uma emoção ao me deparar com relatos de aparente elaboração do vivido e de reinvenção. Ficava perguntando-me permanentemente por que estava tão mobilizada, se por tantos anos pude acompanhar algumas dessas histórias e tantas outras parecidas, das quais não se configuravam como surpresa ou como algo novo diante da minha pessoa.

Aos poucos fui me deparando que estive sempre, embora envolvida, tratando destas questões a certa distância, do lugar de gestora, na maioria das vezes através da mediação de trabalhadores que lidavam com estas pessoas diretamente. Agora, diferentemente, eu estava numa relação direta, não buscando mais a avaliação ou sistematização de macro estratégias técnicas-políticas, mas, no encontro direto com o outro, numa relação viva com as pessoas interlocutoras da pesquisa que cresciam no meu imaginário à medida que eu ia me apropriando e reapropriando-me das suas narrativas.

3.2.3 As narrativas

Como já referido anteriormente, as dez pessoas disparadoras das narrativas foram se expressando a partir de pequenos fragmentos discursivos que se entrelaçaram entre diferentes relatos de atores e atrizes embrenhados nas variadas cenas dos encontros e compartilhamentos realizados. Tomamos como narrativas os

Dispositivos de escrita que mobilizam expressões verbais, carregam mundos de práticas, reordenam espacialidades, temporalidades e são engajamentos ativos na constituição de modos de viver (GALINDO et al., 2014, p. 296).

Dito isto, consideramos importante, antes de apresentar o processo de análise das narrativas, se debruçar sobre sua produção. Apesar da sistematização das mesmas terem se dado anteriormente ao estudo em questão, durante o desenvolvimento da pesquisa nacional, como já explicitado, entendemos que esmiuçar a construção desta, possibilitou o acúmulo de mais elementos para elucidar o processo de análise.

Como já mencionado, as narrativas foram produzidas a partir do cotidiano das pessoas (nos lugares por elas apontados, assim como os dias e horários) e agregou de forma coadjuvante, outras pessoas que estavam no entorno da cena dos encontros com os pesquisadores de campo. Com isto, fomos tecendo coletivamente as produções das narrativas, com a participação, para além dos pesquisadores e coordenação de campo (no caso eu); dos cuidadores, das técnicas de referência de serviços residenciais terapêuticos, de uma acompanhante terapêutica, de um familiar e de uma profissional diarista de limpeza. Pessoas estas que complementavam, contavam algo novo, esclareciam ou até confrontavam as versões contadas pelos nossos interlocutores diretos da pesquisa.

É importante destacar que embora eu, na condição de autora desta tese, não tenha participado diretamente do campo no que se refere à coleta de informações, estive desde os primórdios, mediante discussões contínuas com os pesquisadores de campo, envolvida na elaboração escrita das narrativas. Portanto, na condição de coautora. Vale ressaltar que as narrativas após serem produzidas localmente, passaram pelo olhar de pesquisadores de outros campos, na tentativa de visualizarmos os pontos cegos que demandavam maiores detalhamentos. Uma das narrativas também passou pelo CAP, com a perspectiva de validar a metodologia de construção.

Desta forma, o primeiro esboço sistematizado foi o de diário de campo e, a partir deste, a narrativa de cada interlocutor da pesquisa. Neste sentido, vale ressaltar que o esforço para sistematização das narrativas a partir dos diários de campo, embora tenha considerado todas estas

variáveis e os vários atores envolvidos no estudo original, concentrou-se prioritariamente no discurso das pessoas interlocutoras diretas da pesquisa, consideradas aqui como aquelas que dispararam as narrativas. Não foi raro, observar registros onde estas traziam elementos sobre sua vida, suas experiências ou suas ideias e que não eram reconhecidos pela equipe de cuidado das mesmas. Este não reconhecimento ora nos conotava desconhecimento, ora desvalorização, ora incompreensão dos possíveis significados dos discursos.

Diante desta constatação, para fins de composição das narrativas, consideramos como contribuições dos interlocutores coadjuvantes no processo da pesquisa, apenas aquelas que elucidavam os fragmentos discursivos das pessoas disparadoras das narrativas. Falamos daquelas referentes à contextualização, complementação ou observações que ajudavam a compreender melhor o que estava sendo expressado. A veracidade, o reconhecimento do discurso como verdadeiro ou não, real ou não, não nos interessou, embora o diário de campo tenha comportado todas estas observações.

Ela [a narrativa] não está interessada em transmitir “o puro em si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso (BENJAMIN, 1985, p. 205).

Afinal, estamos falando, conforme retratam Koosahet *al* (2019), de pessoas que sobreviveram à anos de cerceamento de liberdade, configuradas como sujeito do esquecimento, inclusive da própria história e memória, nexos importantes com a compreensão de si e do tecido social.

Nicácio (2003) ao discutir a entrada dos usuários e familiares como protagonistas no processo da Reforma Psiquiátrica aborda a potência de suas narrativas, por representar suas histórias de vida com diversificadas linguagens, atores e ainda, por tratar de questões do cotidiano nos espaços públicos e políticos.

E essa experiência diferente imprime uma singularidade: delineia os contornos da produção de novas formas de diálogo entre técnico e político, norma e diversidade e de novas práticas de exercício de direitos e de lugares de validação (Nicácio, 2003, p. 46).

Nesta tese o compromisso assumido foi com as perspectivas das pessoas diretamente envolvidas na pesquisa. Este foi um exercício não muito fácil, especialmente quando aparentemente os discursos, isolados, apresentavam-se desconexos e soltos. Entretanto, seguindo o rigor da perspectiva metodológica adotada (um rigor não baseado na neutralidade, mas, na localidade e conexões realizadas ao longo do caminho), e orientados pelo marco teórico que embasou a pesquisa, fomos realizando criticamente as leituras e observando o que era de cada pessoa nesse processo.

É necessário admitir que ao sistematizar o diário de campo com estas múltiplas composições, fomos de alguma forma re-narrando as contações das pessoas disparadoras das narrativas com o atravessamento de nossas próprias considerações advindas das reflexões e sentimentos suscitados frente ao que nos era explicitado pelos registros.

Vale destacar, ainda, que a versão final das narrativas analisadas na sua apresentação incorporaram as impressões dos pesquisadores de campo (sendo muitas vezes estes os narradores de cenas e observações) e os próprios discursos dos nossos interlocutores. Assim as narrativas foram ficando mais densas e complexas à medida que foram agregando na sua construção diferentes leituras e versões.

Ao se debruçar sobre as narrativas produzidas acerca da vida das pessoas, é importante entender o processo de contar e recontar em que estas se apoiaram. Galindo *et al* (2014) defendem a ideia de que as narrativas se constituem por uma composição múltipla e recomposição que se dá através do “re-narrar acadêmico” (GALINDO *et al*, 2014 p.296) com diferentes modos de montagem.

Vasconcelos (2006) ao se debruçar sobre a discussão dos desafios no processo de construção de narrativas pessoais no campo da saúde mental a partir da experiência da produção do livro “Reinventando a Vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental”, traz alguns elementos que explicam nossas vivências na produção das narrativas. Ao tratar dos desafios teóricos, subjetivos e éticos da construção, o autor elenca quatro pontos:

- As dificuldades referentes a construção da narrativa como reconstituição subjetiva de uma história pessoal dolorosa, no que tange a dinâmica de revisão das narrativas que produzem ambiguidades, resistências ou necessidade de reconstrução destas na tentativa de imprimir uma forma de coerência simbólica e emocional com a própria história pessoal de quem narrou;
- Os desafios éticos e as implicações jurídicas e penais das denúncias nas narrativas em relação a instituições psiquiátricas e familiares, no sentido de preservar as pessoas autoras das narrativas de possíveis contestações jurídicas frente aos horrores/opressões relatados seja em instituições ou junto a familiares;
- As implicações de não se negar a diferença colocada pela experiência do transtorno, referindo ao necessário rompimento com as expectativas/perspectivas idealizadas de ressocialização ou reintegração social das pessoas com transtornos mentais;

- A presença do transtorno e seus sinais nas formas de expressão e no estilo da escrita, referindo-se a tradução de uma linguagem falada de narrativas de pessoas com características tão singulares diante das exigências estilísticas e gramaticais do texto escrito. Na experiência Vasconcelos (2006), o desafio foi o de construir um caminho entre duas posições: “de um lado, não induzir a desvalorização do texto e de seu autor, nem dificultar a compreensão pelos leitores; e, de outro, manter o máximo de fidelidade à expressão falada e escrita e ao estilo do autor, bem como a certas diferenças e marcas particulares colocadas pela presença do transtorno mental” (VASCONCELOS, 2006, p. 228).

Ao dialogar com tais discussões realizadas por Vasconcelos (2006), fomos encontrando respaldo para as inquietações que foram sentidas e produzidas durante a montagem das narrativas, a saber: sistematização do texto de forma a facilitar sua compreensão e ao mesmo tempo visibilização das ideias aparentemente conexas ou não conexas das pessoas disparadoras das narrativas; ou até mesmo os cuidados para não expô-las diante das suas referências à outras pessoas ou instituições que as conheciam.

Isso nos remete a pensar sobre o que Koosah *et al* (2019) apontam como desafio para o pesquisador que tenta imprimir no âmbito da pesquisa a lógica da desinstitucionalização: superação da reprodução da exclusão e objetivação e ainda, instituição da produção de novos espaços de negociação.

3.3 O PERCURSO DE LAPIDAÇÃO E DE ANÁLISE DOS ACHADOS

Considerando que as narrativas produzidas pela pesquisa nacional foram construídas a partir de encontros marcados por uma diversidade de formatos alinhados com o cotidiano das pessoas: conversas em casa²⁵, saídas para passeio, idas a diversificados lugares do bairro que costumavam frequentar²⁶; as tomamos para leitura e análise com um olhar seletivo e focal (FLICK, 2009a).

Para isso, foi se desenhando um processo de tratamento das informações produzidas pela pesquisa com definições de ênfases analíticas e posteriormente um raciocínio analítico, mediante a criação de matrizes para melhor elucidar os resultados

²⁵ Vale ressaltar que algumas das pessoas interlocutoras da pesquisa moravam na mesma casa, a saber: Alice e Flor de Laranjeira; Jéssica e Laranjeira; Mari e Teresinha.

²⁶ Nestes casos, os diversificados itinerários de interlocução se deram especificamente com Belo, Arco Iris e Giovani.

3.3.1 O trabalho de lapidação

Elegemos, como ênfase do nosso olhar sobre as informações da pesquisa nacional, as seguintes dimensões temáticas: curso de vida²⁷, efeitos da institucionalização e repercussões da desinstitucionalização.

Em relação a dimensão do curso de vida, buscamos compreender no diálogo com as narrativas, os aspectos relativos aos acontecimentos na vida, considerando aqueles que funcionaram como “pontos de viragem”²⁸ para cada pessoa, tentando entender os seus desdobramentos para a existência.

Partimos em busca de compreender o “curso de vida” das pessoas, a partir de três momentos: **período anterior à internação**, a **internação** e **período da desospitalização**. Tal proposta se ancorou no cruzamento com a perspectiva teórica de Goffman (1996) ao abordar “a carreira moral” das pessoas à luz da teorização sobre instituições totais, vista anteriormente no capítulo do marco teórico.

Com isso nomeamos alguns focos norteadores para o olhar e ênfase analítica das narrativas, tais como: memórias relativas ao período anterior da internação (infância e vida adulta antes da internação); da internação (vivências no hospital); da desospitalização, se estendendo ao cotidiano no momento atual da vida: a casa, as aspirações, o dinheiro, as relações interpessoais, a sexualidade, as responsabilidades, o lazer e outros elementos explicitados nas narrativas.

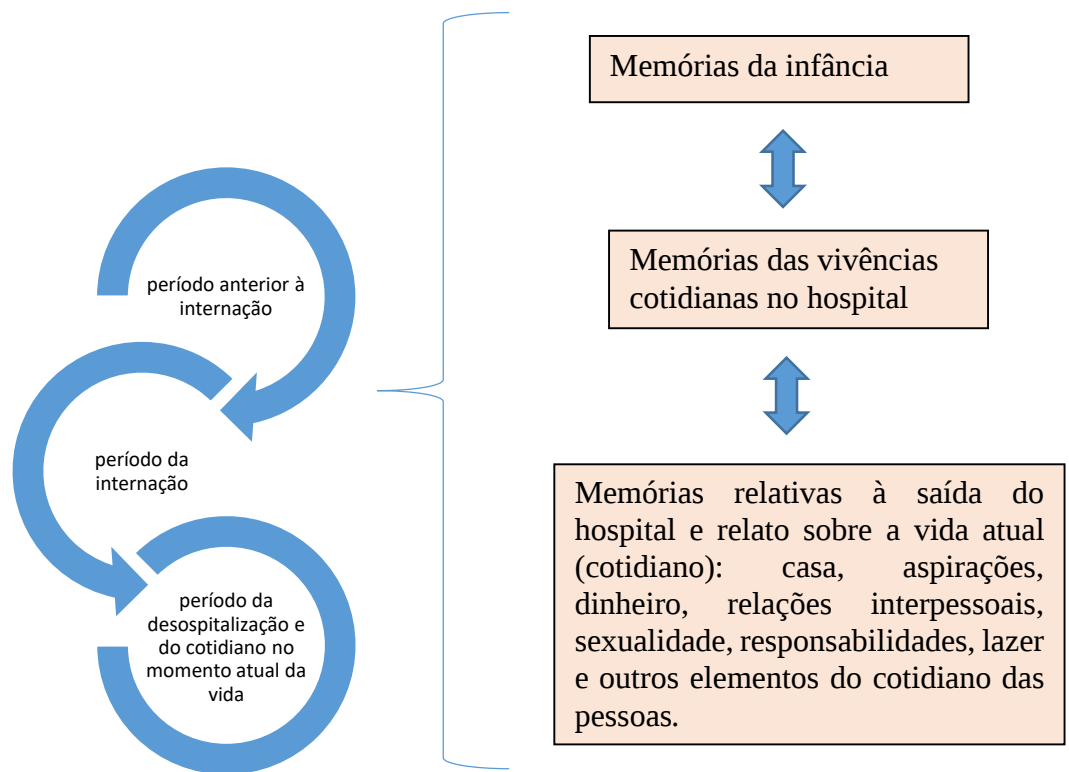
Koosah *et al* (2019) referem que o reconhecimento social demarca a existência, que funciona como uma espécie de “oxigênio” e que, por isso, contar a própria história significa o reconhecimento da existência, extinção do tédio e ativação da lembrança, pontuando a passagem do tempo.

Segue abaixo o desenho de um esquema na tentativa de facilitar o entendimento da proposição da ênfase analítica proposta:

²⁷ Trabalhamos o curso de vida na perspectiva tratada por Elder Jr (1998), já discutido no marco teórico.

²⁸ Proposição trabalhada por Elder Jr (1998) e Sena Leal (2017), conforme discussão teórica já realizada.

Figura 1 – Ênfase analítica 1



Fonte: Elaboração da autora.

Deleuze (1988) ao discutir a obra de Foucault, e localizar o tempo na sua teorização, vai apontar que o tempo como sujeito/ subjetivação é a memória, associando esta ao movimento de recomeçar, como reflexo do pensamento. “O pensamento pensa sua própria história (passado) mas para se libertar do que ele pensa (presente) e poder, em fim, ‘pensar de outra forma’ (futuro)” (DELEUZE, 1988, p.127).

O tempo se torna sujeito, por ser a dobra do lado de fora²⁹ e, nessa condição, faz com que todo o presente passe ao esquecimento, mas, conserva todo o passado na memória, o esquecimento, como impossibilidade de retorno e a memória como necessidade de recomeçar (DELEUZE, 1988, p. 115).

A partir de tais ideias podemos pensar sobre os significados da memória de pessoas que foram institucionalizadas e que, conseqüentemente, passaram por um processo de indução do apagamento de si. Parece que de fato, retomar a memória é recomeçar: “a tarefa maior de sustentar uma verdade de si que se coloca na posição de exigência de um presente que também

²⁹ Tal concepção foi discutida anteriormente no capítulo do marco teórico.

se torna verdadeiro enquanto luta pelo direito à existência e à manutenção de sua história viva” (KOOSAH *et al*, 2019, p. 37).

Moreira (2016), a partir da resenha do livro “O Papel da Memória” (1999), retrata dentre outros autores, as ideias de Pêcheux relativas à memória, apontando que esta, segundo o autor referido, permite tratar das:

condições (mecanismos, processos...) nas quais um acontecimento histórico (um elemento histórico descontínuo e exterior) é suscetível de vir a se inscrever na continuidade interna, no espaço potencial de coerência próprio de uma memória” (MOREIRA, 2016, p.131).

Moreira (2016) refere que Pêcheux trata a memória como entrecruzamento “da discursividade, do simbólico, do mítico e da significação” (MOREIRA, 2016, p. 131). Nesta perspectiva, na linha de raciocínio do autor, as evidências não são relevantes, mas, especialmente os sentidos.

Desta forma, fomos identificando simultaneamente nas dez (10) narrativas os seus sentidos/significados e lógica, e o que era individual e coletivo. Gergen (1993) refere que quando alguma coisa está em questão, ela já se engaja numa prática discursiva que não é propriedade de indivíduos únicos, mas, de uma propriedade de intercâmbio social.

Ao tentar compreender o curso de vida das pessoas na perspectiva teórica abraçada, fizemos um esforço para, a partir do cotidiano explicitado no material analisado, identificar as temporalidades que o atravessava. Esta é uma questão fundamental no âmbito dos estudos das práticas discursivas e produção de sentido.

Spink e Medrado (2013) referem que “o sentido contextualizado institui o diálogo contínuo entre sentidos novos e antigos [...]” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 30). É necessário trabalhar

o contexto discursivo na interface de três tempos históricos: o tempo longo, que marca os conteúdos culturais, definidos ao longo da história da civilização; o tempo vivido, das linguagens sociais aprendidas pelos processos de socialização, e o tempo curto, marcado pelos processos dialógicos (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 31).

Fomos, a partir dos achados, sistematizando uma composição de fatos, sentimentos e relações que permearam a história e o cotidiano presentes na narrativa de cada pessoa participante da pesquisa, tentando compreender como se deram os efeitos da institucionalização e repercussões da desinstitucionalização neste contexto. Como refere Silva *et al* (2007), o esforço foi o de articular os acontecimentos de vida com a dimensão da inscrição subjetiva das pessoas nos seus contextos.

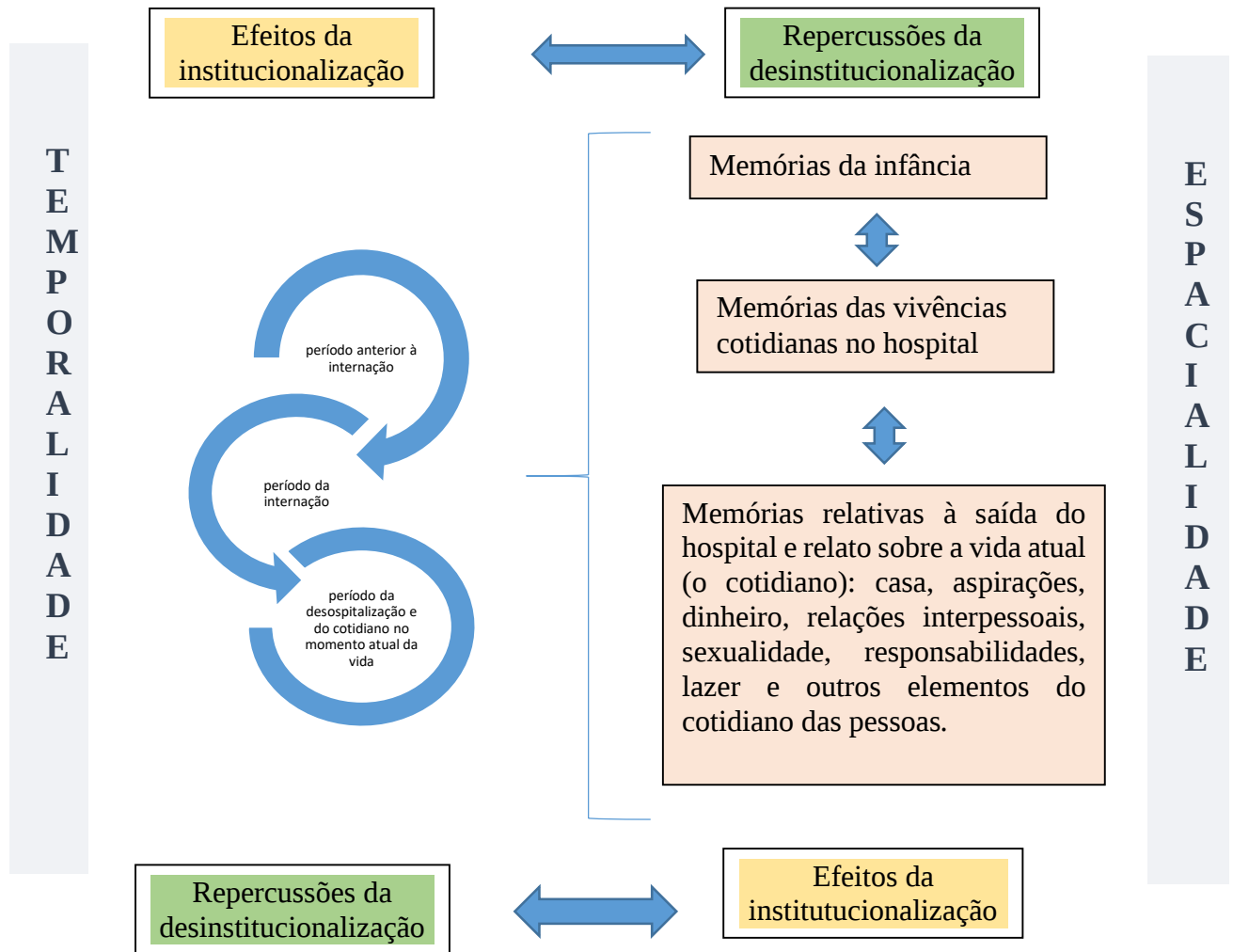
Quanto aos efeitos e repercussões específicas da institucionalização e desinstitucionalização respectivamente, durante a análise do material da pesquisa, estivemos em busca de identificar nas narrativas aquilo que era associado pelas pessoas ao seu processo de internação e aquilo que constava como integrante do seu cotidiano atual (próprio do processo de desinstitucionalização).

Para isso, tomamos no período da análise, conforme discutido no capítulo do marco teórico, as referências de Goffman (1996) no que se refere ao que consideramos como efeitos da institucionalização – a **mortificação do eu**, enfatizando o **despojamento pessoal**, **desculturamento** e **destreinamento**, conformação e codificação, desfiguração pessoal e diminuição da economia da ação. E no que tange à desinstitucionalização, as referências de Venturini (2016), nas suas proposições quanto a uma configuração estética da desinstitucionalização que perpassa pela habilitação psicossocial, inclusão social e promoção de valores sociais.

Assim, voltamos a retratar o desenho do esquema analítico anteriormente apresentado, incorporando agora novos elementos. O esquema se configura como uma tentativa de demonstrar o percurso realizado no processo de lapidação dos resultados.

Para isso, consideramos que os efeitos da institucionalização perpassam espaços e temporalidades e assumem uma concretude, mas ao mesmo tempo se inter cruzam com as repercussões da desinstitucionalização que situam-se no momento atual de vida. Olhamos para tais repercussões como possibilidades e efeitos que num processo de agenciamento, transformam ou inovam as experiências vividas que trazem no seu bojo também as marcas da institucionalização.

Figura 2 – Ênfase Analítica 2



Fonte: Elaboração da autora.

A dimensão relacional expressada nas narrativas foi sempre o alvo do nosso olhar, tentando centrar à luz das reflexões desenvolvidas no capítulo do marco teórico: o atravessamento do “poder³⁰” no âmbito das relações e da vida cotidiana das pessoas participantes da pesquisa.

³⁰ Tomamos como base para esta discussão as perspectivas basagliana e foucaultiana, cujas ideias já foram abordadas no capítulo do marco teórico.

3.3.2 Processo de construção da análise dos resultados

Utilizamos as narrativas como material e método de análise na perspectiva de contemplar diferentes fontes e versões. As narrativas são “modo de escrita e de ordenamento de variadas fontes” (GALINDO *et al*, 2014, p.296).

Partindo dessa premissa, é possível dizer ainda baseada em Galindo *et al* (2014), que estas fontes podem ser constituídas por documentos, artefatos técnicos e pessoas interlocutoras de uma dada investigação, produzindo versões que podem ser compostas e recompostas.

“[...] O re-narrar acadêmico é um narrar de maneira escrita do narrar oral, da conversa, da visita, do material, da materialidade, dos achados e perdidos” (SPINK, 2003, p.38). Neste sentido, o processo de análise configurou-se também como “re-narrar”, considerando toda implicação pessoal no estudo em questão. Para operacionalização da análise das narrativas, dialogamos com as referências do método “análise de discurso”, epistemologicamente ancorada no construcionismo social (GILL, 2002).

A intenção foi construir o conhecimento a partir da produção de sentidos, ou seja, realizando a análise das práticas discursivas, focando os próprios repertórios e as diferentes formas com que as pessoas, a partir de seus discursos, produziam suas realidades (SPINK e GIMENES, 1994). Tomamos como eixo central, a linguagem.

Méllo *et al* (2007) apontam que é necessário considerar a linguagem para além da fala, observando as relações de poder que perpassam os discursos e suas condições de produção. Segundo os autores, a linguagem na condição de possibilidade, significa:

afirmar seu caráter atributivo, constituinte, provocador de regularidades e de descontinuidades, ou seja, ao mesmo tempo em que possibilita a estabilidade de certos acontecimentos, maneiras de ser ou subjetivações, ethos, saberes e poderes, também pode se configurar como um campo de resistências e rupturas (MÉLLO *et al*, 2007, p. 30).

A partir de Gill (2002), fomos processualmente realizando as seguintes etapas operacionais para o desenvolvimento da análise:

- O exercício de constante estranhamento diante do que era explicitado nas narrativas;
- A elaboração de diferentes perguntas diante das mesmas;
- A valorização do conteúdo descrito e produção paralela de “notas analíticas”, produzindo uma reflexividade sobre os discursos (sobre as múltiplas tonalidades da escrita das narrativas, as possíveis articulações com o referencial teórico e pressupostos);

- A categorização das narrativas a partir de eixos analíticos consonantes com os objetivos do nosso estudo e as dimensões enfatizadas anteriormente.

Fizemos um exercício de olhar para cada uma das pessoas interlocutoras da pesquisa a partir de suas narrativas, tentando situar as mesmas de acordo com as dimensões do estudo anteriormente mencionadas: “o curso de vida” e “os efeitos e as repercussões da institucionalização e desinstitucionalização respectivamente no cotidiano”.

Medrado *et al* (2014), fazendo referência ao diário de campo, chamado por eles como “diário de bordo”, retrata como ferramenta de pesquisa considerando sua própria constituição como “práticas discursivas”. Transportando essa lógica para as narrativas, incorporamos no olhar para os registros a

compreensão dos jogos de enunciados (compreendidos como elos de uma corrente de outros enunciados); a tipicidade da situação, ou seja, do contexto dialógico em que ocorre a conversa; e a interrelação estabelecida entre o tempo curto da situação relacional e o contexto mais amplo de circulação das ideias numa dada cultura (MEDRADO *et al*, 2014, p. 283).

Considerando a complexidade do processo analítico, além do espaço pré-definido de orientação, potencializamos outra estratégia para auxiliar esta tarefa: a *triangulação de pesquisadores* (MEDRADO e LYRA, 2015b).

Tratou-se da formação de uma teia composta por seis (06) pessoas³¹ que não participaram da pesquisa, mas tinham experiência prática e acadêmica na área de saúde mental e metodologia. Com estas pessoas compartilhamos virtualmente e/ou presencialmente questões, fragmentos de escritos, cujas trocas foram fundamentais para o desenvolvimento da leitura e discussão do processo, dos resultados e da análise. Flick (2009b) aponta que este tipo de procedimento ajuda e expor os “pontos cegos” da pesquisa.

Tomamos, como desafio permanente, trilhar o caminho da análise dos resultados de forma comprometida com as narrativas das pessoas, assumindo a leitura interpretativa com o rigor metodológico necessário, sem abandonar, entretanto, o olhar complexo que os estudos contemporâneos demandam.

Desta forma, trilhamos um caminho a partir de leituras e releituras, tratando focalmente o material:

³¹ Estas pessoas estão citadas nominalmente nos agradecimentos desta tese com os registros de suas respectivas contribuições.

- Após o distanciamento de seis meses do material da pesquisa nacional, realizamos a primeira leitura geral de cada narrativa, tentando identificar o reconhecimento das pessoas interlocutoras e temas/ proposições relevantes para nossa pesquisa;
- Numa segunda leitura, realizamos as marcações respondendo às perguntas de pesquisa. Para isso, utilizamos uma matriz de análise (Apêndice I);
- Após o preenchimento da matriz para cada narrativa, fomos vendo o que emergiu e o que dialogava com as questões levantadas pelo estudo. O exercício seguinte, foi diante dos achados, observar os comuns entre as narrativas e definir os eixos analíticos para discussão através do uso de uma matriz síntese (Apêndice II).

Ao desenhar uma síntese analítica de todas as matrizes, fomos agregando acontecimentos significativos expressos nas várias narrativas, tomando o curso de vida como norteador, intermediando passado e presente. Ao mesmo tempo, para desenvolver a discussão sobre os resultados analisados, os agregamos em macro eixos analíticos que serão melhor explicitados na discussão dos resultados, a saber: as repercussões da desinstitucionalização e a produção de subjetividades advindas desse processo.

Ao identificar que tinham diferentes questões transversais que perpassavam as diferentes histórias de vida, fomos sistematizando à luz de um olhar interseccional, as multiplicidades e diferenças destes atravessamentos com os marcadores sociais que mais ressaltaram aos nossos olhos diante dos resultados encontrados, a saber: classe, raça e gênero.

A análise proposta partiu das discussões realizadas por autores dos estudos interseccionais e de gênero, já abordadas no marco teórico. Entendemos que os marcadores sociais se articulam e se entrelaçam, interferindo nas formas que as pessoas se posicionam e se relacionam nos seus contextos de vida, como também expressões das estruturas de desigualdades existentes em uma dada sociedade.

Desta forma, decorreremos no próximo capítulo sobre a discussão e análise dos resultados seguidos pelas considerações finais.

Foto 3 – Páginas duplas do livro Casou no Papel de Luiz Santos



Fonte: (SANTOS, 2017, p. 66- 67)

4 AS EVIDÊNCIAS NA VIDA DO ENGENDRAMENTO DA EXISTÊNCIA: dentro e fora dos muros institucionais

Achar

A porta que esqueceram de fechar.

O beco com saída.

A porta sem chave.

A vida (LEMINSKI, 1990, p. 122).

Chegamos ao patamar de construção mais difícil desta tese, o de encontrar palavras para expressar uma comunicação sobre diferentes narrativas acerca da existência humana e as nossas reflexões frente a elas. Um esforço de evidenciar numa dada dimensão circunstancial, porém com pretensões científicas, algo que é inteligível, considerando que retrata a intensidade e complexidade do viver e reviver em meio ao atravessamento de diversificadas opressões e acontecimentos.

Desta forma, flertando com a “traquinagem³²” do nosso pensamento, apostamos na construção de uma discussão analítica dos achados desta pesquisa, considerando a desinstitucionalização e suas repercussões no cotidiano das pessoas, atravessado por um passado que se presentifica e se reelabora no tecimento do viver.

Para tal empreitada, intercalamos análises, fragmentos de narrativas e articulações teóricas, com fins de expressar o conjunto de itinerâncias de cada pessoa interlocutora da pesquisa. Neste sentido, abordamos o impacto singular dos acontecimentos na vida de cada uma, assim como as formas como se desenha o entrelaçamento de pensamentos, ideias, posições que cada uma vai assumindo frente a vida cotidiana. Uma forma de produzir sentidos advindos das trajetórias.

As pessoas interlocutoras desta pesquisa trazem percursos e sentidos muitos singulares, contudo, ao mesmo tempo, apresentam alguns comuns quanto às suas experiências, especialmente quando falamos dos processos de institucionalização e desinstitucionalização vivenciados.

Observamos nas diferentes narrativas trajetórias marcadas, desde o primeiro núcleo familiar, por muitas “precariedades” que vão culminando numa condição de abandono e exclusão. A internação psiquiátrica de longa permanência, conseqüentemente o processo de

³² Esta expressão tem como fonte de inspiração o livro *Menino do Mato* de Manoel de Barros (2010).

institucionalização, se configura como estopim e agravamento de tal situação, despotencializando as pessoas.

Pareceu-nos comum que o processo de desinstitucionalização, desde o marco da desospitalização, vem baseado no “direito à relação” e nas simples vivências cotidianas, ofertando a estas pessoas recursos para própria reconstrução de si que se evidenciam através de uma reapropriação sobre seu tempo e seu espaço, paralelamente à construção de pertencimento a lugares e à relações.

Tais resultados culminam com as ideias de Werlang e Mendes (2013) quando associam a precariedade social e psíquica às formas de organização das relações no que se refere ao reconhecimento da existência e das possibilidades de existir através do acesso às questões essenciais à vida.

A privação de liberdade acentua esse lugar de não reconhecimento da existência, dado pois, a construção de um lugar “não humano” mediante a condição de “corpo coisificado”, como refere Basaglia (1985).

Outra perspectiva que confirma o que encontramos trata da direta relação do processo de desinstitucionalização com a reinvenção de si, considerando-o como promotor da criação de múltiplas oportunidades das trocas materiais e afetivas numa rede de negociação, como bem refere Saraceno (1999).

Vejamos então, como se dão as entrelinhas desta síntese aqui exposta, acerca dos achados deste estudo.

4.1 QUANDO O PASSADO SE MISTURA COM O PRESENTE: o curso de vida e as implicações dos acontecimentos

Observamos, ao olhar para o curso de vida das pessoas interlocutoras da nossa pesquisa, que embora os acontecimentos na vida se dessem em tempos e circunstâncias diferentes, apresentavam certa interligação. Ficam evidentes como acontecimentos antes, durante e depois da internação psiquiátrica modelaram as formas de ser e de se colocar no mundo.

Tal achado nos remete a pensar sobre o que Goffman (1987) chama de “carreira moral” do “doente mental”, como a vivência de uma sequência padronizada de mudanças, compreendendo três fases: pré-paciente (antes da internação – seu eu anterior), internamento (processo de mortificação do eu) e ex-doente (processo após alta hospitalar).

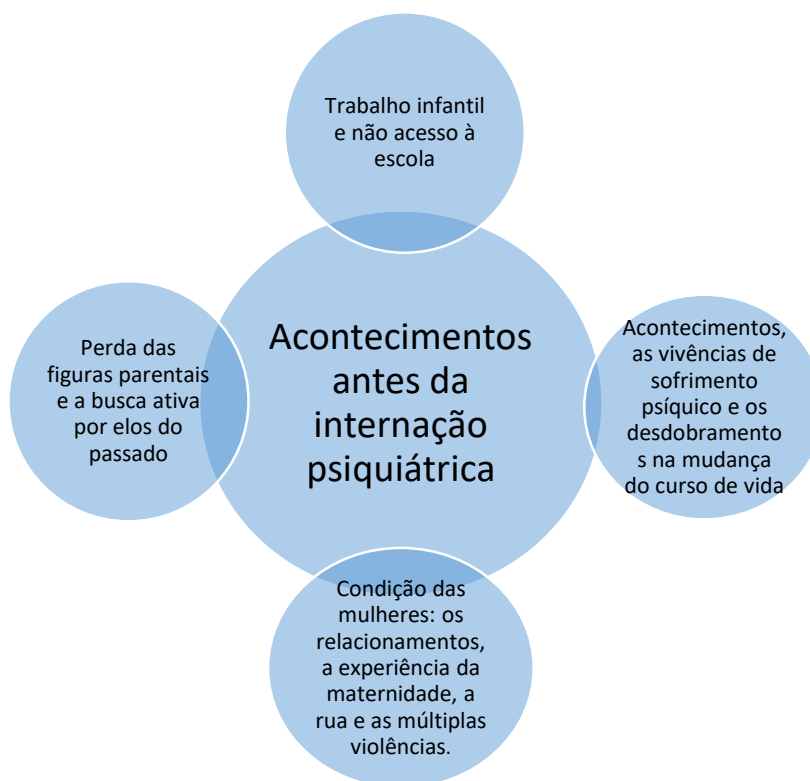
Ao analisar as narrativas, olhamos para as mesmas tentando analisar os micro processos de cada uma dessas fases apontadas por Goffman (1987). Para isso, consideramos e constatamos nas nossas análises, a lógica que Elder Jr (1998) trata os acontecimentos na vida: como “pontos de viragem” que possibilitam aos sujeitos lidar com as “vantagens e desvantagens” advindas de sua própria trajetória.

Neste subcapítulo, abordamos aqueles vivenciados antes e durante a internação psiquiátrica de longa permanência.

4.1.1 A vida e suas vicissitudes antes da internação psiquiátrica de longa permanência

No que se refere aos acontecimentos mais expressivos entre nossos interlocutores antes da internação psiquiátrica, encontramos: o trabalho infantil e não acesso à escola; a perda das figuras parentais e a busca ativa por elos do passado; os acontecimentos, as vivências de sofrimento psíquico e os desdobramentos na mudança do curso de vida; a condição das mulheres: os relacionamentos, a experiência da maternidade, a rua e as múltiplas violências.

Figura 3 – Representação dos acontecimentos antes da internação psiquiátrica



4.1.1.1 O trabalho infantil e não acesso à escola

Observamos em muitos casos, o trabalho infantil. Daniel: ainda criança trabalhou na roça com o pai e “plantava manga, goiaba, coco, araçá, carambola e laranja” (FIOCRUZ, 2017)³³. Além do seu trabalho na agricultura, no qual ajudava o pai na roça e cavava cacimba, teve um período que seu pai foi maquinista e o ensinou a ser fuquista, “quem colocava óleo no motor”. Então essa foi outra atividade que exerceu ainda na adolescência. Mostrou-nos um corte na cabeça e disse ter sido de um acidente nos trilhos do trem quando estava trabalhando com o pai e que ficou preso nas ferragens. Referiu também que já estava quase morto quando o irmão o ressuscitou.

Daniel, além do trabalho em si, conviveu com os riscos advindos de atividades complexas e perigosas para sua idade. Visivelmente sem acesso a proteção e por necessidade, nosso interlocutor desde muito cedo dribla desafios pela sobrevivência.

Em relação à escola, Daniel informou que a frequentou “até os sete anos de idade e que aprendeu a escrever seu nome” (FIOCRUZ, 2017). Tomamos tal situação como uma das consequências do trabalho infantil. Outras histórias se repetem, consonantes com a narrativa de Daniel, principalmente entre as mulheres interlocutoras da nossa pesquisa.

Laranjeira refere que estudou até os sete anos de idade, mas não soube precisar a série em que parou, apenas consegue assinar seu nome e escrever poucas palavras. A pouca escolaridade foi devido a sua mudança do interior, em que trabalhava no roçado plantando cana e mandioca com os pais, para a cidade, momento da vida em que parou de estudar.

Alice relatou que não estudou muito e que não sabia escrever seu nome, visto que ela e a irmã faziam todas as atividades domésticas enquanto os pais trabalhavam: lavavam roupa, varriam a casa, lavavam os pratos, dentre outras atividades.

Flor de Laranjeira, analfabeta, não soube responder até que série estudou: “estudei até os seis anos”, e informou que “trabalhava junto com seus pais de sol a sol no roçado” (FIOCRUZ, 2017).

Em relação aos estudos, Jéssica também aponta pouco acesso. “Estudou até a primeira série e não aprendeu a escrever seu nome” (FIOCRUZ, 2017).

³³Neste capítulo, os trechos transcritos e citados são advindos do banco de dados da Fiocruz, que forneceu e autorizou o uso das narrativas coletadas pela equipe da pesquisa de campo no ano de 2017. Portanto, a referência a tais citações serão (FIOCRUZ, 2017)

O roçado e as atividades domésticas parecem ser predominantes na vida destas mulheres, o que evidencia que, tanto nas histórias delas como na de Daniel, a vinculação originária a zona rural parece ser uma realidade.

Em todas estas histórias, identificamos a violação do direito básico de viver a infância. Marcadas pela pobreza, encontramos o trabalho infantil como uma viabilidade de sobrevivência e a repercussão disso no não acesso à educação, o que fatalmente vai influir no repertório dos nossos interlocutores quanto aos recursos necessários para andar com a vida.

Podemos, com isso, nos remeter a Arenari e Dutra (2016) quando referem que

a reprodução dessa condição de vida marcada pela negação do status de pessoa de valor e pela acumulação de exclusões em diferentes âmbitos da vida social passa pela reprodução intergeracional de ambientes de socialização primária precários, sem os recursos sociais necessários para estabilizar relações baseados da *philia* e no investimento incondicional no outro, os quais vão novamente produzir indivíduos destituídos de disposições e recursos indispensáveis para participar como pessoa no conjunto da vida social (ARENARI; DUTRA, 2016, p. 189).

Os achados expressam uma trajetória de precariedade que parece ser intergeracional através da acumulação de exclusões. As pessoas, ao longo de seu percurso, vão sendo destituídas a partir do não acesso ou do insuficiente acesso a direitos básicos como a educação e aos elementos necessários de garantia de proteção para o desenvolvimento infanto-juvenil. No caso dos nossos interlocutores, parece que estas restrições vão se dando pela inviabilidade sócio-econômica no âmbito social primário, mas, também pelo afrouxamento/ausência de políticas públicas para garantia dos seus direitos.

4.1.1.2 A perda das figuras parentais e a busca ativa por elos do passado

As histórias de perda das figuras parentais ou mesmo o abandono familiar, marcam o curso de vida da maior parte dos nossos interlocutores da pesquisa, produzindo diversas itinerâncias: seja de casa em casa de parentes ou na própria rua.

Podemos retomar a história de Arco Iris quando relata que sua mãe faleceu quando ele ainda era criança (a TR³⁴ informa que Arco Íris tinha três anos de idade). Seu pai o abandonou, junto com sua irmã. Vão morar com uma tia, irmã da sua mãe, que morava em São Paulo.

Segundo a técnica de referência do nosso interlocutor, aos 17 ou 18 anos, Arco Íris sai da casa da referida tia em São Paulo, sozinho, em busca de emprego, e vai residir em Vitória da Conquista/BA, na casa de outra tia materna. Passados 4 anos na Bahia, ele sai da casa da sua tia

³⁴ Técnica de referência

devido a conflitos com o marido da mesma e vem para o Recife/PE. Em algum momento das nossas conversas, Arco Iris relata que veio ao Recife a procura do pai. Posteriormente, a TR nos informa que ele não encontrou seu genitor.

Observamos que em Recife, Arco íris viveu em situação de rua, onde construiu um “barraquinho”.

Segundo o mesmo, armou uma rede e tinha em mãos uma garrafa com água. Passava o dia lendo revistas. Ficou muito tempo na praça em frente ao parque da Jaqueira, até o dia que uma médica, junto à polícia, o tirou da rua, mesmo ele não demonstrando interesse. Conta, ainda, que ficou internado no Hospital Ulysses Pernambucano (HUP), e que as psiquiatras, em 2003, eram quem escolhiam quem ia receber o dinheiro do benefício de volta para casa. Ele foi um dos escolhidos.

Ao nos debruçarmos sobre o curso de vida de Arco Iris até o período da internação, observamos o quanto a morte da mãe e o abandono do pai serão decisivos para mudança da configuração familiar – a moradia com a tia em outro Estado. Na adolescência, muda de rumo, em busca de outra configuração de pertencimento. Não conseguimos adentrar as entrelinhas de suas relações, mas a demarcação de um conflito no novo seio familiar leva Arco Iris a buscar o “pai” na cidade do Recife.

A itinerâncias do nosso interlocutor nos remete ao pensamento de Scarcelli (2011), baseada em Castel (1997), quando associa a desfiliação ou desvinculação também à ruptura de pertencimento do mundo sociofamiliar, como constituintes da “exclusão social”.

No percurso das buscas de Arco Iris, a condição de desamparo se materializa através de uma formatação solitária e desprovida, como a situação de rua, porém, com uma configuração muito singular. Seu “barraquinho” em frente a uma praça arborizada e de estratégica localização na Zona Norte do Recife, com rede, garrafa de água e revistas, parece insistir numa inscrição subjetiva própria, embora, aparentemente, fora dos circunscritos normativos sociais vigentes. Retirado da rua, ou melhor, da casa construída, vai para um hospital psiquiátrico (FIOCRUZ, 2017).

Arco Iris tem o reconhecimento da sua existência ao ser individualizado como o morador da praça que precisava dali ser retirado e no registro da doença, se opera como intervenção a internação psiquiátrica. Tal fragmento nos remete a Guatari e Rolink (1996) ao tratar que dentro da sociedade capitalista há uma intensificação da individualização e o bloqueio de movimentos de singularização.

Vamos perceber, mais adiante, do quanto a saída do hospital vai possibilitar a Arco Iris, através do acesso a moradia e dinheiro, a retomada de suas buscas, na continuidade de sua inscrição subjetiva e pelos elos do passado (FIOCRUZ, 2017).

A mãe de Daniel faleceu quando ele ainda “era pequeno”. Ao falar sobre isso, Daniel diz: “era uma vida até feliz que eu tinha”. A espiritualidade parece ser uma forma de Daniel lidar com o mundo e com a sua existência, e também como um elo que o liga ao seu passado, considerando a sua formação religiosa no seio familiar.

O discurso de fé está sempre presente na vida de Daniel que relatou frequentar diferentes igrejas desde criança. Inicialmente ia com sua mãe e como ficava próximo a sua casa começou a ir sozinho aos domingos para a escola dominical. A partir desse contato começou a estudar a bíblia, participar dos corais e grupos direcionados a sua idade, assim como, funciona até hoje nas igrejas evangélicas. Já na sua adolescência e fase adulta frequentava outras instituições como a Igreja Batista e a Assembleia de Deus, que possuem “cultos maravilhosos”, como citado pelo beneficiário (FIOCRUZ, 2017).

As perdas das figuras parentais implicam não só mudança da configuração familiar ou, às vezes, do espaço concreto da moradia, mas de toda uma dinâmica de vida. A perda da infância com os pais para alguns dos nossos interlocutores, deixa marcas que produzem diversos desdobramentos na vida e para muitos, como bem retrata Daniel, significa a perda “de uma vida até feliz” (FIOCRUZ, 2017).

4.1.1.3 Os acontecimentos, as vivências de sofrimento psíquico e os desdobramentos na mudança do curso de vida

Observamos que antes da internação algumas pessoas interlocutoras da pesquisa, demarcam determinados acontecimentos como produtores do seu processo de sofrimento psíquico. Nesta perspectiva, percebemos que tais acontecimentos foram decisivos para mudança de rumo na vida, sejam eles consequentes de determinadas situações ou completamente inusitados. Podemos falar de Belo que morava

num sítio com sua família e trabalhava plantando... Conta que seu pai era agressivo, que quando ele voltava do futebol era agredido. Sua mãe tentava intervir segundo ele, chorando e pedindo para que o pai parasse, mas “ele não atendia a ela não (FIOCRUZ, 2017).

Com uma história de vivências de sucessivas violações, dentre elas, a agressão física na infância, Belo vai no desenrolar da sua história, viver as repercussões desta violência nos seus episódios de sofrimento. Nosso interlocutor conta que, no passado, passou três anos na cidade de São Paulo, na casa de um amigo. Refere inicialmente que esse amigo se matou... Ao detalhar sua

passagem pela cidade referida, relata que ‘endoidou em São Paulo’, quando mataram seu amigo no barraco que moravam (FIOCRUZ, 2017).

Sem sabermos ao certo a natureza da morte do seu amigo, fica evidente o quanto tal acontecimento é associado por Belo como desencadeador do seu sofrimento e entendemos que os desdobramentos desse episódio culminou, dentre outros possivelmente, para seu retorno a sua cidade natal.

Em relação aos anos antecedentes à institucionalização, Belo relata

ter vindo de Garanhuns para Recife após um episódio trágico onde ele diz que deu “uma surra” na sua mãe Josefa. Ele contou que o seu pai fez macumba para ele e chamou a polícia para leva-lo sem ele ter feito nada, e antes do pai chegar com a polícia ele refere que matou a mãe e que isso foi macumba, “macumba para eu matar minha mãe”. Fugiu para casa do cunhado e encontrou a polícia no caminho (FIOCRUZ, 2017).

Posteriormente..., a sua técnica de referência, nos esclarece que Belo foi preso em 1983, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP-PE), em Itamaracá, pelo crime de assassinato à mãe. Ela relata que ele deveria ter ficado na medida de segurança por 3 anos, mas ficou 9 anos. Sendo transferido em 1992, para o Instituto de Psiquiatria do Recife – IPR (atualmente fechado), onde ficou até 2003, ano que foi morar na RT (FIOCRUZ, 2017).

Ao nos deparar com a narrativa de Belo, visualizamos uma situação extrema que, por um lado pode ser vista apenas como fruto de um surto psicótico e por outro, a nossa posição, como também um desdobramento de relações familiares marcadas pela violência que atravessa a vida de Belo desde a infância.

Não diretamente dirigido ao pai, mas sob a insígnia do pai, na crise, Belo parece utilizar-se da linguagem da violência como expressão máxima dos conflitos e do seu sofrimento: agride e conseqüentemente mata a mãe, a pessoa que no seu relato é quem o tentava proteger. Na sua explicação, sem se eximir, traz o pai como responsável indireto pelo seu ato, o mesmo que marca sua história como agressor.

Para além do drama familiar posto, também visualizamos uma possível ausência de suporte psicossocial para ele e sua família. Sem termos acesso as circunstâncias, mas calculando que no período, há quase 30 anos atrás, não existiam serviços psicossociais na sua cidade natal (considerando a história da Política de Saúde Mental em Pernambuco), tomamos tal situação vivenciada por Belo, como fruto também da inexistência de uma proposta de cuidado na rede de sua cidade (FIOCRUZ, 2017).

Saraceno (1999), ao citar Thornicroft (1992), pontua que os objetivos do trabalho destinado às famílias devem consistir na redução de riscos de recaída, que lemos como redução de crises caracterizadas por “situações explosivas”; como também na melhoria da qualidade de

vida dos familiares e capacitação destes para construção de habilidades de manejo e minimização dos sintomas e da desabilitação das pessoas.

Ficamos a pensar: tendo a família e Belo tido acesso a um cuidado desta natureza, existiria talvez a chance de interditar o seu ato? Ato este que se materializa na morte concreta da mãe, mas também de Belo, considerando o seu percurso de institucionalização e sua consequente expulsão irremediável do seio familiar.

A vivência relatada de Belo se desdobra na sua desfiliação e num longo processo de dupla institucionalização que perdura por 20 anos, inclusive violando seu direito a um limite de tempo de reclusão, considerando o que deve ser o tempo máximo de uma medida de segurança (3 anos). A ele se impõe duas condenações sem a chance de ressocialização, diferentemente de qualquer outra pessoa que apresenta conflito com a lei (FIOCRUZ, 2017).

Ao contar sua história, Belo expressa seu sofrimento e teorização a respeito dos acontecimentos e tenta dizer aos pesquisadores de campo, de diferentes formas, que é uma pessoa boa. Fala que ele saiu na rádio, onde a rádio dizia “Belo é um menino bom, Belo nunca fez mal a ninguém. Belo não bateu na mãe dele” (FIOCRUZ, 2017).

Parece-nos que Belo queria apresentar-se para além daquele que matou a mãe, como um homem que, dentre tantas outras coisas, também é bom. Automaticamente, tal reflexão nos leva a pensar sobre as repercussões do etiquetamento das pessoas. O rótulo de “doente mental”, inviabiliza o reconhecimento do status de sujeito, o que converge com a perspectiva trabalhada por Scott (1999) ao problematizar que quando uma identidade é mais importante, outras posições do sujeito e sujeita são ignoradas (FIOCRUZ, 2017).

Giovanni relata que sua primeira internação psiquiátrica foi aos 17 anos após levar um tiro na barriga durante um assalto. Ele refere que

estava com irmão, reagiu e atiraram nele. Giovanni não apenas fala, mas, nos mostra as cicatrizes das cirurgias: do tiro que levou e da colostomia. Ficou internado no Hospital da Restauração (grande hospital de urgência do Estado) durante 12 dias por conta do tiro; depois 3 meses no Hospital Português (hospital geral particular de grande porte no Estado). Refere que lá não comia nada, que depois que colocaram o intestino no lugar só tomava soro, um “soro vitaminado, para eu não morrer”. Relata que tinha um psiquiatra nesse hospital que dizia para sua mãe preparar o caixão, que ele ia amanhecer morto (FIOCRUZ, 2017).

Giovanni associa o episódio do assalto ao início das crises e das internações psiquiátricas. Diz que teve mais ou menos 18 internações ao longo da vida (FIOCRUZ, 2017).

No passado, trabalhou por quatro anos em um grande banco - dos dezesseis (16) aos vinte (20) anos de idade. “Gostava de trabalhar lá, era tudo bem lá”. Fala que voltou a trabalhar mesmo

depois do assalto. “Foi questionado pelos empregadores se gostaria de ser demitido ou aposentado e aos 21 anos de idade se aposentou” (FIOCRUZ, 2017).

Observamos que o sofrimento desencadeado por um acontecimento inusitado, uma situação de violência urbana, produz para a vida de Giovanni duas grandes perdas: a do trabalho ainda muito jovem (21 anos), atestando uma certa “incapacidade” e a perda da liberdade, mediante a vivência de dezoito (18) sucessivas internações psiquiátricas (FIOCRUZ, 2017).

Constatamos na história de Giovanni, dialogando com as ideias de Elder Jr. (1998), como os referidos acontecimentos produziram consequências duradouras, afetando toda a sua vida subsequente. A vivência de uma situação de violência urbana ainda na adolescência, o risco de morte e o sofrimento psíquico advindo de um trauma repercute nas esferas da vida de Giovanni no registro das rupturas com o trabalho, com a família e com a vida privada, consequentemente com seu cotidiano em liberdade (FIOCRUZ, 2017).

Isto nos remete a ideia de Heller (2000) de que o cotidiano se constitui organicamente através, dentre outros elementos, do trabalho e da vida privada. Segundo Scarcelli (2011) baseada em Castel (1997), a ruptura com o vínculo de pertencimento ao mundo do trabalho, também produz exclusão.

4.1.1.4 A condição das mulheres: os relacionamentos, a experiência da maternidade, a ruína e as múltiplas violências.

Olhando para o curso de vida antes da internação psiquiátrica, observamos, como já mencionado, que perdas e acontecimentos repercutem em itinerâncias diversas até culminar no hospital psiquiátrico. Entretanto, chama-nos atenção a situação das mulheres que são demarcadas por vivências muito singulares que conotam bem as opressões advindas da desigualdade de gênero e do duplo lugar de subjugação: o de mulher e o de louca.

Flor de Laranjeira refere que teve cinco filhos e que eles não a visitam porque são crianças. Referindo-se a uma vizinha, diz: “Lúcia cuida dos meninos”.

Sentimos que durante sua fala tornou-se saudosa e perguntamos se ela sentia falta dos filhos. Ela afirmativamente respondeu com a cabeça e ficou em silêncio. Referiu ter sido casada por dez anos (FIOCRUZ, 2017).

De um passado distante, após quinze (15) anos de internação e quatorze (14) anos de moradia fora do hospital, sem contato algum com familiares, Flor de Laranjeira se refere ao passado fazendo alusão aos filhos, cuja convivência foi perdida. O pesar do seu semblante

durante o encontro com as pesquisadoras de campo, expressam os significados de uma maternidade não vivida.

Na narrativa de Laranjeira identificamos que ela foi casada e teve nove (9) filhos. Ao falar da experiência da maternidade junto com Jéssica, fala do quanto “Foi difícil para criar os filhos pelas limitações financeiras, relacionamentos conturbados, a doença e o pouco apoio familiar” (FIOCRUZ, 2017).

Laranjeira refere que, quando casada, era constantemente traída. Refere que quando via a cena de traição, saía para chorar num beco próximo a sua casa. Retrata que houve agressão física entre ela e o marido em um desses episódios. Um dia saiu de sua cidade:

simplesmente começou a andar, dormia nas ruas, pedia comida para as pessoas e conseguiu chegar em Itamaracá.

Relacionamento conturbado, ausência de apoio familiar na criação dos filhos, limitações financeiras, traição e agressão parecem marcar a vida de Laranjeira como mulher. A saída de casa pode ser lida também como uma tentativa de rompimento com todo esse emaranhado de papéis e opressões que demarcam a vida de muitas mulheres brasileiras. Andar, andar e chegar a uma ilha literalmente, a ilha de Itamaracá, nos faz pensar sobre a possível (talvez) busca dessa mulher de se libertar de um outro tipo de aprisionamento.

Poderíamos ler esta vivência de Laranjeira de diferentes formas, mas fazemos a opção, partindo de um olhar interseccional, de pensar que sua saída de casa para além de um simples episódio advindo de uma crise psíquica, pode ser pensada também como uma forma de lidar com seus sofrimentos.

Tal raciocínio nos remete a Zanello (2017), quando questiona a nomenclatura “transtorno”, referindo que não se trata de uma “entidade metafísica, que existe em si mesma”, mas, uma criação cultural para balizar padrões de comportamentos hegemônicos “normais” e “anormais”.

“Minha irmã me desprezou por causa do safado do marido dela”, e Alice refere que por causa disso passou a morar na rua e sua irmã continuou morando com sua avó.

Segundo sua técnica de referência, Alice

vivia em Camaragibe “perambulando” nas mediações do mercado público. Sabe-se que ela estava em situação de rua e conheceu uma senhora que a acolheu, dando alimentação e deixando-a dormir no seu terraço, pois Alice “sofria vários tipos de violência na rua” como xingamentos, preconceito, pessoas ficarem rindo dela, até ficar exposta a algum tipo de violência sexual e física (FIOCRUZ, 2017).

Vemos um conflito familiar pouco esclarecido, mas que, a princípio, expressa uma ruptura entre as irmãs atravessada pela presença de uma figura masculina. Tal situação inaugura na vida de Alice uma complexa condição de vulnerabilidade. Arenari e Dutra (2016), apontam que a desagregação das relações de reciprocidade e afeto na esfera da família produzem trajetórias de fragilidades ou rompimento de vínculos com esferas sociais decisivas para o valor social global dos indivíduos.

É importante observar que diferentemente de Arco Iris, a vivência de Alice na rua é relatada com ênfase nos xingamentos e violência sexual/ física que ela sofreu, demarcando também que até em situações de maior vulnerabilidade, a desigualdade de gênero se expressa. No caso de Alice, a violência parece se intensificar.

Jéssica foi estuprada aos quinze anos por um homem mais velho da sua vizinhança: “me ameaçou de morte se eu contasse a alguém” (FIOCRUZ, 2017).

Depois do estupro ela contou que saiu correndo e fugiu... Por medo não relatou sobre a violência com ninguém e soube que a esposa do violentador quando descobriu “meteu o machado na cabeça dele”. Ela engravidou e teve um filho, fruto deste estupro. Chegou a ter a criança, mas, disse que a levaram dela (não falou quem). Neste momento, Jéssica se emocionou muito e falou com uma voz embargada: “levaram meu filho. Foi. Levaram meu menino. Dói muito. Depois disso foi que eu fiquei assim, com essa coisa ruim na cabeça”. Abaixou a cabeça e o silêncio tomou conta do momento.

Jéssica sofreu tripla violência: o estupro, o possível não acesso aos cuidados necessários para vítimas de violência sexual e o sequestro do filho. Uma sucessão de violências que produzem o seu “adoecimento”, assim como nomeado por ela, e que se desdobram no desenrolar da sua vida.

Jéssica diz que depois de um tempo teve um relacionamento, do qual teve um filho com quem retomou contato após a sua desospitalização. Sobre seu ex-companheiro, refere que era “o galego do pão”, que a agredia fisicamente e a chamava de “doida”;

ele dava em eu, pisava, me colocava pra dormir no chão.

Ela sofria dos mais variados tipos de violência, mesmo quando estava grávida. Falou também que tomou medicação para não perder o filho e que continuou com o agressor até João completar um ano e seis meses. Quando deixou o marido, descobriu que estava grávida do seu terceiro filho, mas perdeu a criança logo em seguida e não chegou a falar para o ex-companheiro que esteve grávida. Falou-nos que hoje em dia tem o desejo de ter mais um filho, pra tirar o vazio no peito que o filho que levaram deixou (FIOCRUZ, 2017).

Jéssica continua num circuito de violência e parece que todo esse histórico não foi suficiente para produzir, por parte do Estado, outras formas de cuidado que não a patologização e o hospital psiquiátrico. A história de Jéssica parece expressar bem o que Passos e Pereira (2014)

chamam de apartheid social, quando referem que o manicômio e a representação social da loucura isolam, invisibilizam as opressões e as várias violências que sucedem a vida das pessoas.

Jéssica revela, de alguma forma, a partir dos dez (10) anos de internação psiquiátrica ininterrupta, que os cuidados que recebeu não consideraram o seu percurso. Passos e Pereira (2014) ao discutir sobre saúde mental e gênero, problematizam justamente esta questão, de como a assistência ofertada às pessoas não considera os múltiplos aspectos de suas vivências, com pouca proximidade de suas realidades e singularidades.

Inclinando-se sobre as narrativas das mulheres especificamente, constatamos aquilo que Silva (2017) e Mota (2017) apontam no que se refere a relação de violências contra a mulher e a saúde mental. É perceptível, nas narrativas, a presença do silenciamento e da invisibilidade destas violências, quando se organizam os cuidados prioritariamente balizados nos diagnósticos, sem considerar toda essa psicodinâmica.

Debruçando-se sobre as implicações dos acontecimentos na vida, postas neste subcapítulo, podemos dizer que experiências primárias que se apresentam com fragilidades, terminam por influir todo o percurso subsequente da vida.

Como referem Werlang e Mendes (2013), baseadas em Furtos (2000, 2001, 2005, 2007, 2008, 2009, 2012), o desenvolvimento da confiança em si, no outro e no futuro (expressões da confiança nos vínculos sociais), são fundamentais para a saúde mental. Na perspectiva apresentada, o grau desta confiança advém das vivências primárias (se bem sucedidas ou frágeis).

Vamos perceber nas narrativas analisadas que o trabalho infantil, o não acesso à escola, as perdas afetivas, os acontecimentos frutos de outras opressões e as condições específicas oriundas de desigualdades estruturantes vão demarcar, para além do lugar estigmatizado de “louco”, outras condições precárias afetivas e sócio-econômicas da existência. Condições estas, acentuadas e ao mesmo tempo invisibilizadas pelo manicômio, que vai, a nosso ver, no percurso de vida das pessoas interlocutoras da nossa pesquisa, funcionar como um “iceberg” e como “tampão das contradições e desigualdades sociais”.

4.1.2 A experiência dentro do hospital psiquiátrico: os sentidos dos acontecimentos e seus efeitos

As vivências durante a internação são múltiplas. Ao mesmo tempo são específicas e trazem no seu bojo comuns que são nomeados pelos nossos interlocutores com ênfases diferentes.

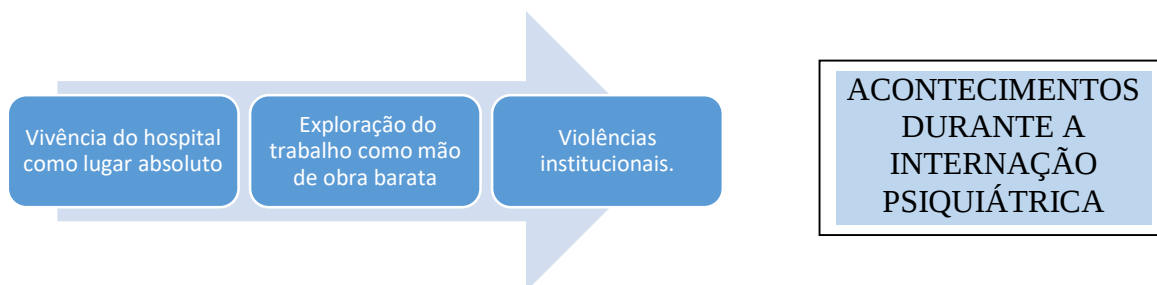
Aqui nos debruçamos sobre aquelas mais significativas, que produzem, a nosso ver, desdobramentos duradouros na vida.

Encontramos como atravessamento dos nossos achados um processo permanente de micro opressões cotidianas durante a vivência da internação, caracterizadas por imposição de situações, paralelamente a um isolamento e esvaziamento no que se refere a vida diária presente e futura.

Tais percepções são bem retratadas por Goffman (1987), quando ao descrever a dinâmica do hospital psiquiátrico, o coloca como uma concreta ruptura com as esferas da vida ligadas ao descanso, ao lazer e ao trabalho, reduzindo a vivência a um só lugar (local de confinamento) e sob uma única autoridade. Assim como Kinoshita (1996) problematiza, o manicômio se constitui como o lugar de “troca zero” que somada a quebra de privacidade, vai destituindo as pessoas de desejos e de capacidade de viver e administrar as pequenas coisas cotidianas.

Dito isto, optamos por destacar, dentre os achados, as experiências mais emblemáticas narradas pelos nossos interlocutores, a saber: a vivência do hospital como lugar absoluto; a exploração do trabalho como mão de obra barata e as violências institucionais.

Figura 4 – Representação dos acontecimentos durante a internação psiquiátrica



Fonte: Elaboração da autora

4.1.2.1 A vivência do hospital como lugar absoluto

Alice ressaltou “minha avó colocou eu no hospital”, pois “foi uma coisa ruim que deu em mim e eu fui ‘pro’ hospital... por causa de danado de fumo”.

No relatório do hospital psiquiátrico em que Teresinha foi internada, segundo sua técnica de referência, consta que a mesma foi internada pelo irmão pois estava com insônia e agitação. Até os dias atuais a família não foi localizada e não se tem informação da sua vida antes da internação.

Ao olharmos para as várias narrativas, foi comum encontrar por parte de alguns dos nossos interlocutores explicações relativas aos motivos de sua internação associadas a sintomas, situações adversas e/ou à decisão da família. Chama-nos atenção, entretanto, verificar na maioria dos casos, a incongruência entre a natureza dos motivos e o percurso de longos anos de internação, assim como, o esvaimento das referências familiares dos nossos interlocutores, como uma cortina de fumaça.

O “deixar no hospital” pela avó ou pelo irmão, no caso de Alice e Teresinha, parece expressar “um basta” numa determinada situação ou história. Como se fosse a busca de uma solução definitiva para conflitos familiares advindos da condição de seus entes ou, simplesmente, como um repasse de responsabilidade para o Estado (para aquele que financia e chancela o hospital psiquiátrico). Eis os motivos pelos quais consideramos o hospital como um lugar absoluto, que se encerra em si, tanto para as famílias como para as pessoas nele internadas.

Conforme Alice revelou, ficava em um pavilhão na ala feminina, dormia com mais três mulheres em um quarto pequeno, em que a distração principal era a TV do quarto na qual assistiam às novelas (FIOCRUZ, 2017)

Ao nos depararmos com a narrativa acima descrita, ficamos a pensar o que significam quinze (15) anos (tempo de internação de Alice) dormindo num quarto pequeno e tendo como único elo com o mundo lá fora a televisão com as suas novelas.

Vale ressaltar que dada as condições narradas pelos demais interlocutores, ter acesso a televisão (TV) no quarto já se configurava uma situação diferenciada no que tange a privilégios dentro da instituição.

E por que são as novelas que Alice demarca? Talvez apenas essa fosse a única possibilidade de viver uma outra realidade. A nosso ver, as novelas trazem os dramas humanos: os sonhos, as tristezas, as relações, a traição, os afetos, a violência... Tudo aquilo que Alice e suas companheiras de quarto não podiam acessar. Parece que a televisão, que também é um instrumento de massificação de informações, é colocada como a única via para ir além, transcender a restrição do espaço físico e existencial. Isso é também o que chamamos de vivência do hospital psiquiátrico como absoluto.

Diferentemente da situação de Alice e Teresinha, ao analisar algumas narrativas, como as de Daniel e Giovanni, por exemplo, identificamos que para algumas famílias, o “deixar no hospital” configurou-se não como abandono, mas como impedimento de cuidar.

Daniel refere que passou mais de quinze (15) anos em hospitais psiquiátricos e que o motivo das internações era porque “sofria da cabeça e vivia gritando”. Foi levado por sua irmã

que ia visitá-lo sempre. Antes de ser internado, relatou ter ido para guerra e ter, no seu retorno, morado com sua família, mas, que devido ao “problema dos nervos e as convulsões”, voltou a se internar.

Giovanni refere que a família sempre o apoiou, visitando-o nos hospitais em que esteve internado.

Daniel é um dos nossos pouco interlocutores que até os dias atuais mantêm contato com os familiares e Giovanni mora com um familiar. Nos respectivos casos, embora o hospital seja tomado como solução num determinado contexto, seus familiares mantiveram os vínculos.

Apesar desta situação não deixar de conotar uma violência, considerando todas as repercussões para a vida das pessoas no que se refere ao tempo de vida sequestrado, entendemos que a possível não oferta de suporte para os familiares levou muitos destes a entregar ao hospital psiquiátrico os cuidados de seus entes.

Saraceno (1999), considerando as dificuldades das famílias de interação com os “pacientes esquizofrênicos” e os efeitos da convivência nas suas vidas, assim como a fragilidade de suporte, chama a atenção que uma intervenção junto a familiares possibilita a orientação e diminuição da solicitação de expulsão do “familiar adoecido”, com repercussões para o próprio paciente, mas para o seu processo de reabilitação psicossocial também.

A partir das narrativas acima, identificamos que o abandono completo pelas famílias se deu em relação às mulheres (Alice e Teresinha). Observamos que no caso dos homens, Giovanni e Daniel receberam algum tipo de “apoio familiar” (mesmo que questionável) durante a internação psiquiátrica.

Ao nos debruçarmos sobre os demais interlocutores, identificamos que apenas um homem (Belo) dos quatro participantes do estudo, não apresentou nenhum tipo de vínculo com a família, e entre as seis mulheres, quatro delas não apresentam nenhum tipo de vínculo com a família. Isso significa que a situação de completo abandono familiar no que tange às mulheres é mais acentuado (quatro vezes mais se comparado aos homens). Tal achado nos faz refletir, considerando Scott (1999), sobre o quanto as posições de homens e mulheres são reflexos da “organização material e social”. Parece que o abandono das mulheres se configura com mais intensidade.

Voltamos a destacar outra vivência do hospital psiquiátrico como absoluto. Daniel ao falar de sua experiência dentro do manicômio, refere ter visto várias vezes ataques epiléticos,

“precisando que saísse correndo para chamar o médico... no qual “a pessoa caía no chão de tanto tremor”(FIOCRUZ, 2017). Retrata o hospital como

um local muito “agitado”, em que tinham muitos “acidentados”, pessoas querendo brigar a toda hora, “adoentados dos nervos” e um homem “com esquizofrenia” que vivia batendo a cabeça, cena que não sai da sua memória (FIOCRUZ, 2017).

Daniel ao retratar a dinâmica cotidiana do hospital, nos remete a Goffman (1987), ao falar do poder do manicômio de unificar as pessoas. O isolamento as afirmam naquilo que as determinam, dentro de um dado contexto.

Daniel não fala de pessoas, fala de corpos, de expressões massificadas, onde parece, ao mesmo tempo que inserido, fazer um esforço para estar fora, olhando tais cenas com certo distanciamento para não ser por elas capturado. Talvez, como uma forma de sobreviver ou de resistir a este processo de objetivação - “a condição de doente”.

Tal percepção nos remete a Basaglia (1985) quando ao falar da objetivação do louco, a localiza no interior da relação estabelecida entre as pessoas. Os corpos se batendo, os gritos ecoados narrados por Daniel, expressam bem este lugar de objetivação.

Giovanni conta que em 2002, na época em que estava num dos maiores hospitais de Pernambuco, Paulo Delgado, deputado que sancionou a lei 10.216, foi conhecer a instituição e como era a vida dos pacientes.

Relata que a entrada do deputado não foi aceita pelo hospital, que só liberaram com a presença da polícia e o deputado entrou com os policiais. E quando ele terminou a visita... Doutora Joana perguntou ao deputado Paulo o que ele tinha achado do hospital e o mesmo respondeu “uma verdadeira cidade de loucos” (FIOCRUZ, 2017).

A lembrança e observação de Giovanni, ao retratar o hospital em que foi internado, expressa bem o que Kinoshita (2016), ao retomar os autores basaglianos, vai definir como papel social do hospital: ser integrante de um sistema de “circuito de controle” na sociedade, das tensões sociais, induzindo a organização “bipolar” de pensamentos e relações, como bem e mal, normal e anormal e outros.

Neste sentido, o hospital psiquiátrico, parafraseando o que encontramos na narrativa de Giovanni, se constitui como “uma verdadeira cidade de loucos” para domesticar, recuperar, controlar e sedimentar a fronteira entre a sanidade e a loucura.

4.1.2.2 A exploração do trabalho como mão de obra barata

Sobre a vivência no hospital, Daniel diz

que participou de uma reforma na fachada do hospital, em que carregava massa, cimento.... Também arrumava o quarto que compartilhava com alguns companheiros

(não soube dizer quantos) forrava a cama e limpava o corredor que por vezes estava com fezes e urina... (FIOCRUZ, 2017)

Na narrativa de Daniel, ele detalha situações que conotam exploração. Parece que além da sua força física para reforma do próprio hospital, também cabia fazer atividades corriqueiras que deveriam está sendo desenvolvidas por profissionais habilitados para realização da limpeza hospitalar. Estando ali para “ser cuidado”, passa a ser convocado para manutenção física do espaço, que deveria ser suprida pelo corpo de trabalhadores do próprio hospital, uma vez que este possivelmente recebia recursos financeiros para este fim.

Giovanni, ao falar sobre sua vivência no trabalho dentro do hospital, ressalta dentre outras coisas, que ajudava a ajeitar alguns sapatos na instituição e que por isso ganhava pouco. Chega a nomear o que viveu como “trabalho escravo” (FIOCRUZ, 2017).

Aqui, nosso interlocutor, de forma mais crítica e explícita, traz a situação da menor valia. Ao fazer determinados serviços, passa a ganhar simbolicamente por isso, partindo de certa desvalorização de sua capacidade de trabalho.

Tais narrativas podem ser vistas à luz das ideias de Saraceno (1999), ao fazer uma crítica a lógica de trabalho impressa dentro dos manicômios, como prática asilar, que parte da desqualificação da mão de obra e funciona como mecanismo de desvalorização.

Identificamos, nas narrativas dos nossos interlocutores (FIOCRUZ, 2017), certo incomodo ao falar desta situação, deixando claro o quanto o trabalho dentro do hospital não tinha nada de habilitativo, massim instrumental, tomando as pessoas como objetos. Se as pessoas não tinham condições em nome de um “diagnóstico clínico”, de estar fora do hospital, desenvolver atividades variadas como inclusive o trabalho; como se justifica esta prática dentro da instituição? A nosso ver, trata-se de certa perversidade institucional, no sentido de reforçar “o trabalho”, o uso da mão de obra das pessoas, como mais um elemento de reafirmação destas numa posição de subjugação.

4.1.2.3 As violências institucionais

Ao nos debruçarmos sobre os vários relatos dos nossos interlocutores, observamos que diferentes situações podem se configurar como violência, desde aquelas de natureza física e psicológica até a restrição de liberdade.

Tais resultados se configuram como evidência da ideia central posta por Basaglia (1985): o manicômio como instrumento de violência para adaptar as pessoas à sua condição de “objeto de violência”, impondo esta realidade como a única que lhe resta.

Observamos claramente tal perspectiva quando em vários relatos temos a ameaça de castigo em caso de desobediência. Seja este castigo o eletrochoque ou até mesmo, a restrição de saídas.

Daniel ao falar de sua vivência particular, diz que

vivenciou as sessões de eletrochoques em vários hospitais e referiu: “tomei muito choque na cabeça” pelo fato de ser “muito nervoso”. O choque era a punição caso fizesse alguma “trela” (FIOCRUZ, 2017).

Em diferentes literaturas, como apresentado no marco teórico, o eletrochoque é associado a desobediência. Isto põe esta denúncia não como sendo de apenas uma pessoa, mas, de muitas que por essa experiência passaram.

Bessoni *et al* (2019) fazem esta referência do uso do eletrochoque e da medicação à força como castigo em caso de desobediência. Arbex (2014) retratando a experiência de Barbacena, fala do uso do procedimento a seco sem anestesia e que as regras definidas pelo Conselho Federal de Medicina só vieram a acontecer em 2002 quando, inclusive, a maior parte dos nossos interlocutores já tinham saído ou estavam saindo dos hospitais psiquiátricos.

Jéssica, também ao falar de sua experiência durante a internação psiquiátrica, diz que vivia dopada e que teve “impregnação medicamentosa”.

Sabia que eu já tomei choque? Foi! um vigilante já quebrou minha mão.” Alega que muito dessa relação de violência se dava por “desobediência às regras dos hospitais” (FIOCRUZ, 2017).

Alice, por sua vez, passou quinze anos no Hospital Psiquiátrico e relata que “tomava mais remédio, a comida era ruim e não saía do hospital”.

Passos e Pereira (2017) ao tratar das intervenções sobre o “orgânico louco das mulheres”, vão observar que, sobre elas, as intervenções são fortemente centradas na medicalização, no controle da sexualidade e na estabilização do equilíbrio hormonal. Jéssica e Alice expressam claramente a força das intervenções sobre elas.

A narrativa de Jéssica (FIOCRUZ, 2017), especificamente, parece expressar bem aquilo que Goffamn (1987) chama de “desfiguração pessoal”, quando ao falar da massificação das pessoas com a subtração de suas pequenas posses, retrata que tal mecanismo se estende ao seus corpos, no sentido de desconstruir a própria concepção de si e, conseqüentemente, se legitimar

no que acima citamos como “objeto de violência”. Se estende ao corpo com pancadas, eletrochoque, supermedicação.

Giovanni ao tratar de namoros dentro do hospital, de alguma forma, denuncia o impedimento do exercício da sexualidade (vital para qualquer ser humano), como também denuncia as repercussões para as mulheres.

Relata que “era bronca” namorar lá dentro do hospital, que atrapalhavam, mas, que acontecia e que algumas mulheres até engravidavam. Lembra que alguns casais saíam para namorar (FIOCRUZ, 2017).

Giovanni ainda relata que sua última internação psiquiátrica durou oito (8) anos. Refere que foi ele que pediu para ir para esse último hospital. Sobre esse pedido o mesmo fala que “não tava pensando direito”, que as enfermeiras ficavam falando de lá, mas, que depois ele pensou que “não deveria ter feito isso” (FIOCRUZ, 2017).

Ao analisar a narrativa de Giovanni, nos remetemos a Foucault (2011) ao tratar do poder disciplinar como aquele que fabrica indivíduos, por tomá-los como objeto e como instrumento de seu exercício concomitantemente.

Observamos na vivência de Giovanni, a existência de certa persuasão por parte das profissionais que o induz, possivelmente também a sua família, ao aceitar sua ida para um “hospital de crônicos”. Sem precisar o tempo, Giovanni ao olhar para si, toma a consciência de que “não deveria ter feito”.

Tal episódio nos remete também a Deleuze (2013) que ao falar do processo de transformação da subjetivação do homem livre em sujeição, fala de certa diagramatização deste homem que é codificado e recodificado no “saber moral”. Ao mesmo tempo o referido autor (2013) fala de um jogo que permite a reafirmação ou ruptura com esta condição: da “submissão ao outro pelo controle e pela dependência” e de um “apego (de cada um) à sua própria identidade mediante consciência e o conhecimento de si”. Talvez seja justamente isso que explique a aceitação e a posterior crítica de Giovanni a sua própria decisão.

Giovanni lembra que inicialmente saiu poucas vezes e que só depois de vários meses, o seu irmão deixou dinheiro para ele.

Nesta ocasião, ele saiu para fazer compras no supermercado...Ele relata que ia para casa no final de semana, e que saía sozinho de ônibus, mas, se desobedecesse ou “fizesse alguma besteira” não podia sair de lá (FIOCRUZ, 2017).

Relembra que nessas saídas ia andando para o supermercado e comprava muita comida pois a lanchonete do hospital era cara. Conta que a enfermeira chefe dizia saber que ele tinha o guarda roupa cheio de “guloseimas”. Ele relata que comprava sardinha e misturava com farinha para comer e muitos pacientes vinham pedir... Fala também que

comprava comida enlatada e que ajudava os outros pacientes quando podia... Ele comprava algumas coisas na cantina interna do hospital (FIOCRUZ, 2017).

Parece que Giovanni, durante a vivência no hospital psiquiátrico, usufruiu de uma situação diferenciada, quando comparado aos nossos outros interlocutores: sair para fazer compras, sair no final de semana sozinho para visitar sua família, guardar sua própria comida. É curioso observar que é justamente Giovanni que se destaca com uma condição socioeconômica diferenciada e um curso de vida de acesso a bens básicos como educação e trabalho.

Entretanto, ao olhar para o interlocutor supracitado, através de sua narrativa, observamos o quanto ele se movimentava também sob controle: a comida que a enfermeira sabia que ele guardava; a saída associada a “não fazer besteira” à obediência. Tais experiências, reflete bem o que é a individualização e a penalidade, é amplamente discutida por Foucault (2011) como principais instrumentos do “poder da norma”, ou seja, da disciplina. As várias formas de vigilância, o uso da própria pessoa como objeto e instrumento do poder disciplinar e a sanção normativa configuram este processo.

A realidade de Giovanni é dentro do hospital marcada pelo poder, seja o seu, ocupando um lugar diferenciado em relação a outras pessoas internas, seja sendo objeto subjugado do poder da norma. Se transforma no próprio instrumento de sua normatividade para sustentação de sua condição diferenciada, individualizada, embora não singularizada no espaço asilar.

Na narrativa de Giovanni e de Alice, o lugar da comida aparece como outro elemento importante: ora como algo não prazeroso - “comida ruim”; ora como privilégios, dado o poder de acesso de Giovanni à comida não servida pelo hospital; ora como sobrevivência, quando Giovanni retrata a busca de vários pacientes pela sua comida (“e muitos pacientes vinham pedir. Ele... ajudava os outros pacientes quando podia”).

A comida ocupa um lugar vital na vida de qualquer ser vivo. Trata-se da sobrevivência. Contudo, para os humanos também conota prazer, saciedade, lembranças afetivas. A descrição de Giovanni nos leva a imaginar os pedidos de forma desalentadora. Precisar suplicar pelo básico, pelo essencial cotidianamente é também uma forma de ir se despotencializando. Isto nos remete a Goffman (1987) quando problematiza a naturalidade com que dentro do hospital psiquiátrico se encara o ato de pedir algumas coisas que fazem parte de necessidades essenciais e básicas, como água, comida e outros.

Percebemos que, embora em alguns momentos não se fale mais claramente sobre o sofrimento produzido pela institucionalização, as marcas permanecem. Ao retratar a experiência no hospital psiquiátrico, Daniel diz: “as pessoas que tem essa esquizofrenia é uma vida sem

felicidade”, com lágrimas nos olhos, “o corpo inquieto, as falas confusas e trêmulas” (FIOCRUZ, 2017).

Parece que mais do que a experiência da esquizofrenia, Daniel nomeava “a vida sem felicidade” como algo relativo a existência e a todas as dores a ela causadas. Neste caso, não as dores inerentes à vida, mas as impostas.

Mais do que a experiência em si são os atravessamentos de várias opressões, dentre elas, a da institucionalização, que retiram das pessoas aquilo que elas trazem de mais precioso, a sua singularidade, ou seja, a sua humanidade. Basaglia (1985) ao tratar dos efeitos da violência do manicômio, vai trazer a questão de des-historificação: sujeitos sem história, sem passado, reduzidos a um diagnóstico e objetivados na dimensão relacional.

Foi comum encontrar nas narrativas, confusões do ponto de vista temporal. Observamos, por exemplo, Belo,

que ao recontar sua história, mostra-se incerto em relação ao tempo dos acontecimentos... diz estar com 40 anos e que quando isso aconteceu tinha 39, referindo-se ao episódio familiar vivenciado: a morte da mãe (FIOCRUZ, 2017).

Na atualidade, embora esta seja a sensação de Belo, hoje ele está com sessenta e dois (62) anos e o ocorrido conta com mais de trinta (30) anos.

Mari ficou no hospital por quase seis (6) anos - “nunca fui internada não”. “Passei uns dias, parece que três meses”. Ela chegou ao hospital psiquiátrico sem documentação, precisando fazer exame ósseo para determinar sua idade (FIOCRUZ, 2017).

Teresinha, dentre outras, conta histórias do passado como se tivessem ocorrido ontem, com memórias confusas e ao mesmo tempo, com repentinos discursos aparentemente sem conexão, mas, que expressam algo de significativo.

Como a restrição de liberdade, a destituição da subjetividade leva as pessoas a se reafirmarem naquilo que as determinam, restando apenas o apagamento de suas memórias. Isso nos remete a pensar sobre o que Goffamn (1987) chama de “desculturação e destreinamento”. Vai ficando evidente como os movimentos instalados dentro da instituição (rebaixamento, degradações, humilhações e profanações do eu) vão enquadrando as pessoas no mundo institucional, mediante uma permanente tensão entre as concepções de si e o mundo da instituição, alterando suas crenças (FIOCRUZ, 2017).

Nas nossas observações, ainda encontrando amparo em Goffman (1987), constatamos como “o se constituir como pessoa” passa pelo padrão de controle social, exercido por ela própria e por aquelas outras que a cercam.

Passamos agora a discutir a fase após a internação, seus marcadores e repercussões.

4.2 A REPERCUSSÃO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: SUSTENTAÇÃO DA EXISTÊNCIA SINGULAR

Ao se debruçar sobre as narrativas, o mais expressivo achado que encontramos foi o fato das pessoas se manterem fora do hospital e habitar um lugar espacial e existencial de forma singular, o que entendemos como sendo uma espécie de sustentação da existência. Esta sustentação da existência configura-se como um permanente movimento que conota certa reinvenção, reestruturação, considerando que se pauta na oposta posição do processo de institucionalização. Lembremos que Goffman (1987), tratando da “mortificação do eu”, aponta a “ruptura total do indivíduo com seu mundo exterior” como um dos pilares deste processo.

Neste sentido, consideramos que esta sustentação da existência da qual falamos, se dá com interligação com o mundo exterior - das relações (por mais diversas e contraditórias que sejam). Na contramão do que o autor supracitado (1987) refere como “despojamento do papel”, vai se constituindo processualmente, com a vivência da desinstitucionalização, a possibilidade de se apossar de si mesmo, de seus direitos, de seu tempo, enfim, do seu papel social, o que denominamos aqui como apropriação.

Tal experimentação tem como demarcador inicial e estruturante a saída do hospital psiquiátrico, ou seja, a desospitalização. Da mera passagem de um lugar para outro (do hospital para uma casa), sentido por alguns dos nossos interlocutores, no primeiro momento, com estranhamento; esta mudança de moradia vai paulatinamente tomando outras proporções.

Segundo relatos da técnica de referência e cuidadoras de Alice, quando esta chegou à residência terapêutica “não conseguia dormir bem, pois passava muito tempo acordada vigiando o guarda-roupa e seus outros objetos. Mencionava que se fosse dormir, alguém iria roubar seus objetos pessoais”.

Até os dias atuais, não gosta que entrem no seu quarto e mexam nas suas coisas. Nomeia seus próprios pertences e os alheios associados aos seus respectivos donos. Em muitos de seus relatos sobre seu cotidiano, fala do seu quarto, do seu guarda-roupa, de suas roupas, do seu cabelo, do novo lençol da sua cama. Na casa em que mora, costuma participar de conversas na cozinha, especialmente no lanche e no quintal. Chama outras moradoras como “amigas”, o que é revelado através dos registros fotográficos expostos na sala referentes as moradoras da casa em festividades (FIOCRUZ, 2017).

Parece que do sentimento do “corpo como uma ilha”, de extensão da experiência do hospital, algo vai se processando com Alice, a partir do reconhecimento de si e do outro, da concreta ocupação de uma dimensão espacial.

Isto nos remete a pensar sobre o conceito de *reciprocidade* discutido por Basaglia (1985), ao focar a distribuição de poder e centralidade nas pessoas como essenciais para o reconhecimento mútuo no que se refere a dimensão singular do desejo, dos limites e potencialidades de cada um.

Alice ao superar o momento da desconfiança e da permanente vigilância para guardar as poucas coisas que as pertenciam e legitimavam sua existência; passa a reafirmar suas propriedades, reconhecendo o que é seu e do outro. Ao mesmo tempo se lança nas relações, como visto no seu pequeno recorte de narrativa, através do compartilhamento das conversas com outras moradoras.

Parece-nos que a reciprocidade vai possibilitando processualmente a construção deste sentimento de pertencimento a algum lugar, às relações. Mângia e Muramoto (2007), baseadas em Castel e Souza (2000), tratam que as redes relacionais desenvolvem um papel importante para além do apoio e suporte necessário para a produção e reprodução da vida social, mas, também de proteção no que se refere aos riscos dos processos de desfiliação.

Alice, com suas iniciais e acentuadas desconfianças, vai aparentemente com o passar do tempo, a partir das relações com “as amigas” e da apropriação sobre seu quarto e seus objetos, sedimentando o seu lugar e seu modo de viver (FIOCRUZ, 2017).

Observamos nas várias narrativas que, num tecimento processual, o acontecimento da desospitalização vai dando passagem a um processo mais complexo, se constituindo como desencadeador de múltiplas vivências e de diversificados momentos.

Giovanni, por exemplo, na atualidade, mora com a família, mas, até chegar a esta situação, foram várias idas e vindas. Relata que ao sair do hospital psiquiátrico, depois de seis (6) anos, em 2003, foi morar numa residência terapêutica em Camaragibe.

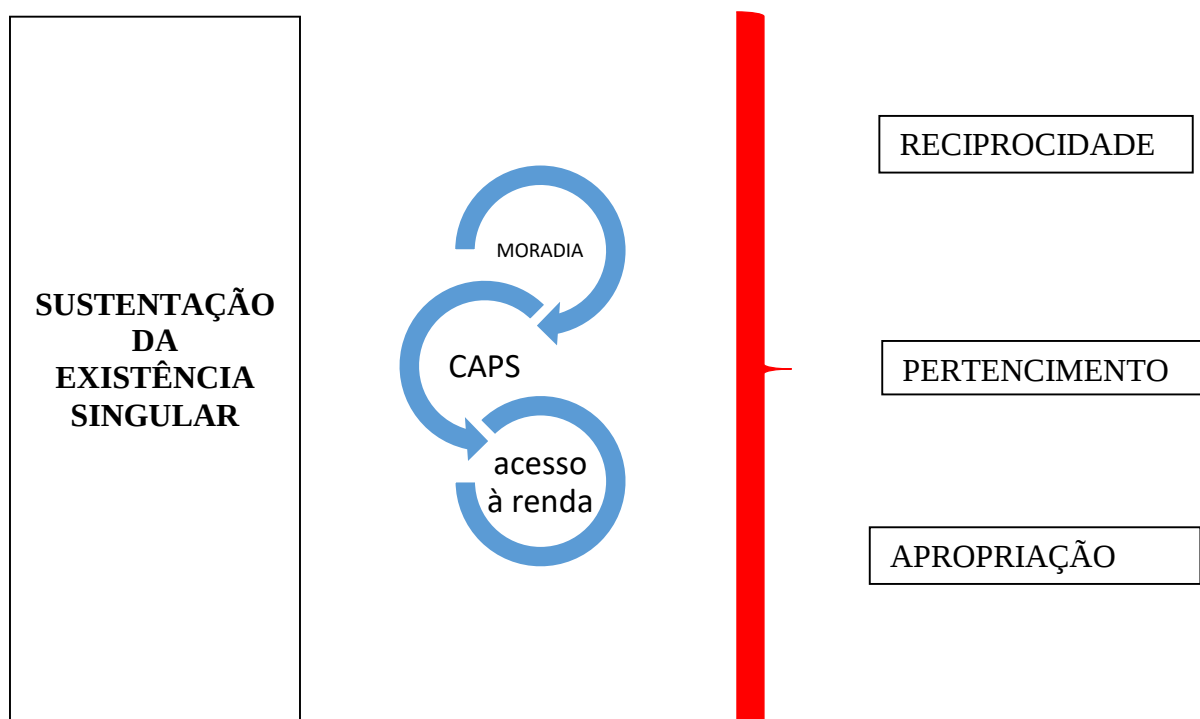
Refere que nesse tempo teve “alta” três vezes da RT e foi morar com a mãe, mas, que voltou duas vezes devido a problemas com a mesma... que a mãe faleceu em 2013, quando se mudou para casa do irmão em Recife... Atualmente mora com o sobrinho... (FIOCRUZ, 2017)

Venturini (2016) refere que o processo de desospitalização e desinstitucionalização se complementam e que neste último, por ser mais complexo, o tempo (subjetivo e objetivo) e o espaço (de moradia e de tratamento – o território vivido) se configuram como elementos essenciais para reconstrução das subjetividades.

Ao mergulhar nas várias histórias de vida através das narrativas, constatamos que esta sustentação existencial se ancora a partir de três pilares que vão se constituindo como recursos após a desospitalização: a moradia (seja SRT e/ou convívio com a família de origem); o CAPS como uma primeira plataforma de diferentes experimentações relacionais e o acesso à renda - dinheiro como recurso para realização de desejos, garantia da subsistência e viabilizador da construção de um lugar com valor social, onde concretamente os créditos interferem na valoração social que as pessoas vão construindo ao negociar no mercado de consumo.

A partir de agora, iniciamos nesta primeira parte dos achados, a discussão sobre os pilares mencionados que ancoram a sustentação existencial das pessoas. Num segundo momento, optamos por expressar o processo de construção e materialização da reciprocidade, apropriação e pertencimento, a partir do que consideramos como produção de subjetividades no cotidiano das pessoas inseridas em processo de desinstitucionalização.

Figura 5: Representação da repercussão da desinstitucionalização



Fonte: Elaboração da autora

4.2.1 Moradia

Nas narrativas de Jéssica e Laranjeira que compartilham a mesma moradia, encontramos como observação das pesquisadoras de campo, em relação à casa em que vivem:

toda pintada de rosa, com muro baixo e uma pequena árvore na frente. Logo quando chegamos, observamos que atrás do muro tem uma área com um pequeno jardim. Depois visualizamos um terraço em formato de L que dispunha de cadeiras de balanço e de madeira. A sala possui uma televisão, dois sofás, uma cadeira de balanço e alguns banquinhos - um cômodo da casa muito aconchegante, bem arejado, higienizado, alegre com disposição de fotos e quadros. Os três quartos são espaçosos, a cozinha retrata um espaço acolhedor e ainda possui uma área de serviço, mais um banheiro na parte de trás e um quintal grande, com árvores, o que ajuda a manter a temperatura agradável (FIOCRUZ, 2017)

Temos ainda as observações relativas à moradia de Flor de Laranjeira e de Alice, com o seguinte relato:

Tivemos a impressão da cozinha ser o coração da casa, na qual todas ficaram algum tempo lá durante nossos encontros, seja cozinhando, organizando as refeições ou apenas para conversar, uma vez que era espaçosa e aconchegante (FIOCRUZ, 2017).

Tomando as ideias de Saraceno (1999), ao olhar para tais narrativas, podemos dizer que a desinstitucionalização também se configura como processo de subjetivação dos espaços, com produção de construção de novas simbolizações e racionalidades que perpassam pelo direito ao seu uso.

Parece que os espaços descritos acerca da casa de Jéssica, Laranjeira, Flor de Laranjeira e Alice conotam uma permissão para viver a casa e as relações. Tal percepção nos remete a Saraceno (1999) novamente, quando retrata que a desinstitucionalização consiste em colocar o sujeito na condição de exercitar o direito à relação. A cozinha da casa de Flor de Laranjeira e Alice, como espaço de encontro e de afazeres, expressa bem tal afirmativa.

Ao olhar para as descrições das casas referidas e de suas dinâmicas, nos remetemos a Saraceno (1999) quando, baseado em Rotelli (1990), trabalha conceitualmente com a dupla: desinstitucionalizar – reabilitar o contexto, apontando a necessidade de restituição da subjetividade das pessoas na relação que estabelece com a instituição, no caso a residência terapêutica.

Isso se expressa através das narrativas de Jéssica quando diz que agradece a Deus pelas residências: “no hospital eu não tinha liberdade, a gente era prisioneiro de lá”. Jéssica parece trazer na sua narrativa justamente a ênfase na relação, quando ressalta que era “prisioneira”, dando a entender que no novo espaço se vincula de outra forma, com liberdade.

Flor de Laranjeira, por sua vez, ao ser retratada pela equipe que a apoia, é descrita como “uma pessoa mais metódica, que gosta de rotina... que tem o tempo dela, diz que gosta de“ morar com as outras mulheres, mas, não gosta muito de conversar” (FIOCRUZ, 2017).

A narrativa de Flor de Laranjeira conota a construção do que denominamos como legitimidade da existência, tanto na descrição sobre ela como na sua própria posição de “gostar

de morar com outras mulheres, mas não gostar muito de conversar”. Parece que o espaço da casa, emite uma autorização para ser “o que se é”. É o que chamamos de legitimidade. Esta funciona como polo oposto à institucionalização, produzindo e constituindo-se, ao mesmo tempo, numa inscrição subjetiva singular a partir da linguagem e do corpo, com oferta de uma ampliação espacial concreta, como bem discute Kinoshita (2016).

Sobre a moradia, encontramos diferentes situações: pessoas que moram em residência terapêutica e pessoas que moram com a família. Entretanto, observamos que todas passaram logo após a desospitalização, por uma residência terapêutica.

Neste sentido, identificamos diferentes sentimentos e sentidos em relação à moradia. Para algumas pessoas, como Alice, Flor de Laranjeira e Jéssica, por exemplo, vimos que a vivência na residência é associada a “compartilhamento e liberdade”. Porém, para um dos nossos interlocutores, ao mesmo tempo que a residência é vivenciada como espaço de moradia, há questionamentos e leituras críticas.

Vejamos Arco Iris que, segundo sua técnica de referência, quando ele ainda era morador da residência, não gostava dos passeios terapêuticos que aconteciam junto com os demais moradores e nem que as pessoas soubessem que ele morava em um SRT. Diz ela: “por isso, muitas vezes não aceita sair com eles”. Refere que era mais frequente ele sair apenas com ela, como por exemplo ir ao cinema. “Iam de ônibus, taxi ou uber e cada um arcava com as suas despesas” (FIOCRUZ, 2017).

Para Arco Iris, tudo indica que a residência terapêutica não era reconhecida como espaço definitivo e o fato de se agregar a outras pessoas, gerava incômodo e o reafirmava, na sua leitura, num lugar estigmatizado. Sua busca por um caminho próprio, evidencia isso. Contudo, o respeito aos colegas da moradia, era algo presente na relação que Arco Iris estabelecia com a casa.

Na sua narrativa, por exemplo, os pesquisadores de campo comentam o cuidado do mesmo com seu companheiro de quarto, ao adentrar o espaço comum dos dois, quando mostrou seus móveis. Ao mesmo tempo, ele traz alguns questionamentos quanto à composição da casa, pelo fato de compartilhar a mesma com outro morador que no passado matou uma pessoa: “como é que isso pode acontecer? na sua casa, é “bandido!” (FIOCRUZ, 2017).

Neste fragmento podemos identificar que Arco íris, ao tratar da moradia como sua casa, evidencia o sentimento de pertencimento, mas também, ao fazer indagações sobre o direito de outro morador a habitar a residência, mostra suas dificuldades na aceitação das diferenças e o seu incômodo com a sua limitação quanto à governabilidade sobre esta decisão.

Arco Iris, após quatorze (14) anos de moradia numa residência terapêutica, foi localizado pela família, fazendo sua transição no período da pesquisa de campo.

Valda (irmã de Arco Iris) com a ajuda da sua filha, Maria, conseguiram localizar Arco Iris pela internet, no primeiro trimestre de 2017. Ligaram para a escola, na qual o mesmo fazia o curso profissionalizante de solda elétrica... e falaram com Arco Íris... (FIOCRUZ, 2017).

Observamos que todo o movimento de Arco Íris neste período da pesquisa (de compras e de organização da vida) estava voltada para a mudança pra São Paulo, como por exemplo: a compra de duas malas enormes que já estavam prontas no seu quarto (FIOCRUZ, 2017).

Analisando a narrativa de Arco Iris, fica evidente que embora o espaço da residência terapêutica possibilite a construção de pertencimento, para algumas pessoas que nela moram, isso não é suficiente.

Entre as pessoas que continuam a morar numa residência terapêutica, observamos que o fato de não voltar para casa da família após a desospitalização, é sentido, para algumas, como a perpetuação do abandono.

Mesmo com uma boa convivência na residência e construção de novos laços, a falta da família é vivenciada pela maior parte das pessoas como um pesar. É como se no íntimo, se alimentassem do desejo de retornar a uma configuração inicial de pertencimento: à família de origem, como uma forma de fazer elos com um passado que se perdeu com o processo da institucionalização

Observamos isso ao nos debruçar sobre a narrativa de Jéssica, quando diz: “Eu só tô aqui porque não tenho família...Eu não tenho família, se eu tivesse não tava morando aqui”. Jéssica é uma das interlocutoras da pesquisa que se apresentou mais integrada à casa em que vive e que mantém vínculo com familiares, mas, ainda assim, o fato de não morar com eles, a leva a sentir e ler sua situação como abandono (FIOCRUZ, 2017).

Entretanto, observamos que algumas pessoas ao reconstruir sua trajetória de vida fora do hospital, neste novo lugar de pertencimento, apresentam uma aceitação e morar na residência terapêutica passa a ser também uma decisão. Laranjeira é um exemplo disso. Ao ser questionada se tinha contato com a família, refere

que sim, que um de seus filhos entrou em contato, se referindo a Maura... Disse que fala com ela pelo telefone, mas, não quer encontra-la por ter medo que a leve para São Paulo (FIOCRUZ, 2017).

Laranjeira, nitidamente, em vários relatos explicita o quanto gosta e quer continuar a morar na residência em que vive. Expressa claramente o seu medo de que a filha a leve embora e nos conduz a entender que seu desejo é manter a vida que leva atualmente.

Para os que conseguem fazer o encontro com a família de origem num tempo de maturidade e de construção de outras legitimidades; de ambos os lados, parece configurar-se um novo significado onde o pacto diante da reestruturação do elo, se dá cotidianamente, a cada dia, com indagações, constatações e aprendizados. Retomamos a história de Giovanni que mora com o sobrinho e que enfrenta no seu cotidiano o desafio de negociações corriqueiras para preservar a convivência.

Giovanni refere que seu irmão conversou com ele para que não atrapalhasse o sobrinho enquanto o mesmo estiver estudando ou quando estiver na cozinha. Ele nos conta um pouco triste, mas, diz que entende que o sobrinho está estudando muito. Paulo, sobrinho do beneficiário conversa um pouco conosco num dos encontros, quando o tio sai da sala e pergunta se Giovanni nasceu assim. Fala que Giovanni atrapalha ele nos estudos, mas, que a psicóloga do mesmo ia conversar com ele sobre isso e ele está melhorando(FIOCRUZ, 2017).

A narrativa de Laranjeira e Giovanni nos leva a pensar sobre as implicações do que realmente seja habitar um lugar. Saraceno (1999) associa o habitar ao grau de propriedade e contratualidade, o que explica bem a vivência de Giovanni, ou seja, o exercício das negociações necessárias e possíveis para sustentar as relações com quem compartilha a vida.

O habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de ‘propriedade’ (mas, não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão efetiva com os outros (SARACENO, 1999, p.114).

A diversidade das formas de morar, quanto à construção de pertencimento, como pilar essencial da sustentação existencial fora do hospital, nos remete a pensar também sobre o lugar estratégico dos serviços residenciais terapêuticos. Para algumas pessoas, vão se colocar como provisórias e laboratório de experimentações relacionais que dão passagem para outras vivências. Para outras pessoas, será vivenciado como um lugar definitivo que também dá passagem para uma nova configuração familiar.

Tomamos como exemplo Daniel, que ao se referir a sua moradia diz: “gosto muito de morar aqui, são todos meus amigos... Eles são muito legais, são pessoas boas e eu gosto de todos eles... Aqui com meus amigos eu sou tão feliz”.

Daniel parece viver a sua moradia com plenitude. Conforme Saraceno (1999) refere, observamos que para Daniel não só a casa como espaço físico, mas a propriedade sobre ela, possibilita viver e sentir respectivamente a relação com “seus amigos” e “ser feliz” neste lugar.

Diferentemente de estar no manicômio, habitar uma casa permite diversidade. Enquanto encontramos na descrição sobre a vivência dentro do hospital psiquiátrico relatos semelhantes e estáticos; sobre a moradia, encontramos uma diversidade de formatações e sentimentos vivenciados de uma forma muito dinâmica. A partir das narrativas, identificamos que a nova moradia fora do hospital, parece se constituir literalmente como uma “nova instituição”, que se dispõe como espaço de relações e de vida.

Existe ainda necessidade de uma instituição para prosseguir a desinstitucionalização, de um poder/saber para desmontar os poderes e os saberes do território; do próprio papel profissional para desmascarar a normatividade codificante das especializações e sua cumplicidade na reprodução da miséria e na ampliação da lógica do suspeito (DE LEONARDIS *et al*, 2001, p. 82).

Nos nossos achados, o CAPS também se sobressai como “uma nova instituição”. Vejamos a seguir.

4.2.2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Em relação ao CAPS, foi comum verificar entre nossos interlocutores, que este serviço é mencionado com ênfase e nostalgia, ao se falar de festas, atividades e oficinas terapêuticas num determinado momento da vida.

Os relatos, nesta perspectiva, sempre remetem ao período da desospitalização e início da nova moradia, pela maioria dos nossos interlocutores. Uma experiência tamanha, que mesmo nitidamente se tornando no presente um serviço de saúde para cuidados médicos, nas narrativas das pessoas, este serviço paira como um lugar de referência. O que nos leva a entender que ao sair do hospital, as pessoas frequentavam mais o CAPS e que o trabalho desenvolvido parecia, para além dos cuidados clínicos ofertados, caracterizar-se por atividades de socialização.

Daniel, falando do CAPS, relembra que

ia para reunião com o psicólogo, ia para o médico psiquiatra, referindo que “a comida de lá é boa... Comer é bom demais! Lá tem cachorro-quente, pamonha, milho e se sair um refri eu bebo... São todas gostosas! (FIOCRUZ, 2017)

As idas ao CAPS não continuam com a frequência de quando ele chegou para a residência. Agora vai às consultas com o psiquiatra três vezes por ano e em festividades. Enquanto lembrava das atividades que fazia no CAPS, sentimos uma fala saudosa sobre alguns momentos vivenciados, como as falas de estar conhecendo outras pessoas e fazendo atividades diferentes... Através desses relatos podemos perceber que há vínculo formado com os profissionais que atuam no CAPS, pois Daniel falou de forma muito carinhosa e que recebeu uma boa assistência sempre que precisou (FIOCRUZ, 2017)

Sobre o CAPS, Jéssica também relatou que ia para a “quarta colorida, para atividades com o profissional de educação física e para a piscina também”. Atualmente suas idas se restringem às consultas e algumas festividades.

Sobre as festas de lá, Jessica ressalta “que sempre dança muito, gosta de ir para reencontrar algumas pessoas já conhecidas e chega ‘acabada de cansada’”. Parece ter bom vínculo com os profissionais de lá e fala do serviço como uma referência. Fazendo menção a um CAPS que frequentou, ela diz que “era muito melhor que os hospitais por onde passou”, pois no CAPS tinha liberdade” (FIOCRUZ, 2017).

Quanto às idas ao CAPS, Alice citou que estas também eram mais frequentes logo quando saiu do hospital e foi para a residência.

A gente passava o dia. O carro do CAPS vinha buscar.

Em uma das oficinas que participou fez um quadro, o qual fica pendurado na parede da sala, junto com o das outras moradoras. Também relembrou que participava do coral e cantava nas festas do CAPS, mas que hoje não sente mais vontade de ir. Conseguem se organizar apenas para as idas a consulta com o psiquiatra e festividades (FIOCRUZ, 2017).

Mesmo sofrendo modificações na forma de vinculação, o CAPS se faz presente na vida das pessoas como um suporte de cuidado.

Giovanni menciona a enfermeira do CAPS como alguém importante no seu cuidado e diz que “comparece uma vez por mês para aplicação de sua injetável”.

Observamos ainda, nas narrativas analisadas, que aquelas pessoas que apresentam dificuldades de chegar até o CAPS, contam com apoio domiciliar. Na narrativa de Alice é explicitada pelas pesquisadoras de campo, a ida de uma técnica do CAPS indo à residência para aplicar uma injetável: “Alice a reconheceu, sorriu e chamando-a pelo nome, foi de mãos dadas até o quarto e já referenciando que seria para tomar a medicação” (FIOCRUZ, 2017).

Mari e Teresinha, como tem dificuldades de sair de casa, também recebem apoio domiciliar. A técnica de referência relata que, quando necessário, solicita a visita do psiquiatra do CAPS e que este “também tem um olhar clínico”.

Venturini (2016), ao tratar da inclusão social como um elemento da desinstitucionalização, enfoca a importância de incidir sobre as instituições sanitárias, modificando o circuito psiquiátrico com oferta de: tratamento, cuidados, locais de internação e intervenções sociais, dentre outros, no diálogo com os direitos dos usuários.

Ao olhar para as nossas narrativas, o CAPS parece fazer esta modificação uma vez que concomitantemente se configura como espaço de construção de laços e de interações sociais, como também, espaço de atendimento médico e de dispensação da medicação.

Tal constatação parece evidenciar o CAPS como estruturante no processo de desinstitucionalização, mas, ao mesmo tempo, o localiza com o desafio de ampliar sua prática na atualidade, no que concerne ao apoio psicossocial que as pessoas em processo de desinstitucionalização demandam.

Tal desafio nos remete a pensar sobre De Leonardis *et al* (2001), quando destacam a importância de um serviço territorial ser produtor de sociabilidade

no qual com prazer cotidianamente se elabora, se recompõe e se defende a identidade das pessoas... Torna-se um microcosmo de elaboração de linguagens, de uma memória individual e coletiva, de projeto, emoções e afetos: microcosmo de sociabilidade, portanto, em sua dimensão simbólica e cultural (DE LEONARDIS *et al*, 2001, p. 84).

4.2.3 Acesso à renda

Tomamos como foco de discussão, ao falarmos de acesso à renda, a ideia de dinheiro como recurso, ou seja, a materialização e implicações deste recurso na vida das pessoas. Na maioria dos casos dos nossos interlocutores, o acesso à renda é fruto da efetivação de direito à benefícios e não da produção de geração de renda, exceto para uma das pessoas participantes da pesquisa. Nove pessoas (9) tem mais de uma fonte de recursos financeiros. Em relação aos benefícios, encontramos predominantemente a presença do auxílio do Programa de Volta para Casa (PVC), no valor atual de R\$ 412,00 mensal e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo (R\$ 998,00) mensal (FIOCRUZ, 2017).

Para além de garantir a subsistência singular de cada um dentro da casa em que mora e a satisfação de necessidades pessoais; observamos que tal recurso permite a construção de uma interlocução para fora da moradia. Esta perspectiva se imprime desde a possibilidade dos nossos interlocutores circularem no meio comunitário com pequenas, mas, estruturantes incursões cotidianas com vizinhos e comércio no entorno da moradia; até a produção de créditos de valoração social que se expressam no poder de compra, de venda, de crediário no mercado.

Os nossos interlocutores não são interditados, mas, observamos que a maioria faz a administração dos seus recursos de forma parcial, demandando apoio. Um exemplo é Daniel que não administra diretamente seu dinheiro.

Apesar de não estar na administração direta do benefício, percebemos que ele entende como o dinheiro é gasto. As despesas são conversadas com cada morador todos os meses, de acordo com os relatos da TR. Também acontece mensalmente as assembleias, nas quais as despesas comuns a todos são negociadas e conversadas, como por exemplo, a aquisição da geladeira e máquina de lavar que foram compradas recentemente (FIOCRUZ, 2017).

Quem faz a administração e recebe seu dinheiro são os cuidadores e TR, prestando conta à coordenação de saúde mental dos gastos que tem por mês. Os gastos destinados ao PVC são para material de higiene pessoal, deslocamentos que precisem de transportes, medicações não ofertadas pelo SUS como o diamicon que toma todos os dias devido a diabetes e a losartana para hipertensão. Outra parte do valor também é direcionada para consultas e exames em consultórios populares quando não consegue realizar em tempo hábil pelo SUS. O pagamento da diarista que vai a RT duas vezes por semana, no qual divide o valor com os outros moradores, também realizado com o PVC, além dos passeios e necessidades mais urgentes como roupas e sapatos/percatas (Daniel mencionou que adora comprar percatas - que são sandálias mais fechadas). As despesas da casa são pagas com o BPC, já que o benefício tem o valor maior, equiparado ao salário mínimo. Também possui uma poupança que é alimentada com os valores que sobram dos dois benefícios (FIOCRUZ, 2017).

Observamos na narrativa de Daniel, como de outros interlocutores, que há algumas referências pré-estabelecidas quanto à aplicação dos recursos financeiros: o BPC é destinado a despesas coletivas e o recurso advindo do PVC é direcionado a gastos pessoais, implicando uma administração e usufruto direto dos nossos interlocutores.

Para as pessoas participantes da pesquisa, como Belo, Laranjeira e Mari por exemplo, embora recebam um valor fixo mensal, verificamos que há acordos variados entre ele e seus apoiadores quanto a liberação do recurso financeiro para administração própria.

Belo, por exemplo, diz receber R\$ 640,00 mas,

que só dão a ele “100 reais”. Refere que pega o dinheiro junto com a cuidadora e que “ele pega 100 reais e que o restante é “para comprar roupa”, que ele mesmo escolhe. A outra parte do seu dinheiro dá para ajudar a fazer a feira na RT (FIOCRUZ, 2017).

Laranjeiras vai sacar o dinheiro junto com as cuidadoras, principalmente quando tem interesse em comprar alguma coisa. Seu dinheiro fica em um envelope, também sob os cuidados delas, mas por vontade da mesma, que quando precisa de algo, pede.

Mari sabe que o dinheiro precisa ser retirado do banco... mas, vai sempre acompanhada de uma cuidadora, pois tem medo de que acabe se perdendo..Mais ou menos R\$ 500,00, ficam para as despesas da casa, como: alimentação (Mari às vezes vai fazer feira junto com as cuidadoras, outras vezes prefere não ir), produtos de higiene e também para táxi, passeios terapêuticos e medicações quando estão em falta na rede. Conta de água, luz e o aluguel da casa são custeados pela Santa Casa, a instituição que faz a cogestão das residências junto com a Prefeitura. A outra parte do dinheiro fica com Mari...(FIOCRUZ, 2017)

O acesso à renda, ao dinheiro objetivamente, porém, parece produzir outras repercussões no que se refere a demarcação do lugar do sujeito no seu entorno e as possibilidades de circular com reconhecimento e crédito no seu território.

Giovanni é o único interlocutor curatelado e administra uma parte do seu dinheiro, vivenciando diversificadas experiências. Diferentemente das demais pessoas interlocutoras da pesquisa, tem três fontes de renda: o benefício de Volta para Casa, a pensão da mãe e a aposentadoria, o que lhe dá uma situação financeira mais confortável.

O restaurante é um ponto cotidiano da vida de Giovanni pois ele almoça por lá diariamente. Durante a refeição, passam pela rua muitos amigos do beneficiário, onde ele nos apresenta a todos. Na hora do pagamento, ele deixa na caixinha dos funcionários 1,00 real de troco e as senhoras do estabelecimento festejam e agradecem (FIOCRUZ, 2017).

Giovanni constrói uma nova rotina cotidiana: de almoçar fora todos os dias. Esta rotina permite andar na rua, frequentar os mesmos lugares, conseqüentemente, fazer diferentes interlocuções. Apresentar os pesquisadores aos amigos que encontrava na rua, expressa bem essa experiência. Neste contexto, ele escolhe o restaurante, define gorjeta e estabelece vínculos com as pessoas. Parece que se institui uma capacidade de crédito não só pelo poder de compra, mas, também, um crédito social.

Em relação à experiência de Laranjeira e Jéssica, por exemplo, elas referem que costumam fazer compras numa determinada loja de roupas, próxima ao antigo endereço que moravam, onde compram “no crediário”.

Isto nos remete a pensar sobre Saraceno (1999) quando defende que “para ser protagonistas das próprias escolhas, é essencial poder mover-se em cenários de vida reais, onde se trabalha e se ganha, se troca e se consome”(SARACENO, 1999, p.141).

Observamos, conforme mostra o referido autor (1999), que as redes de negociação dos nossos interlocutores, ao serem articuladas com seus diferentes movimentos, mediante as oportunidades de trocas materiais e afetivas, aumentam a participação e a contratualidade real dos mesmos. Neste caso, identificamos o lugar físico e social da troca das mercadorias, como bem refere Saraceno (1999), como elemento importante destas possibilidades.

Outro aspecto observado na nossa pesquisa, foi como, para além do acesso ao dinheiro, a forma de aquisição deste recurso produz repercussões diferentes. Falamos aqui da experiência de Arco Iris, quando, no período da pesquisa de campo, num movimentado parque da cidade do Recife, vendia seus produtos (livros e DVD's) para efetivar sua mudança para uma cidade no estado de São Paulo.

Está vendendo os seus livros didáticos (de matemática, física, química, literatura, filosofia, entre outros), cada um por R\$ 5,00 e DVD's, piratas, à R\$ 1,00, para juntar dinheiro para levar em sua viagem, e porque, segundo ele, não poderia levar os materiais, pois se fosse pego no aeroporto com esses produtos seria preso. Sua ‘venda’ era feita em um carro de mão – onde colocava os livros à mostra, e ainda servia para deslocamento de casa até o parque –, duas caixas de plástico, um guarda sol e um banquinho (FIOCRUZ, 2017).

Arco Iris organiza seu próprio processo de trabalho e define prioridades, metodologia, logística para vender os seus pertences. Saraceno (1999), ao falar da importância do trabalho

protegido, refere que este coloca as pessoas em condição de produzir trabalho de forma mais coerente e significativa para si mesma, com consequências positivas para a autoestima.

É importante observarmos o empenho e desempenho de Arco Iris na organização da banca, na definição de preços, na justificativa das vendas e nas negociações que realiza com transeuntes da praça. Embora se organize de forma autônoma, consideramos que esta possibilidade advém também dos apoios que recebe da moradia e do CAPS, assim como o próprio acesso a benefícios.

Em relação aos benefícios, percebemos que na grande maioria das narrativas, têm um significado diferente para as pessoas. Elas sabem do que se trata e porque recebem, construindo inclusive, questionamentos sobre os atrasos de pagamento, muito comum na época da pesquisa de campo. Parece que o benefício tem um lugar concreto e simbólico e é experimentado com mais peso quanto a efetivação do direito.

Daniel ao ser indagado sobre o PVC, o reconheceu como um direito adquirido para quem passou mais de dois anos internado em hospitais psiquiátricos, afirmando que “passou muito mais de dois”. Fala de seu dinheiro, como

viabilidade de ajudar nas despesas da casa, junto aos demais moradores, bem como poder sair para comer o que gosta e comprar seus remédios. Referiu que adora sair para comer galeto, tomar sorvete e picolé, além dos demais passeios (FIOCRUZ, 2017).

No primeiro encontro com Jéssica e Laranjeira, ambas apontaram saber que

o benefício do PVC se tratava de um valor concedido pelo Governo Federal para quem passou mais de dois anos internado em hospitais psiquiátricos. Questionou-nos o porquê de ter ficado alguns meses sem recebê-lo em 2017(FIOCRUZ, 2017).

Giovanni ao falar do PVC, relembra sua vida a partir de 2003, quando inicia ganhando R\$ 240,00.

Naquela época, quando morava com a mãe, comprava as coisas para o seu quarto: comprou uma televisão, um DVD, uma cama de casal e um guarda-roupa. Depois comprou um computador, que hoje está desmontado no quarto do sobrinho... Ele refere que o benefício o “ajudou naquela época” e depois que sua mãe faleceu, ficou recebendo a pensão dela, e também a aposentadoria (FIOCRUZ, 2017).

Referindo-se ao PVC, especificamente, Belo ressalta que foi importante começar a receber o benefício para poder “ter suas coisas, o ajudando a pagar passagens, comida para casa, picolé e refrigerante... ‘O dinheiro me ajuda a fazer as compras’” (FIOCRUZ, 2017).

As narrativas dos nossos interlocutores legitimam de alguma forma o que Guerrero *et al* (2019) afirmam, quando elegem junto aos serviços residenciais terapêuticos, o PVC como componente estratégico da desinstitucionalização.

Parece que estes pilares (casa, serviço territorial e renda) ancoram um processo cotidiano que vai produzindo, de forma paulatina e acumulativa, o borramento do nítido lugar estigmatizado para um lugar concreto de poder contratual que se configura de forma singular para cada sujeito da pesquisa. Exatamente, o que Saraceno (1999) afirma, ao associar o aumento de capacidade contratual à vivência de espaços sociais de troca, a partir do morar (habitat), da troca de identidades e da produção e troca de mercadoria e valores.

Parece que voltamos a falar, como apontado no marco teórico, do reposicionamento do sujeito: do novo lugar que ocupa na dimensão temporal e espacial da existência (VENTURINI, 2016).

A sustentação existencial destes homens e mulheres passa a ser ancorada por um processo de subjetivação que é atravessado, como refere Torre e Amarante (2001), “por forças disseminadas no campo social e por suas positivities” (TORRE; AMARANTE, 2001, p.76).

Observemos agora como esse processo de subjetivação, através da reciprocidade, da apropriação e do pertencimento vai se materializando no cotidiano das pessoas e repercutindo para a construção de contratualidade.

4.3 O DIREITO À VIDA COMO ELA É: nas brechas e limites da vivência cotidiana

Tendo em média nossos interlocutores de dez (10) a quinze (15) anos de moradia fora do hospital, observamos que embora a ausência da estrutura física do manicômio tenha sido consolidada, parece que a superação das perdas e das dores produzidas por um tempo de internação longínquo, se dão como um processo permanente. Chama-nos a atenção que nenhuma das pessoas interlocutoras da pesquisa traz o hospital psiquiátrico como uma referência do presente, mas algo pertencente ao passado.

A moradia no território, como uma nova instituição, funciona como a plataforma da vivência cotidiana que emaranhada também com suas próprias contradições e desafios, vai produzindo pequenas brechas de situações simples e banais a qualquer pessoa comum, como uma aposta para o processo de singularização. É como se fosse um movimento permanente de um sutil tensionamento no sentido de se contrapor a uma vivência passada de massificação.

A técnica de referência de Teresinha refere que ela

passa o dia quase sempre sentada na área de serviço com seu pote de fumo e muitos isqueiros, demandando algumas vezes apoio da TR para realizar uma limpeza do seu pote... Fica muito tempo sentada no chão fumando e que já fez xixi no chão sentada... Relata que é preciso estimular Teresinha a ir sentar à mesa para comer com as outras e

a ir tomar banho, que ela sempre rebate, reclama, mas depois vai...Refere que Teresinha, quando solicitada, varre o terraço onde fica fumando, depois que o chão está muito sujo de fumo(FIOCRUZ, 2017).

No fragmento acima, fica evidente que a conexão com Teresinha se dá com os próprios recursos que ela apresenta. O pote e os isqueiros, a princípio lidos como acessórios para ela estruturantes, são considerados como integrantes de sua forma de se comunicar e habitar a sua casa. Ao contrário de um movimento coercitivo, parece que o estar perto, o ajudar a limpar, o estímulo constante, tentam puxar Teresinha também para outras vivências. No lugar da restrição, a aposta parece ser na ampliação de experimentações.

Parece que as relações estabelecidas, tentam desmontar os poderes de objetivação sobre Teresinha, assim como refere Basaglia (1985), com visível modificação da conexão entre ela e a equipe de apoio.

No hospital psiquiátrico, possivelmente Teresinha seria mais uma, dentre tantas outras, e viveria isoladamente no seu mundo com seu pote e isqueiros. Na nova moradia, entretanto, a narrativa aponta para o reconhecimento de Teresinha na sua singularidade e ao mesmo tempo, expressa o quanto seus recursos são potencializados para através de um contínuo apoio, ampliar suas vivências (limpar seu pote, sentar à mesa, tomar banho, varrer o terraço).

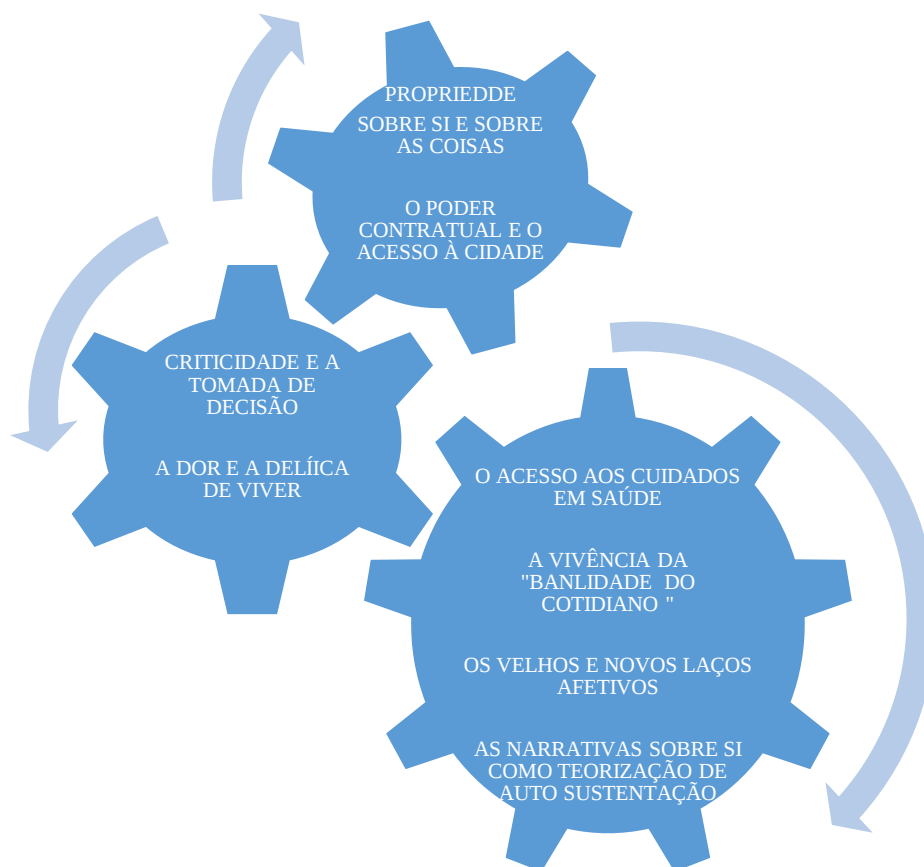
É função portanto, como ressalta Venturini (2016), das instituições que produzem a desinstitucionalização, devolver às pessoas, possibilidades vinculadas ao direito, à saúde, à educação e ao exercício de cidadania; capturadas anteriormente pelo manicômio.

Ao analisar as dez (10) narrativas de nossos interlocutores, sistematizamos aquilo que achamos mais expressivo como materialização do processo de desinstitucionalização, o que entendemos como dimensões de desconstrução dos poderes de objetivação e de produção de novas subjetividades.

Não as tomamos como lineares, temporais e objetivas, mas como dimensões que se inter cruzam e cujos efeitos conjuntos produzem de forma muito singular, transformações nos modos das pessoas se relacionar, se posicionar e se apropriar de seus sentimentos cotidianamente. Eis o que entendemos como produção de novas subjetividades.

Para melhor representar tais dimensões da produção de subjetividades no âmbito da desinstitucionalização, optamos por apresenta-las a partir de um desenho gráfico, a fim de melhor expressar a conotação de nossas reflexões acerca dos achados

Figura 6 – Representação da produção de subjetividades no âmbito da desinstitucionalização



Fonte: Elaboração da autora

4.3.1 *Propriedade sobre si e sobre as coisas*

Esta é uma dimensão bastante significativa nos nossos achados. Ao analisar as várias narrativas, observamos que a posse sobre si e sobre algo, ressalta o lugar das pessoas com identidade própria. A vivência se dá no coletivo, mas a ocupação do espaço é traçado por demarcações muito singulares.

Vejamos Arco Íris que tinha no seu quarto um guarda-roupa de alumínio construído por ele e na garagem da casa, além do armazenamento de seus livros e DVD's, um carrinho de transporte e uma carroça de alumínio, também construída por ele. Seus objetos carregavam a sua marca desde a concepção, construção à própria organização espacial (FIOCRUZ, 2017).

Arco Iris desde a sua vivência na rua nos apresenta sempre como uma pessoa que demarca o seu lugar: do “barraquinho” com rede, água e revista à uma moradia onde pode criar e armazenar suas produções, assim como usá-las. Ele habita a sua casa, se espalhando pelo quarto, garagem com suas criações.

Num dos encontros com Alice, ela pede as pesquisadoras de campo que sentem na sua cama ao seu lado e mostra seu quarto, o qual é dividido com a cuidadora de plantão. “Esse guarda-roupa é meu, o outro é da cuidadora”. Observamos aqui, mais uma vez a demarcação através das propriedades, dos limites e diferenças entre Alice e os que a cercam.

Durante a pesquisa de campo, Jéssica e Laranjeira, entre outras moradoras da residência em que vivem, mostram seus quartos e fazem questão de apontar o que compraram com o dinheiro do PVC: “a cama, as roupas, os produtos de higiene pessoal e mostraram algumas fotos que estavam expostas no guarda-roupa”.

Identificamos que nossos interlocutores ao se apropriarem das coisas do seu entorno, também tomam propriedade sobre si, construindo uma nova configuração pessoal. Retomando Goffman (1987) ao se referir a perda do “estojo de identidades”, nos nossos achados, nesta fase após a internação de longa permanência, o movimento parece se configurar num polo oposto, de construção de um novo estojo que vai demarcando a restituição ou instituição de novas identidades.

O que observamos, como já dito, é que com a ancoragem da moradia, e do acesso ao dinheiro, as pessoas vão construindo um caminho muito peculiar desta apropriação/reapropriação. Outro exemplo disto, é o de Laranjeira que durante a pesquisa de campo sempre se apresentava arrumada e de batom.

o batom já é um acessório que faz parte do seu cotidiano. Prefere a cor mais clara pela manhã devido a ser mais discreto e normalmente estar em casa, mas, que a tarde coloca um mais escuro por ser o horário em que sai para comprar pão ou idas aos supermercados e arruma-se mais (FIOCRUZ, 2017).

Laranjeira toma propriedade do seu corpo e seus acessórios passam a compor também sua forma de apresentação. As escolhas do batom de acordo com os horários do dia e suas atividades, demarcam sua identidade, sua feminilidade e suas preferências; dimensões estas capturadas pelo manicômio.

Alice se mostrou muito vaidosa. Sempre ao chegarmos à residência estava indo tomar banho ou já estava pronta, muito bem vestida e perfumada. Os cabelos também são sua marca registrada, muito bem penteados e atualmente estão curtos, pois Alice referiu sentir muito calor e decidiu cortar. Observamos que a beneficiária se remete muito aos cabelos durante as conversas, em um determinado momento ela nos disse que vai ao salão do bairro e “ajeita o cabelo” com certa frequência, pois quando está começando a incomodar ela vai ao salão (FIOCRUZ, 2017).

Parece que as posses sequestradas durante a longa internação psiquiátrica estão sendo reconstituídas, dando espaço agora para escolhas e preferências. Nos nossos achados, evidenciamos que para as mulheres (especialmente no caso de Alice e Laranjeira), esta reconstituição passa principalmente pela apropriação sobre o próprio corpo. O manicômio parece

intensificar as questões de gênero, atacando também, no seu processo de desobjetivação das mulheres, o exercício das feminilidades.

Acerca disso, Passos e Pereira (2014), tomando o relatório do Conselho Federal de Psicologia (2011) sobre vistorias às Comunidades Terapêuticas, mostram dentre outras, como as mulheres eram “restringidas a terem acesso a objetos pessoais, especialmente aqueles como maquiagem ou salto alto”.

E quando a apropriação passa pelo próprio nome? Definir como quer ser chamada, é uma expressiva forma também (e principalmente) de reafirmação de si: Teresa repetia “Teresinha, Teresinha” quando era chamada por Teresa.

Daniel durante a pesquisa de campo, ao ser solicitado que escolhesse um nome fictício para sua identificação na narrativa, a princípio declara: “Gosto de ouvir meu nome. Pode deixar ele mesmo”. Ele, ao discutir com os pesquisadores de campo sobre o TCLE, concordou com o que estava escrito no termo e o assinou.

Dissemos letra por letra que ele colocaria para formar seu nome e ao término percebemos que Daniel ficou muito orgulhoso de ter conseguido escrever seu nome completo. Ficou nos perguntando repetidamente se, de fato, tinha escrito corretamente e afirmamos que sim, que estava corretíssimo como ele tinha escrito. Ele nos sorriu gentilmente (FIOCRUZ, 2017).

Nosso nome remete a origem, ao singular, ao eu de cada um, a nossa socialização, a nossa diferenciação do outro. É tão forte e significativo que como bem escreveu Manoel Bandeira: “Duas vezes se morre – primeiro na carne, depois no nome”. O nosso nome ratifica nossa existência e nos eterniza na memória dos que nos cercam. Assim, ao olharmos para Daniel, quando declara gostar do seu nome e quando faz questão de escrevê-lo com todas as dificuldades que apresenta, o vemos com estes atos, num movimento de apropriação (FIOCRUZ, 2017).

Ao olhar para estas experiências, lembramos de Guatarri e Rolink (1996), quando ao tratar dos processos de subjugação, apontam a perspectiva da “expressão e criação” associada à reapropriação de si e das coisas, como processo que viabiliza movimentos de singularização.

A propriedade sobre o espaço de moradia é um outro achado importante. Observemos Alice que, como já visto, no início da moradia, não conseguia dormir direito para vigiar seus pertences com medo de que fossem roubados. Quatorze (14) anos depois, durante a pesquisa de campo, seu trânsito na casa sinaliza outra postura.

Isso fica evidente num dos encontros com as pesquisadoras de campo, quando dispara: “Fica aqui pra almoçar e depois vai embora. Eu quero que vocês almocem comigo”. As pesquisadoras de prontidão aceitam e retratam este momento como sendo de

muito acolhimento, pois todas estavam muito preocupadas se estávamos comendo bem, se queríamos mais alguma coisa, se tínhamos gostado, principalmente Alice(FIOCRUZ, 2017).

Alice traz no seu percurso, o rompimento com o que Goffman (1987) chama de deferência por parte dos internados, imposta pelo processo de institucionalização. Observamos como ela, ao realizar o convite para as pesquisadoras e se colocar como anfitriã, vai num movimento contrário do que acontecia no manicômio, aumentando sua “economia da ação”, ou seja, tomando iniciativas e pequenas decisões.

Alice, como bem refere Saraceno (1999), parece viver a casa como direito e como um lugar marcado por ações que produz vida; como um lugar que dá passagem, que amplia e enriquece o jogo relacional estabelecido no processo do espaço vivido.

4.3.2 O poder contratual e o acesso à cidade

Uma dimensão importante que encontramos como repercussão do processo de desinstitucionalização, é o exercício do poder contratual. Ao olhar para cada narrativa, percebemos que este exercício parte da autogestão ou gestão apoiada da própria vida. Configura-se através de diferentes formas de decisão, escolhas, de percursos que levam nossos interlocutores a negociações diversas no seu entorno.

Nos nossos achados encontramos desde negociações que se dão internamente na moradia à contratualidade que se desenvolve em outros cenários da vida, com a vizinhança, com a representação política, com os estudos e com o comércio.

Em relação aos estudos, por exemplo, Arco Íris conta

que uma cuidadora o informou sobre o EJA – Educação de Jovens e Adultos, e ele logo se interessou. Concluindo os estudos, com o EJA, em 2015... a meta dele, relata em nossas conversas, é agora, aos 52 anos, correr atrás do “tempo perdido”, pois podia muito bem hoje “ser um grande cientista, médico” (FIOCRUZ, 2017).

É visível como os significados dos estudos para Arco Iris implicam em “sair do lugar e poder sonhar, desenvolver projetos”. Fazendo referência ao tempo perdido, considerando sua história de vida e o não acesso à educação, ele vai acumulando conhecimento e projetando o futuro.

Isso nos remete a Arenari e Dutra (2016) quando, ao abordar a questão da construção social da identidade pessoal, a associa à relação estrutural e dinâmica entre sistemas psíquicos e sociais, onde capacidade e incapacidade, estigmas e outros atributos são socialmente atribuídos e incorporados nos percursos biográficos.

Isto nos sugere pensar sobre o fato de que a relação com diferentes instituições vai abrir outras possibilidades de incorporação de atributos. Como apontam os autores supracitados (2016), as instituições marcam o desenvolvimento das pessoas através das dimensões social, cognitiva e afetiva.

O acesso a várias instituições pressupõe flexibilidade e diversificação da comunidade, seja ela como família ou como instituições formais ou informais que compõem os contextos, conforme refere Saraceno (1999). E para acessar essa comunidade alguns elementos se colocam como recursos.

Assim como o estudo, nos nossos achados, identificamos que para nossos interlocutores o dinheiro é recurso viabilizador de vivências contratuais, despertando em cada um a capacidade também de sonhar, de desejar e decidir.

O poder de compra dá passagem para as pessoas concretamente exercerem o direito a negociação no mercado, as colocando também num patamar comum de um cidadão dentro de um determinado sistema econômico. Ocorre, a nosso ver, uma indução de ajuda-los a também construir elos com a vida pragmática da subsistência e consequentemente com a cidade.

Belo explica o recebimento de R\$ 100 por semana e a autonomia que ele tem

de poder comprar suas frutas, bolos e refrigerantes, além de todo dia ir até a padaria comprar pão. Belo só sai da RT para ir comprar o pão e para comprar seus lanches ou algo que necessita para sua higienização (FIOCRUZ, 2017).

No caso de Belo, sair às compras significa sair de casa e imprimir uma rotina de interlocuções variadas.

Observamos também que o poder aquisitivo das pessoas, para além do consumo e aquisição de bens, termina produzindo outros desdobramentos, como implicações para os laços familiares e ampliação de possibilidades de comunicação. Jéssica, por exemplo, relata

“Eu gosto de CD! Compro quando aqueles carrinhos de som passam por aqui.” Informa que gasta seu dinheiro com a casa, ajuda o filho e “pago minhas contas”, referindo-se as despesas com roupa, materiais de higiene pessoal e lazer. Também fez menção ao celular que comprou com o dinheiro do benefício há mais ou menos três anos, do qual fala sempre com o filho (FIOCRUZ, 2017).

Jéssica além de se manter, ajuda o filho e isso a recoloca também no exercício da maternidade. Ela que carrega no seu íntimo a dor pelo sequestro do primeiro bebê e que esteve afastada por muito tempo (devido a internação psiquiátrica) do seu segundo filho; agora nesta reaproximação, com o seu dinheiro, o ajuda quanto à subsistência. Ao adquirir um celular, passa também a estreitar laços com esse filho, se comunicando permanentemente com o mesmo (FIOCRUZ, 2017).

Observamos então, que para além de aquisições ou possibilidades materiais, os desdobramentos para relação de Jéssica com seu filho, foram fundamentais no que se refere a modificação da relação.

Giovanni, ao ser indagado sobre o que faz com sua renda financeira, diz ajudar o irmão, sobrinho e fazer compras no supermercado. Tal situação também o reposiciona no seio familiar.

Tais narrativas nos levam a constatar que o processo de desinstitucionalização, assim como refere Venturini (2016), alarga as possibilidades de identidade positiva dos sujeitos. Parece que é isso que acontece com Jéssica e Giovanni neste reposicionamento no âmbito familiar.

O olhar para si e se embelezar, colocam-se para as mulheres interlocutoras da nossa pesquisa, como uma questão também importante.

Flor de Laranjeira como é muito vaidosa, segundo a TR e cuidadoras, foi ao dentista para tirar o molde da prótese e custeou com o benefício as próteses... “Uma mulher que tem opinião” e que faz suas próprias escolhas, diz a cuidadora. Gosta de comprar seus objetos pessoais e adora perfume, batom, bijuterias e de cuidar do cabelo, além de comprar roupas, principalmente no centro da cidade, provando e escolhendo (FIOCRUZ, 2017)

Flor de Laranjeira para além do seu poder de compra, vai definindo suas prioridades de investimentos nas várias negociações com o dentista, com a cabelereira, com o comércio. Investimentos estes voltados mais para si e com possíveis implicações para sua autoestima. Podemos olhar para tal narrativa a partir do que Saraceno (1999) chama de habilitação, considerando a ênfase nos recursos não institucionais, comunicantes e intercambiáveis na dimensão relacional.

O exercício contratual passa também pela interlocução fora da casa. Esta dimensão esteve muito presente nas narrativas, onde a menção ao uso do dinheiro, é indicado como recurso para comer o que se quer, comprar o que se deseja e necessita; levando nossos interlocutores da pesquisa a definir prioridades.

Alice disse que com o PVC compra roupa e “comida boa” referindo-se a pizza, guaraná, pão, bolo e galinha assada. Sobre as saídas para o mercado, farmácias e passeios ela afirmou que costuma ir com uma cuidadora ao shopping comprar roupa e “percata”, vai à feira comprar carne de charque, verdura e inhame...(FIOCRUZ, 2017)

Além do tabaco, Mari refere gostar de comprar “a precisão pra casa”, como café, açúcar, temperos ou o que achar que está faltando na cozinha. Vai sozinha à venda que é próxima à RT (FIOCRUZ, 2017)

Entre si e os cuidados relativos à casa e a alimentação, Alice e Mari vão desenhando um caminho próprio de pequenas definições cotidianas que vão as reposicionando como mulheres que vão a feira, ao shopping e cuidam de si e de suas casas (FIOCRUZ, 2017).

Outra expressão importante do poder contratual que encontramos foi a ocupação, por parte de um dos nossos interlocutores, de lugares sociais relativos ao exercício de cidadania. Giovanni participou ativamente do CAP do PVC e em muitas das discussões trazia também seus outros engajamentos atuais.

Giovanni relata que irá participar da 13ª Conferência Municipal de Saúde do Recife...O mesmo participa do conselho gestor de seu CAPS de referência...(FIOCRUZ, 2017)

A história de Giovanni nos remete a Kinoshita (1996), quando aponta a necessidade de ampliar os espaços de trocas para o exercício de diferentes papéis e ocupação de diferentes lugares na sociedade.

A recolocação de lugar de Giovanni, do “paciente psiquiátrico” para um cidadão comum que mora com o sobrinho, que faz parte do conselho gestor do CAPS, que participou e acompanhou a pesquisa que fundamentou nossa tese, remete a possibilidade do mesmo ser “vários”; ocupando concretamente diferentes lugares e estabelecendo variadas relações.

Quando as simples interlocuções tomam uma relevância, o direito a circular e contemplar passa a ser uma possibilidade real. A circulação na cidade vai tomando proporções diferentes para cada um de nossos interlocutores.

Para alguns, as variadas vivências de ir e vir ampliam relações e possibilitam diferentes experimentações. As pessoas passam a depender não só da convivência familiar na moradia, mas, também da comunitária.

A sua vida passa ao largo da residência, reservado e sem maior envolvimento com a dinâmica de outros moradores, vai tecendo na cidade seu próprio caminho, demandando da rede psicossocial apoio bastante singular, como: saídas individuais com a técnica de referência da residência, idas ao CAPS de forma pontual para encontros com a médica e com a sua técnica de referência do serviço. Observamos que a cidade de fato passa a ser seu *locus* de interlocução e realizações. A paixão pelos estudos e o PVC possibilitaram a Arco Iris circular a cidade e se dedicar a leituras, à música, aos seus feitos. Inteligente e articulador, vai alimentando seu sonho de cursar a faculdade e ser cientista (FIOCRUZ, 2017).

Arco Iris nos remete a Venturini (2010) no que se refere a discussão sobre construção da “coesão social”. Partindo de sua residência terapêutica, vai acessando e habitando a cidade com estabelecimento de diferentes relações e esse esquadramento vai produzindo um acúmulo de recursos que tem permitido, ao longo do seu processo, lidar com diferentes situações.

Sobre isto, tomamos também o exemplo de Giovanni, ao enfatizar que vai sozinho a todos os lugares, inclusive receber seu dinheiro. Outro itinerário feito por ele é ir à Assembleia de Deus. Diz

que a última ida ao culto foi mais para reencontrar amigos, pois chegou 1h30min atrasado. Fala sobre o acontecimento sorrindo. Aos finais de semana costuma ir à casa do irmão, ou sair com ele para almoçar (FIOCRUZ, 2017).

Jéssica além de sair para fazer compras para a casa, costuma ir à praia e sair para dançar com outra moradora. Entra e sai da casa sem precisar de apoio da cuidadora.

Esta situação de Jéssica nos remete a pensar sobre alguns dos questionamentos de Venturini (2010), ao problematizar sobre o morar: “Quem é que decide e o quê? Há espaços fechados? Por que e por quem? Quais são as possibilidades de autoregularização dos espaços? Quem tem as chaves? Quem atende o telefone? Quem é o dono da casa?” (VENTURINI, 2010, p. 475).

Neste sentido, Jéssica parece exercer o poder contratual na sua moradia. Isto nos remete a pensar sobre as ideias de Spink, P. K. (2008), quando refere que na cotidianidade são produzidos e negociados os sentidos, fluxo de fragmentos corriqueiros e de acontecimentos em micro-lugares – nós e nossas construções possíveis.

Para alguns de nossos interlocutores, a cidade funciona como um palco de consumo: compras e negociações. Percebemos porém, que estas “pequenas” incursões vão para além de simples aquisições, dando a estes, a chance de conhecer e ser conhecido e de nas entrelinhas do ir e vir, tomar decisões e construir uma rotina.

Belo diz que sai para “comprar o pão... às 5 horas (da tarde)”. Reforça durante o encontro com os pesquisadores de campo, que vai todos os dias sozinho e diz que é “pertinho, 15 minutos andando”. Num dos encontros durante a pesquisa, Belo depois de um banho, põe uma camisa, ressaltando: “eu amo essa camisa” e vai ao mercado com os pesquisadores de campo.

No caminho ao mercado, ele nos orienta a irmos para calçada e sairmos do meio da rua, onde neste momento desviávamos das estreitezas das calçadas. Chegando ao mercado, fomos direto a sessão de uvas e as pegamos. Belo nos oferece refrigerante, mas, dissemos que somente a uva já estava ótimo. Indo até o caixa, notamos que os trabalhadores já o conheciam. Ao terminar a compra, nós saímos por um caminho e a atendente do caixa fala, nos chamando a atenção: “ele sempre volta pelo mesmo lugar”, apontando para o sentido oposto (FIOCRUZ, 2017).

A partir deste fragmento, podemos pensar sobre o reconhecimento. Arenari e Dutra (2016) apontam que quando uma instituição abre as portas para uma possível ruptura com um aspiral de exclusão que atravessa a vida das pessoas, oferece créditos sociais no sentido de atribuir responsabilidades, mesmo que com baixas expectativas.

Atribuir responsabilidades é reconhecer e isso produz a obrigatória construção de metas viáveis que permitem quebrar a “ditadura do presente” e construir “pequenos futuros”.

Para outros dos nossos interlocutores, o acesso à cidade funciona como possibilidade de conhecer, onde o prazer paira na contemplação. Daniel refere “prestar atenção durante os passeios ao movimento, ao trânsito e às pessoas”. Lembra da visita ao castelo de Brenand, relatando que “tinha uma estátua muito alta, tinha também quadros e muito jardim. Tô certo?”. Detalha também os passeios a praia de Itamaracá, onde aponta que passaram por “uma barreira alta” (FIOCRUZ, 2017).

Escolher para onde ir e o que fazer fora da casa, como também, o que não fazer é um outro achado que encontramos.

Laranjeira possui acesso às chaves da casa e costuma sair com frequência da residência, sem a cuidadora, para ir ao supermercado comprar seus materiais de higiene pessoal. Ela consegue se organizar e sair para fazer algumas compras, em locais mais próximos à residência. Laranjeira mencionou ser mais caseira, de poucas saídas. Entre os passeios que gosta de fazer referiu o Parque 13 de maio, no centro da cidade do Recife. Não gosta de ir à praia porque tem medo pois “não sabe nadar”. Também não gosta de ir ao shopping, mas, sai para fazer compras de roupas e sapatos, bem como todo mês compra produtos de higiene pessoal em supermercados que ficam perto da casa (FIOCRUZ, 2017).

Flor de Laranjeira

não gosta de sair para lugares mais distantes e que demandem tanto desgaste físico. “Gosto de sair para comer”. Indicou que vai ao shopping comer sanduíches quando sai com as cuidadoras e técnica de referência (FIOCRUZ, 2017).

É inegável que o poder de decisão se configura como uma conquista e apresenta uma relação direta às condições ofertadas às pessoas para realizar este exercício. Entretanto, observamos que muitas destas decisões, como o sair da casa e circular a cidade, se dá de uma forma muito singular e que questões como idade, condições clínicas, medos pessoais, a configuração do bairro e da cidade, assim como, a segurança pública interferem no percurso e possibilidades de cada um de nossos interlocutores.

“Flor de Laranjeira sai para feira, apenas quando são compras mais rápidas, pontuais devido ao cansaço”. Daniel afirmou que só sai acompanhado dos cuidadores. Um dos motivos é devido a algumas limitações físicas pelos seus problemas de saúde. Segundo a cuidadora, também pesa o fato da área em que a casa está localizada, ser perigosa.

A relação de violência do bairro também foi falada com tensão por Daniel. Uma das cenas que mais o marcou foi quando o “batalhão da polícia apareceu aqui tudo fardado” e fizeram uma busca pelo local. Procuraram os moradores para saber de alguma atitude suspeita e conversaram com ele e outro morador que estavam no terraço... Daniel evidenciou: ‘Aqui é perigoso, tem muito ladrão que aponta arma, manda entregar tudo e troca tiros’ (FIOCRUZ, 2017).

Mari “amava”, mas hoje é bem resistente, prefere ficar em casa. Alguns passeios são para a praia, outros para viagens ao interior do Estado, especificamente Caruaru para fazer compras. A beneficiária conta que gosta muito de praia (FIOCRUZ, 2017).

A violência urbana é uma variável que encontramos em muitos dos nossos achados. O medo de ir ao banco, de sair de casa sozinho é associado nos diferentes discursos a violência, a riscos de ser roubado. O nosso estudo se fundamenta a partir de uma pesquisa realizada numa cidade de grande porte que enfrenta problemas urbanos variados, o que torna natural perceber a nomeação da violência urbana. A nosso ver, no contexto estudado, isso sinaliza por um lado, a realidade das pessoas na contemporaneidade numa grande cidade (seus impedimentos ou restrições de locomoção na cidade), mas, também, diz de como os nossos interlocutores estão conectados com os problemas da sociedade, ou seja, não estão vivendo de forma apartada.

Observamos que apesar de limitações de diversas ordens, os nossos interlocutores em geral tomam o passeio como uma forma de circular na cidade.

Alice nos referiu que sente falta de passear mais, quando questionada sobre os finais de semana referia sempre que tinha passado bem, mas não tinha feito nada, apenas assistido TV (FIOCRUZ, 2017).

Daniel por várias vezes fez menção a falta que está sentindo das idas a praia, seja falando: “Hoje tá um dia bonito ‘né...?’” e continuou: “É bom para dar um mergulho na praia ‘né’?” Também ressaltou que “nunca mais a cuidadora levou eu e meus amigos”, referindo-se aos passeios na praia (FIOCRUZ, 2017).

Tivemos a impressão que embora o “sair de casa para passear” seja algo comum para a maioria dos nossos interlocutores, ainda assim, parece ser insuficiente. Os questionamentos pelos poucos passeios, as cobranças por mais passeios, as lembranças calorosas de passeios no passado, parece apontar para a necessidade de olhar para este recurso com maior ênfase. Em alguns momentos, as narrativas parecem soar como pedidos mediante declarações de que não saíram mais para passear ou de que só ficaram em casa, especialmente no final de semana.

Ao nos debruçarmos sobre as formas de nossos interlocutores exercerem o seu poder contratual e circularem a cidade, nos deparamos com uma variedade de jeitos de se inscrever subjetivamente.

Tal perspectiva nos remete a Venturini (2016) ao eleger a promoção de valores sociais como elemento essencial da desinstitucionalização. Destacamos aqui o que o autor (2016) nomeia como fundamentais para a prática de emancipação: os direitos sociais, a disponibilidade efetiva de recursos a serem obtidos, a possibilidade de acesso a diversos valores e o desenvolvimento dos intercâmbios (interpessoais e sociais).

4.3.3 A criticidade e a tomada de decisão

Como apontado no marco teórico, Basaglia (1985) afirma que só através da “tomada de consciência” da condição de excluídas é que as pessoas poderão ir substituindo a apatia gerada pelo processo de institucionalização por uma “agressividade” na perspectiva da contestação contra a realidade. Neste sentido, a partir desse estudo, a construção de criticidade pode ser considerada como um dos elementos dessa tomada de consciência, que marca um outro jeito de lançar o olhar sobre si e sobre as coisas, demarcando as opressões e os tensionamentos que não estão no próprio sujeito, embora os afete, mas estão na realidade que os circunscreve.

É como se a realidade dos nossos interlocutores se descortinasse e as pessoas pudessem olhar para o seu entorno de outra forma, mais críticas às condições ou acontecimento que as envolvem, não sendo mais única e exclusivamente produzidas por elas, mas impostas. E, talvez, a mais rica repercussão do processo de desinstitucionalização seja a possibilidade de questionar e se posicionar diante desses pequenos acontecimentos do cotidiano.

Em um dos encontros entre os pesquisadores de campo e Arco íris, na sua residência terapêutica,

uma das cuidadoras o chamou para ir ao CAPS. Segundo ela já estava marcado, mas, ele se recusou a ir alegando que em momento algum foi informado da ida ao CAPS e que isso foi feito em cima da hora. Desta forma, segundo ele, poderia ir ao CAPS em um outro momento (FIOCRUZ, 2017).

Belo num dos encontros com os pesquisadores de campo, sentou-se com dificuldades na cama. Apresentando tremores devido a doença de Parkinson que o acomete, reclama: “que já tinha tomado 5 comprimidos e que acha que está tomando demais – ‘queria tirar mais’” (FIOCRUZ, 2017).

Importante destacar como Arco Iris e Belo se posicionam frente a situações que dizem respeito a suas vidas, não naturalizando os fatos, desenvolvendo uma capacidade crítica e propositiva necessária. Diferentemente dos relatos acerca da vivência dentro do hospital, os acontecimentos e os incômodos não são silenciados, são explicitados. Isto implica certo empoderamento dos sujeitos, sinais de uma processo de emancipação em curso.

Outra situação observada em campo foi uma conversa entre pesquisadores, Daniel e sua técnica de referência, quando ele, ao olhar para esta última, pergunta: “...débil é louco? E ao conversarem sobre isto com alusão ao preconceito, à história da loucura..., ele diz: “a vida tem tanta coisa ruim né?” (FIOCRUZ, 2017). Diante deste fragmento, observamos como Daniel mostra-se reflexivo, curioso e capaz de problematizar de alguma forma os estigmas existentes.

Teresinha num dos encontros com os pesquisadores de campo, repentinamente começa a dizer: “eu não sou bicho do mato... e se disser boato, Deus queima”. No primeiro momento sem entender, os pesquisadores de campo tentam conversar com outras pessoas da sua casa sobre isto e descobrem que jovens da redondeza, ao voltar da escola, “passam na frente da residência gritando ‘bicho do mato’ e provocando as moradoras” (FIOCRUZ, 2017).

Parece-nos que Terezinha rejeita o lugar a ela destinado pelos jovens e demarca, ao seu modo, uma outra inscrição: “eu não sou bicho do mato”, ou seja, eu sou gente (grifo nosso).

Em algumas narrativas, identificamos um olhar crítico com maiores proporções, que vão para além do micro cotidiano e envolve a realidade em várias dimensões. Parece que as pessoas a partir de um reconhecimento de si e da sua condição, começam a enxergar as opressões que sofrem e a identificar que não são produzidas por elas.

Neste sentido, Daniel e Giovanni expressam tal perspectiva ao falarem de religiosidade.

Daniel é evangélico, gosta muito de escutar hinos em seu rádio e músicas da jovem guarda... Não frequenta a igreja porque “os irmãos” (fazendo menção as pessoas que frequentam a igreja) não gostam. Pelo pouco que conseguiu explicar sobre essa relação nos pareceu ser um preconceito devido à vizinhança saber que ele mora em residência terapêutica. Mas relatou como forma de contestar que mesmo sem ir a igreja não abandonou sua fé: “Hoje em dia eu sou evangelista. Vocês sabem o que é evangelista? É quem prega o evangelho” (FIOCRUZ, 2017).

Giovanni diz que não vai mais à igreja devido a restrições realizadas por esta, das quais ele discorda, como: o homem “não pode usar bermuda, nem camisa regata” e as mulheres “não podem usar calça” (FIOCRUZ, 2017).

Verificamos como Daniel e Giovanni conseguem olhar criticamente para seu entorno (no caso para a “igreja”) e reconhecer os preconceitos e as imposições religiosas, construindo um outro caminho.

Daniel, por exemplo, diferencia a espiritualidade e a religiosidade, decidindo pela preservação da sua crença independente da igreja. Giovanni, demarca seus posicionamentos, decidindo por não ir mais à igreja, passando a focar, como visto anteriormente, nas pessoas (quando narra uma visita à igreja para ver os amigos).

Giovanni, sendo um dos nossos interlocutores que mais circula na cidade, fazendo, portanto, conexões com diferentes lugares, parece tecer a vida nas suas várias dimensões, de forma mais crítica. Num dos encontros com os pesquisadores de campo, durante uma caminhada, ao passar por um restaurante, ele diz: “que já tinha almoçado lá algumas vezes, mas, que não gostou, que a carne era mal passada” (FIOCRUZ, 2017).

Giovanni, a ter acesso a diferentes restaurantes da sua vizinhança, considerando que almoça todos os dias na rua, como qualquer outra pessoa que consome serviços, atribui valores e conseqüentemente faz escolhas, processo esse fundamental para o exercício contratual.

Em outra conversa, Giovanni ao falar dos seus sonhos, refere que

às vezes quando está dormindo, sonha que volta a trabalhar. Diz que não sabe se quer voltar a trabalhar, mas, que dependendo da reforma... Relata que o benefício auxílio doença de um amigo foi cortado e ele tem receio que isso aconteça com ele também. Perguntado se ele gostaria de trabalhar no banco de novo, ele diz que não sabe, refere que o atual presidente do Brasil está inventando tanta coisa... é reforma trabalhista, previdenciária (FIOCRUZ, 2017).

Giovanni com esta narrativa, ao falar do seu sonho, sinaliza o desejo de voltar a trabalhar e seus receios quanto a conjuntura nacional, o que mostra que está acompanhando as notícias de uma forma atenta e crítica, como muitos outros brasileiros. O que diferencia Giovanni ou qualquer um dos nossos interlocutores das demais pessoas, é que dada a história de reclusão por muitos anos, tudo que se refere a reconexão com a vida e com o mundo, passa a ser mais significativo e indicativo de que estão se reconstituindo.

A medida que esta criticidade vai se construindo, as pessoas também parecem acumular mais recursos para tomar suas decisões diante de situações cotidianas. Uma experimentação, a nosso ver, que vai levando as pessoas a fazer escolhas e transformando, ainda que processualmente e parcialmente, as relações (de tutela para de contrato).

Observamos que o acesso a um contexto de aceitação das pessoas, permite a elas o direito à escolhas. Como refere Rotelli (2001) a desinstitucionalização consiste na reconstrução das pessoas como atores sociais.

Neste sentido, a tomada de decisão passa a conotar a própria reafirmação de si. Esta percepção se constitui durante a pesquisa de campo, ao tratar junto aos nossos interlocutores, das questões relativas a pesquisa. Um dos exemplos é Belo que, ao receber o TCLE, questionou o documento e dentro do seu tempo, tratou a situação de forma singular.

Lemos para Belo, mas ainda assim ele não quis assinar... Ele refere que só vai assinar depois que falar com a TR. E assim o fez, tendo ela nos procurado e também à coordenação de campo da pesquisa para entender do que se tratava... Apenas depois da conversa com os pesquisadores, com a presença de uma das cuidadoras, é que Belo assinou o termo (FIOCRUZ, 2017).

O empenho de Laranjeira com a limpeza da cozinha de sua casa é tão grande que preferiu que os encontros da pesquisa de campo fossem “no horário da tarde porque ela já teria realizado a maior parte das atividades domésticas a que se propõe” (FIOCRUZ, 2017).

Ao nos debruçar sobre as narrativas de nossos interlocutores da pesquisa, observamos que as decisões vão se dando em várias instâncias e como reflexo também da construção da propriedade sobre si e sobre as coisas.

Vejamos Flor de Laranjeira, que ao ir ao dentista para providenciar uma prótese, escutou do profissional que o fumo é prejudicial e tem relação também com a perda dos dentes e desde esse dia, ela parou de fumar por decisão própria.

Alice ao conversar sobre o que faz com seu dinheiro, se ajuda os familiares, ela dispara que “não, porque a família não merece. “Minha irmã não merece não, ela desprezou eu por causa do marido dela” (FIOCRUZ, 2017).

Flor de Laranjeira e Alice tomam decisões referentes a própria vida a partir dos seus desejos e críticas respectivamente, assumindo com isso também, as repercussões advindas de seus posicionamentos.

Vemos em todas as narrativas, conforme De Leonardis *et al* (2001) apontam, que

a superação da relação de tutela institucional impõe reconhecer no doente um sujeito portador de necessidades e de direitos que são o conteúdo material da sua reconquistada personalidade jurídica: dentro e além dela, é necessário restituir-lhe a vida (DE LEONARDIS *et al*, 2001, p. 72).

4.3.4 A dor e a delícia de viver

“...Mas e a vida
Ela é maravilha ou é o sofrimento?
Ela é alegria ou lamento?
O que é? O que é?
Meu irmão...”
(GONZAGUINHA, 1982)

Saraceno (1999) aponta que “gente” é recurso e que os conflitos advindos dos vários interesses (pacientes, família, comunidade e serviços de saúde) também são recursos. Neste sentido, as alegrias e as dores estão na pauta do viver, assim como o prazer e os conflitos se constituem como situações inerentes à vida. Portanto, o seu governo se configura como direito.

Parece que a delícia de viver entre nossos interlocutores se expressa através das festividades regadas a comida. São muitos os interlocutores que apontam a comida, os passeios e as festas como uma grande vivência, que visivelmente se expressa nas narrativas, não só pelas palavras, mas, pela entonação, o brilho no olhar e a gesticulação nelas sinalizadas.

Tomamos como exemplo o entusiasmo de Daniel em comemorar essas datas, falando do churrasco que os moradores costumam fazer no Natal. Fala da “mesa farta e na sensação de ser um dos anfitriões da festa”, deixando transparecer sua empolgação “nas falas e nos movimentos corporais” (FIOCRUZ, 2017).

Jéssica falando do seu aniversário, referiu que gostava muito de comemorar.

Fomos convidadas a ir ao seu aniversário. No dia ao chegar na casa, observamos a mesa com as comidas, tudo muito organizado. Estavam sendo postas quando chegamos e sob a supervisão da aniversariante Jéssica, que estava muito prestativa. Na mesa tinha um bolo todo rodeado de KitKat (um chocolate da Nestle composto pela combinação de wafer coberto por chocolate) ...Ela mesma foi colocando os pratos para as pessoas presentes com refrigerante. Todos comeram juntos, alguns sentados outros em pé, mas todos juntos. Jéssica foi uma ótima anfitriã, preocupada se todos haviam comido. As cuidadoras e suas famílias estavam presentes no aniversário... Neste dia do seu aniversário, trouxe-nos que seu filho havia ligado, desejando feliz aniversário, o que a deixou muito feliz. Falou dos presentes que ganhou: relógios e blusas (FIOCRUZ, 2017).

A partir da narrativa de Jéssica, conseguimos visualizar os cuidados com a organização e efetivação da festa. A aniversariante, também anfitriã, escolhe seus convidados, circula, fala com as pessoas, serve a comida, monitora a festa, se alegra com o telefonema do filho e com os presentes que ganhou. A festa de aniversário é descrita como sendo prazerosa e importante para Jéssica. Parece configurar-se como um momento de celebração da vida, mas também de compartilhamento de afeto. Observamos no fragmento da narrativa os vínculos construídos por Jéssica a partir da presença dos pesquisadores e da equipe, que a apoia e leva à festa os seus familiares.

Flor de Laranjeira e Alice junto com outras pessoas que moram com elas, relatam que gostam de comemorar “seus aniversários com bolo, refrigerante, bola e ‘comida boa’” (FIOCRUZ, 2017). As fotos com registros de festas de aniversários que estão penduradas na parede da sala da residência (registradas nas narrativas), evidenciam bem isso.

Teresinha, em um dos encontros da pesquisa diz que o Natal está se aproximando e a feira da ceia já havia sido feita. “Convida-nos para seu aniversário dia 03 de janeiro.” Diz que quer festa com “bolo, champanhe, sarapatel, ovo de codorna” (FIOCRUZ, 2017).

A festa de aniversário, a festa da vida, parece ser o auge para maioria dos nossos interlocutores, sempre projetada com muita comida e entusiasmo. Uma das delícias da vida que faz parte da nova rotina instituída.

Outra delícia do viver, parecem ser as descobertas amorosas.

Daniel relata que há um tempo conheceu uma senhora chamada Marta, com quem se dá muito bem e que não esperava essa surpresa em sua vida, depois de passar tanto tempo

sozinho. Mas ressaltou que são apenas amigos, visto que ele já estava ficando velho e não iria arranjar mais namorada, segundo ele (FIOCRUZ, 2017).

Sentir, sentir... Amar... Ao nos deparar com a narrativa de Daniel, identificamos o quanto descobrir-se amando, na maturidade, é vivenciado como algo bom. Daniel ao comunicar sua solidão, fala desse sentimento, mesmo que não materializado num relacionamento, como uma boa surpresa, reafirmando assim, a própria vida e sua imprevisibilidade (FIOCRUZ, 2017).

O direito a sentir vai desde as situações de prazer até as mais difíceis, como as vivências de conflito. Belo, ao retratar o convívio na residência terapêutica, fala de outro morador, referindo que o mesmo é agressivo.

Soubemos através da cuidadora, que Belo e Flávio, um dos moradores da RT, brigaram. Depois disso, Belo mudou seu comportamento na casa. A cuidadora diz que Flávio chegou na RT e batia muito nos outros moradores. Em certo momento do nosso encontro Belo retoma esse episódio, e revela: “senti a dor calado” (FIOCRUZ, 2017).

Tal fragmento de narrativa nos leva a pensar que viver fora do hospital, numa casa com diferentes pessoas, de diferentes histórias, impõe uma diversidade de situações que inevitavelmente produz conflitos. Parece-nos que a potência disso, apesar de sua dimensão dolorosa, como refere Belo ao dizer que sentiu dor calado; se coloca na possibilidade deste, como outros dos nossos interlocutores, lidarem também com suas questões. Além disso, poderem também realizar o exercício cotidiano da negociação e construir resistência e repertórios para a vivência de novas experiências conflituosas, que são contínuas e inerentes à vida.

Jéssica, ao falar do seu namorado, aponta para outra moradora: “ela também namora. Ela tomou o namorado de mim”. A disputa pelo objeto de amor foi um elemento encontrado na convivência entre Jéssica e as pessoas com quem compartilha a moradia. Tal conflito, entretanto, foi apresentado aos pesquisadores de campo como algo superado, elaborado entre elas. Ainda, durante a pesquisa de campo, ao ouvir Jéssica sobre suas responsabilidades na casa onde mora, ela explode:

“sobra tudo pra mim..”. Complementa que ela lava, passa, cozinha e que querem expulsar ela da casa. Na mesma hora as moradoras e as cuidadoras conversam com ela explicando que ninguém vai tira-la da casa, que todas devem dividir as atividades e que iam conversar com a outra moradora sobre ela não estar ajudando (FIOCRUZ, 2017).

Outra situação observada em relação à Jéssica é quando uma pessoa que mora na residência com ela, refere: “Ela briga comigo depois a gente sai junto. É assim”. Parece que na casa onde Jéssica mora, as pessoas podem explodir, reivindicar, desabafar, brigar e se reconciliar. Quando as demais moradoras diante da explosão de Jéssica sobre os afazeres da casa tentam acalmá-la e mediar junto a outra moradora ou quando é registrado que mesmo brigando num

momento, num outro se sai junto; sinaliza-se que gerenciar conflito também aumenta a capacidade de reparação e negociação(FIOCRUZ, 2017).

Ao analisar as narrativas, constatamos que os conflitos existem porque há uma permissão para que as diferenças apareçam. Enquanto no manicômio o conflito precisa ser silenciado para manter a ordem (através da tutela das pessoas), no cenário da vida fora do hospital, ele precisa ser explicitado para encontrarmos possibilidades de lidar com eles, o que conseqüentemente rebate no crescimento pessoal.

Talvez essa seja mais uma das expressivas repercussões da desinstitucionalização, como diz Sarceno (1999), a liberação e escuta do conflito, o direito a governá-lo. É um pouco disso que vemos nas narrativas de Belo e Jéssica. Seja do sentir a dor por um conflito causado por outra pessoa, como no caso de Belo, seja explodir, voltar atrás, negociar e reconciliar como nos mostra Jéssica.

O direito a sentir dor e aprender lidar com ela, como qualquer outra pessoa, também é uma repercussão da desinstitucionalização. Tomar as reações às dores fora do registro psicopatológico como singulares e como sentimentos naturais, dá às pessoas dignidade e oferta às mesmas, recursos para seu crescimento e para o lidar com as questões difíceis da vida.

Observamos tais vivências diante das perdas por morte dos amigos feitos na nova moradia. Alice expressa saudade de sua amiga de longas datas (antiga moradora da RT) “que faleceu em agosto de 2017, uma pessoa com quem compartilhava das poucas lembranças da infância e com quem passava as tardes a conversar” (FIOCRUZ, 2017).

Teresinha repete durante os encontros de pesquisa “Maria tirou minha cabeça”, referindo-se a uma moradora da residência que faleceu. Parece que Teresinha, do seu jeito, comunica a falta e a dor que sente pela morte de Maria (FIOCRUZ, 2017).

Viver as dores e viver os medos como sendo da dimensão humana, se constitui como também o direito a sentir. Teresinha ao falar sobre saídas da sua moradia, diz “sai não que eu me perco” (FIOCRUZ, 2017).

O viver em liberdade incide também em experimentações difíceis fazendo valer a obviedade de que não temos controle e governabilidade sobre a vida. Neste sentido, significa também possibilitar aos nossos interlocutores, ainda que sejam difíceis algumas vivências, sair de uma redoma posta pela fragilidade psicopatológica a eles instituída e experimentar também, as mazelas das quais todos nós na atualidade podemos vivenciar, como por exemplo, as situações de violência.

Quanto a isso, podemos citar a residência de Jéssica e Laranjeira que em 2017 foi invadida por ladrões à noite, enquanto elas dormiam. Situação essa que provocou muita ansiedade e medo entre as moradoras, chegando ao ponto de precisar mudar de endereço.

Devido a este fato, ao chegarmos na residência pela primeira vez, nos foi informado que as moradoras estariam de mudança para outro endereço, o que representava alívio pela possibilidade de saírem do local e ao mesmo tempo, ansiedade, principalmente pelo fato de por diversas vezes a data da mudança ter sido adiada. A Santa Casa de Misericórdia, responsável pela administração dessas residências terapêuticas na cogestão com a prefeitura, deu vários prazos para a mudança, e em uma delas, chegaram a pedir que as moradoras juntassem caixas para fazer a mudança, mas, nada foi realizado até nossos primeiros encontros. Percebemos o quanto isso mexeu com as moradoras. As sentimos inseguras, ansiosas e também com expectativas, sentimentos que atravessou todos os nosso encontros até a efetivação da mudança (FIOCRUZ, 2017).

Vivenciar a situação relatada despertou medo e ansiedade em Jéssica e nas demais pessoas com que ela compartilha a casa, demandando abrir mão de uma situação estável, saindo de uma moradia antiga para construir laços num novo lugar. Atenta, participante de todo o processo, Jéssica pôde ir lidando com as frustrações referentes a “mudança e não mudança”, lidando com o tempo do outro, elementos que são essenciais para qualquer ser humano.

Isto nos faz remeter a Basaglia (1985), ao apontar que o problema não é a doença, mas a carência de valor contratual de um doente, que não tem outra alternativa de oposição exceto um comportamento anormal. A partir disto e dos resultados encontrados, consideramos que o comportamento anormal, muitas vezes caracterizado por um ato agressivo, é produzido justamente pela carência de vivências adversas ao longo do percurso de vida, ou seja, de experiências de prazer e de dores, tão essências para a vida.

Observamos que estas pequenas vivências vão articuladas com tantas outras, dando aos nosso interlocutores tolerância para lidar com as pessoas e com a vida. E neste sentido, inscrevem-se de um outro jeito, onde as respostas as situações difíceis vão passando pela possibilidade de elaboração e mediação através da palavra, com abolição da violência.

4.3.5 O acesso ao cuidado

Quanto a esse achado, observamos uma variedade de situações em relação ao cuidado. Desde aquelas pessoas que se cuidam até aquelas que aceitam (ou não aceitam) os cuidados propostos, mediante apoio dos profissionais que desenvolvem o trabalho psicossocial.

Ao analisar as narrativas, verificamos que a sustentação das pessoas fora do hospital devolve as mesmas a possibilidade de serem cuidadas do ponto de vista da saúde, seja pelo CAPS

ou outros serviços de saúde. “Quanto ao autocuidado, Flor de Laranjeira controla os horários de seus remédios e desenvolve seu autocuidado sem necessidade de apoio” (FIOCRUZ, 2017).

Daniel revelou que costuma acessar “o posto de saúde”, o hospital em situações em que “sente dores” e o CAPS quando precisa de consulta. “Às vezes recorre a rede privada, quando a avaliação demora muito ou em alguma situação específica de emergência ou de necessidade de médicos de diferentes especialidades” (FIOCRUZ, 2017).

Acessam a Unidade de Saúde da Família (USF) de referência para o acompanhamento da diabetes e hipertensão, para pegar medicações, fazer exames e consultas com o clínico geral pelo menos duas vezes ao ano, de acordo com relatos da TR. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) também são locais para os quais se dirigem em casos de urgência (FIOCRUZ, 2017).

Em relação a Flor de Laranjeira e Alice, observamos

que a assistência à saúde se dá pelo SUS de forma resolutiva, pois os agendamentos das consultas de rotina são feitas com antecedência pelas cuidadoras, o vínculo com alguns profissionais de referência são perceptíveis. As moradoras conhecem os médicos e desenvolvem uma boa relação com eles, reconhecendo-os pelo nome, segundo as cuidadoras. O único médico comum a todas as moradoras da residência é o clínico geral, que atende no posto RG. De 3 em 3 meses vão ao clínico geral/ e/ou geriatra do Posto RG, já que na área da casa não há cobertura da estratégia do Saúde da Família (FIOCRUZ, 2017).

O acesso a especialistas também foi encontrado nas narrativas. Mari ao apresentar mudanças no comportamento cotidiano e olhos vermelhos, foi junto com a técnica de referência a uma unidade de saúde oftalmológica, onde foi diagnosticada com glaucoma e onde já está fazendo tratamento. “O Hospital do Câncer é utilizado por Daniel para o tratamento dos tumores da face, os quais serão retirados por meio de cirurgia (esperando ser agendado)” (FIOCRUZ, 2017).

Em relação ao cuidado, existem aquelas pessoas que não aceitam sair de casa ou ir a um dos serviços de saúde do seu território, demandando os cuidados no domicílio.

Belo é uma dessas pessoas. Sob a argumentação de que morreu, afirma que “quem morreu não precisa ir ao médico”. Neste caso, só saiu de casa com este fim, quando desenvolveu uma infecção urinária demandando atendimento do SAMU domiciliar e internação em hospital geral para cuidados clínicos. Quando demanda avaliação e cuidados, estes se desenvolvem na própria casa através da visita de profissionais de saúde do distrito sanitário ou do CAPS (FIOCRUZ, 2017).

A compra de serviços particulares com os próprios recursos também foi um dos achados na pesquisa. “Caso necessitem de algum exame que vá demorar na rede pública, fazem na rede

privada. Flor de Laranjeira, por exemplo, pagou todo seu tratamento odontológico para fazer as próteses. (FIOCRUZ, 2017)”

A TR de Teresinha, considerando suas dificuldades, refere que esta não consegue ir ao médico e “que recentemente solicitou a um laboratório particular que fosse coletar sangue na própria residência para fazer os exames que o médico do CAPS solicitou em sua visita”(FIOCRUZ, 2017).

Giovanni, por exemplo, utiliza o SUS e tem plano de saúde. Ele é dependente do irmão que é seu tutor. Com isto conta com o seu plano de saúde viabilizado pelo trabalho do irmão. Neste sentido, Giovanni usa os serviços de acordo com suas necessidades e com critérios que ele próprio estabeleceu.

Giovanni esclarece que não faz sempre uso do plano de saúde, já que o plano cobre somente a metade do custo das consultas, onde ele tem que pagar a outra metade. Diz também que tem convênio no HSE por causa de sua mãe, mas, não gosta de ir lá pois foi onde ela faleceu (FIOCRUZ, 2017).

Considerando que os cuidados em saúde se dão prioritariamente a partir das ofertas do SUS, verificamos que vários pontos de atenção são acionados pelos nossos interlocutores, mas que a atenção básica termina tendo um destaque maior. Embora tenhamos percebido que a maioria dos nossos interlocutores usam a unidade básica de saúde devido ao fato de suas moradias não estarem localizadas em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família.

Quanto à compra de serviços, observamos que esta termina sendo financiada pelos recursos financeiros dos nossos interlocutores quando: não há possibilidade de esperar uma agenda mais prolongada do SUS ou mesmo em situações que demandam consultas/procedimentos especializados com pouca oferta no âmbito do sistema. Não ficou claro, porém, se esta compra passa por uma decisão dos nossos interlocutores, ou de seus apoiadores ou de ambos.

Na nossa avaliação, tal situação ora sinaliza alguns furos do sistema público no que se refere a sua operacionalidade e ofertas; ora parece indicar certa forma “*operandis*” de uma parte da população que usa os dois sistemas (particular e público). Tal dedução nos leva de imediato a problematizar a questão.

Pode esta prática existir como reflexo do que vem acometendo a classe média que diante das fragilidades do sistema público, vem recorrendo a clínicas populares que terminam, por sua vez, disputando os territórios no que se refere a consultas ou tratamentos ambulatoriais ofertados pelos serviços públicos de saúde? Poderia haver uma maior articulação dentro da rede?

Considerando o princípio da equidade, pessoas em processo de desinstitucionalização, especialmente as moradoras de serviços residenciais terapêuticos, poderiam ter acesso ao sistema com fluxos específicos?

Mesmo apresentando alguns limites e desafios, as narrativas evidenciam a potência da rede do SUS nos vários níveis de complexidade. Uma das expressões desta afirmativa é o caso de Arco Iris que, ao efetivar a mudança do SRT em Recife para morar com a família no estado de São Paulo, evidenciou na prática o que significa usufruir de um sistema universal. Uma vez que, desde o planejamento até a concretização de sua mudança, as equipes psicossociais de ambos os lugares conversaram e através de acordos, conseguiram garantir a permanência do cuidado e do benefício do PVC.

Posteriormente, ainda em conversa com a TR, tomamos conhecimento que a articulação da mudança de moradia de Arco Íris, foi em parceria com a Gerência de Saúde Mental de MC, tendo sido articulado a continuidade do acompanhamento dele em CAPS. Hoje, já instalado com a irmã, Arco Íris está indo ao CAPS todos os dias, por enquanto (FIOCRUZ, 2017).

Observamos que as pessoas que moram em serviços residenciais terapêuticos contam com a mediação dos cuidadores e técnica de referência e os que moram com a família, como Giovanni, fazem seu percurso mediante os fluxos já estabelecidos na rede.

Giovanni vive uma diversidade de ofertas dentro do SUS, fazendo uso de serviços especializados, de promoção à saúde, de apoio e longitudinais.

Frequenta um centro de práticas integrativas e complementares em saúde... onde faz “Tai chi chuan” nas quartas e sextas, com Mário, professor. Ele menciona também a psicóloga... Margarida, como outra figura de referência no local. Para outros cuidados clínicos, ele marca exames e consultas nas Policlínicas de AF e de CB (FIOCRUZ, 2017).

Observamos que esta rede de cuidados dá sustentação às pessoas. Com seus problemas e limites, o sistema público põe-se como fundamental e central para o acesso aos cuidados em saúde. Tal achado nos remete a De Leonardis *et al* (2001), quando ao referir-se aos centros de saúde no território de Barcola e constatar as suas limitações, afirmam enfaticamente que apesar do declínio da rede, são redes e que nisso paira sua potência. A diversidade e repercussões das ofertas do SUS evidenciam-se nas narrativas dos nossos interlocutores.

4.3.6 A vivência da “*banalidade do cotidiano*”

O que é viver a banalidade do cotidiano numa casa?

Nas narrativas, deparamo-nos com a repetição e reprodução de atividades que se fazem comum no dia a dia: que vão desde o ócio, às responsabilidades domésticas, às saídas rotineiras durante e nos finais de semana ou até mesmo, incorporam os rituais em datas comemorativas.

A técnica de referência de Daniel,

relatou que durante alguns finais de semana costumam sair para festividades em outra residência terapêutica que tenham aproximação... que todo final de semana os moradores decidem o que vão comer e neste, eles escolheram peixe com camarão. Também escolhem para onde vão a seus aniversários e os locais mais comuns são pizzarias, restaurantes. Daniel disse: “adoro comer galeta”. Sobre memórias e sabores das saídas com os moradores da residência Daniel relatou que sai para comer sua comida preferida (peixe com macarrão), comer pizza e tomar refrigerante. Além de adorar sorvete e picolé de coco, morango, amendoim e milho; tomar água de coco; comer bolo com coca-cola; como também adora comer biscoito Maria e bolacha com suco (FIOCRUZ, 2017).

A partir da narrativa de Daniel, podemos observar que a comida tem um lugar estratégico na vida cotidiana dos nossos interlocutores. Para além do alimento, sempre está associada a encontros, comemorações e festas.

O terraço e a área externa da casa de Daniel, são as partes mais aconchegantes, são os locais que mais correm muito vento, sendo os mais frescos da casa. Percebemos que na medida em que os moradores terminavam de almoçar, circulavam por esses locais para descansar”. Em relação as atividades cotidianas, Daniel forra sua cama e organiza seu quarto... Prefere passar o tempo olhando o movimento da rua pelo terraço e conversando com os amigos e cuidadores (FIOCRUZ, 2017).

Spink (2014) refere que o cotidiano está vinculado a tudo que nos cabe a cada dia, ou seja, a vida experienciada nas ruas, nas instituições e nos cenários familiares. A vida como ela é. Laranjeira no seu cotidiano está sempre ocupada com as atividades domésticas. Sua fama na residência que mora é “saber arear panelas como ninguém”. Durante a pesquisa de campo,

entre idas e vindas onde estávamos sentadas conversando, Laranjeira se ocupava com a cozinha, em que se dividia entre deixar as panelas brilhando, lavar pratos, deixar tudo limpo e voltar para falar sobre algo. Dentre outras atividades que relatou dividir junto às outras moradoras no cuidado com a casa são: passar pano na casa, varrer, lavar roupa e apanhar do varal, fazer o café da tarde, além de ajudar no cuidado de outras moradoras que requerem mais atenção.

Em alguns momentos nos aproximamos da cozinha para conversar com ela e observarmos seu cuidado com as panelas e o orgulho de vê-las brilhando. De acordo com uma moradora da residência ela deixa as panelas como espelho que dá pra ver seu rosto pelo reflexo. Outra moradora da casa contou que tinha lavado os pratos, mas, Laranjeira foi lavar novamente. Nesta hora a beneficiária disparou: “Claro! Não fica como eu lavo!” e todas caíram na risada (FIOCRUZ, 2017).

Observamos na narrativa de Laranjeira que seu cotidiano é centrado nos cuidados voltados para casa e para as outras pessoas que moram com ela. Percebemos um cotidiano

doméstico de muitos afazeres, onde ela ocupa um lugar reconhecido de importância na organização da cozinha. Apresenta certa vaidade até pela habilidade de “ariar as panelas”, o que também conota certa propriedade sobre sua moradia.

Na casa de Flor de Laranjeira, ela e algumas outras moradoras “ajudam na organização da mesa, trazendo as comidas e lavando os pratos. Segundo relatos das cuidadoras, Flor de Laranjeira adora fazer as atividades domésticas” (FIOCRUZ, 2017).

Nas narrativas fica evidente que ela “se dedica a um cuidado da casa diariamente, seja varrendo o quintal, passando pano ou cozinhando”. Em relação a essas atividades, a equipe que apoia Flor de Laranjeira, refere

que essa divisão já gerou algumas discussões como, por exemplo, saber de quem é a roupa de quem... Ela também tem seus momentos de sentar junto e conversar, outra hora fica só deitada em sua cama... Ora acorda, se arruma e já vai varrer a área (FIOCRUZ, 2017).

Flor de Laranjeira, falando do seu cotidiano, relata que o que mais gosta de fazer na casa com as outras moradoras é escutar músicas na rádio (hinos e Roberto Carlos são suas preferidas) e assistir novelas. Diz “que gosta de cozinhar e cortar carne, apesar de não fazer mais esses serviços da casa, pois segundo ela ‘eu cozinhava na minha casa’ (referindo-se à quando morava com os pais)”.

Sentar, deitar, descansar, conversar, escutar música, cuidar da casa, cozinhar... Os afazeres dentro de casa vão moldando a vida cotidiana de Flor de Laranjeira. Interessante seu registro ao falar do gosto em cozinhar, que fazia isso na sua casa referindo-se ao período que morava com os pais.

A análise das narrativas nos leva a articular Heller (2000), ao tratar a heterogeneidade quanto ao conteúdo e significação das nossas atividades, constituída organicamente através da sistematização “do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação” (HELLER, 2000, p. 17-18).

Mari gosta de ajudar na cozinha e na limpeza da casa. Disputa com outra moradora os cuidados com a cozinha, visto que gosta de cozinhar as coisas dela sozinha. Num dos nossos encontros, estava preparando uma carne muito cheirosa. Diz gostar de cozinhar e que faz o almoço todo dia na residência. Tal preferência e prazer são muito evidentes. Um dia, ao apresentar-nos seu quarto, no caminho, passa antes pela cozinha para olhar a carne que está no fogo. Mexe, e depois degusta para provar (FIOCRUZ, 2017).

Observamos o quanto as atividades domésticas marcam o cotidiano das mulheres interlocutoras da pesquisa e como cada uma vivencia esta responsabilidade com ênfases diferentes: Laranjeira na limpeza das panelas, Flor de Laranjeira nos cuidados com a casa e Mari cozinhando.

Entre os homens, encontramos pouco ou quase nada do envolvimento destes com as atividades domésticas. O que entendemos ser a reprodução da cultura ainda vigente: o papel das mulheres vinculadas ao cuidado da casa.

Em relação aos homens, “Arco Íris tem a chave da RT e organiza os seus horários, como por exemplo, quando e onde vai vender seus materiais” (FIOCRUZ, 2017). Ou seja, uma vida mais voltada para fora da casa.

Um elemento que identificamos como novo na vida das pessoas interlocutoras da pesquisa é o desenvolvimento de doenças que têm modificado a rotina das mesmas. Encontramos também atravessamentos atrelados ao avançar da idade dos nossos interlocutores. Vejamos Alice e Mari respectivamente

As meninas não deixam eu cozinhar aqui.” De fato, percebemos que em relação à comida as cuidadoras quem preparam, fazem o almoço (quando chegamos a RT por diversas vezes elas estavam cozinhando). Algumas moradoras a ajudam na organização da mesa, trazendo as comidas e lavando os pratos, Alice é uma delas (FIOCRUZ, 2017).

Alice consegue ter a autonomia de tomar banho só, fazer sua higiene pessoal, mas com supervisão... Também consegue tirar as roupas do varal e varrer o quarto, por exemplo, mas tem dificuldades em realizar outras atividades como se servir nas refeições (presenciamos a cuidadora colocando a comida de Alice no prato enquanto almoçávamos) ou alguma que precise de um maior esforço físico (FIOCRUZ, 2017).

Mari começou a apresentar dificuldades para fazer as atividades costumeiras. Ao procurar ajuda, foi diagnosticada com glaucoma, tendo retomado agora suas atividades em casa, demandando apoio e supervisão das cuidadoras (FIOCRUZ, 2017).

Parece que o cotidiano das nossas interlocutoras, além de se constituir como um processo contínuo de superação das dificuldades advindas de um tempo grande de desabilitação para vida cotidiana, imposta pelo longo tempo de institucionalização; agora também vai se moldando a uma nova condição— o processo de envelhecimento e suas repercussões.

Isto se expressa nitidamente através das narrativas de Alice que passa a demandar apoio para pequenas realizações como tomar banho, fazer seu prato e de Mari que gosta de cozinhar, mas, que por conta do desenvolvimento do glaucoma, tem suas atividades costumeiras reduzidas.

Olhando para as narrativas, o que consideramos é que o cotidiano é construído por cada um de nossos interlocutores de forma muito singular, porém, o mais importante, a nosso ver, é constatar que independente dos estímulos que estes recebem, há uma liberdade de tecer o dia a dia com suas próprias possibilidades.

Às vezes um cotidiano “aparentemente vazio”, mas cheio de sentidos diante da história de cada pessoa, põe-se como aceitável, tolerável e respeitável. Teresinha ao levar os

pesquisadores de campo ao seu quarto, aponta para cama sem colchão, onde “diz não gostar de dormir na cama... que dorme no sofá” (FIOCRUZ, 2017).

Teresinha e seu objeto inseparável, a vasilha de fumo e isqueiros, constantemente ocupava o chão frio e de sombra, na área de serviço da casa, com a vasilha de fumo... Sua TR refere que ela é resistente em sair de casa, mas quando tem algum visitante na RT ela “recebe bem” (FIOCRUZ, 2017).

O ócio, o fumo como integrante de sua forma de ocupar o espaço, o dormir no chão remetem Teresinha a uma condição muito primária e marcada por certa “cronificação”. Entretanto, não obscurecem as suas potencialidades e possibilidades. Mediante o apoio da equipe, vai tecendo contornos próprios e sendo valorizada naquilo que é possível ela desenvolver na sua vida diária.

É isso que vimos nas narrativas dos nossos interlocutores: o direito a ser, estar e viver as coisas mais simples de um dia a dia. É o que De Leonardis *et al* (2001) discutem como espontaneidade da existência, demarcando o cotidiano como aquele estagnante e ao mesmo tempo, inexaurível, incompleto e que sempre escapa às formas e às estruturas.

4.3.7 Resgate dos laços e os novos encontros

Analizando nossas narrativas, podemos falar dos laços afetivos de diferentes formas, a partir da resignificação de antigos laços até a construção de novas relações com variados enfoques.

Chama-nos atenção entretanto, aqueles que se dão dentro das residências terapêuticas, vivenciados por alguns dos nossos interlocutores como uma sólida amizade.

Daniel ao falar dos laços construídos no hospital psiquiátrico onde esteve internado, fala de um amigo que também é morador da residência. Sobre esse amigo diz: ‘é meu amigão. Eu converso coisas da minha vida a ele’ (FIOCRUZ, 2017).

Na narrativa de Jéssica, encontramos: “eu não tenho amigas fora daqui não, mulé. As meninas e cuidadoras é que são minhas amigas”. Ao nos debruçarmos sobre os registros das pesquisadoras de campo quanto a sua narrativa, como também a de Laranjeira, temos:

Observamos que o cuidado, a família que constituíram, o afeto que está presente em todos os gestos, até a forma como os objetos estão dispostos na casa, tem anos de construção e transparecem durante toda conversa (FIOCRUZ, 2017).

É importante ressaltar que Daniel, Jéssica e Laranjeira conseguiram de alguma forma reforçar os laços familiares com o processo de desinstitucionalização, mas, ainda assim, parece que terminaram por construir nas residências em que moram laços afetivos bem importantes, que passam a configurar uma nova referência afetiva.

Tal experiência termina por imprimir relações de solidariedade e de cuidado entre os moradores das residências. Vejamos Mari que é descrita pela sua técnica de referência como uma pessoa que tem “um bom relacionamento com todas na casa e que pensa sempre em todas, preparando a comida para elas, comprando o que falta” (FIOCRUZ, 2017).

Ao analisar as narrativas acima, nos remetemos à função do SRT que tem como caráter fundamental propiciar o convívio social, dentre outros, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (Brasil, 2011). Nas narrativas analisadas, esta função parece está sendo exercida.

Observamos ainda que como fruto do processo de desinstitucionalização, outros laços se constroem para além da moradia, como por exemplo, a vizinhança e relações amorosas.

Mari não fez amizade com muitos vizinhos. Não tem muito contato com eles, apenas quando vai à venda, mas, “não estabeleceu amizade com ninguém especificamente”, embora, relate que tem uma vizinha que costuma ir às festas na RT e que leva presente para todas (FIOCRUZ, 2017).

Em relação a vizinhança, Jéssica e outras moradora relembram que quando uma das moradoras passou mal, o vizinho que mora em frente ajudou a socorrê-la. Apontando para casa do vizinho, lembraram que é o mesmo que “sempre dava cana-de-açúcar pra gente”, mostrando que mesmo pouca, existia uma interação com os vizinhos (FIOCRUZ, 2017).

Daniel revela que fora da casa não tem amigos, Os vizinhos são conhecidos seus, mas, não tem relação estreita. Conta ter aproximação com um vizinho que mora em frente, mas que ele trabalha durante o dia e só chega à noite, o que dificulta um pouco o contato e a convivência (FIOCRUZ, 2017).

Analisando as narrativas acima, a relação com a vizinhança nos chamou a atenção. Ela existe, mas, na maioria, sem muitas aproximações. O que talvez sinalize pouca abertura das residências terapêuticas, em especial, para o estabelecimento de relações mais estreitas com entorno comunitário.

A vida amorosa é outro aspecto. Jéssica, por exemplo, namora com uma mesma pessoa há onze anos. Foi a única interlocutora que apresentou um relacionamento amoroso. Ainda assim, observamos pelos registros dos pesquisadores de campo que, atualmente, dados alguns problemas referentes a presença do namorado de Jéssica na residência em que mora, os dois marcam seus encontros fora da casa (FIOCRUZ, 2017).

Encontramos como achados, vínculos perdidos com as famílias de origem que foram resgatados. Tais acontecimentos ora parecem ser fruto de sucessivas reaproximações dos nossos interlocutores com suas famílias de origem, especialmente após a desospitalização, e outras surgem a partir de descobertas que são feitas. Parece que ao perder o paradeiro do ente querido, algumas famílias mantêm a busca ativa e terminam por encontrar.

Sobre esta situação, temos Arco Iris que foi encontrado via internet pela irmã e após conversas ambos resolveram voltar a morar juntos. “Arco Iris durante a pesquisa sempre falou sobre seu amor pela irmã, com a qual foi morar, alegando ter a perdoado, pois hoje entendia que muitas das ações praticadas por ela, foi por falta de orientação” (FIOCRUZ, 2017).

Assim também aconteceu com Laranjeira. Uma de suas filhas conseguiu descobrir, via internet, que a mãe tinha ido para uma residência terapêutica e ligou para conversar com a técnica de referência. Mandou fotos do filho.

Quis saber como a mãe está e chegou a ir visitá-la. Entretanto, a beneficiária não quis muito contato, demonstrando pouca aproximação e a filha não insistiu nessa relação, procurando o afastamento, de acordo com a técnica (FIOCRUZ, 2017).

Para alguns de nossos interlocutores e seus familiares, os laços vão sendo resignificados a partir da nova moradia. Jéssica, ao referir-se ao filho, diz: “ele vem sempre aqui. Fica com a gente, almoça, ele e a namorada... chama de minha mãe” (FIOCRUZ, 2017).

Daniel, tem sete irmãos, tendo mais contato com dois destes. Sua irmã, costuma visitá-lo com a filha e o genro e juntos saem para passear.

Uma das cuidadoras refirmou que a relação familiar é boa e que sempre procuram saber como ele está, vem visitá-lo e o levam para passear.... Enquanto contava para gente manteve um olhar saudoso, algumas palavras saiam devagar da sua boca e suspiros fizeram parte do seu discurso. A memória afetiva da família fez com que Daniel se emocionasse enquanto rememorava os passeios (FIOCRUZ, 2017).

Giovanni refere que

hoje o seu irmão está sempre ao seu lado, auxiliando nas questões burocráticas... Diz que recebe a pensão da mãe graças ao irmão. Percebemos companheirismo e cuidado do irmão nos relatos de Giovanni, quando há registros acerca do fato do irmão leva-lo para almoçar e indo visita-lo na sua casa (FIOCRUZ, 2017).

As histórias de vida de Arco Iris, Laranjeira, Daniel, Jéssica e Giovanni (metade dos interlocutores do nosso estudo) mostram como as relações com familiares são importantes para os seus processos e como há um reposicionamento da própria família no cenário da desinstitucionalização. É como se a experiência de encontrar, de ver as pessoas de uma outra forma, diferentemente daquela condição no momento da crise que motivou a internação psiquiátrica ou daquele padrão de comportamento assumido dentro do hospital (massificado), vislumbra outras possibilidades de relação e permitisse também a construção de créditos nas pessoas.

Arenari e Dutra (2016), tratando do agravamento da situação das pessoas que usam crack, retratam que este resulta “de um longo processo de desfiliação social, em virtude do acesso

precário as instituições formadoras da ‘pessoa’, com destaque para a família” (ARENARI; DUTRA, 2016, p. 206).

Desta forma, entendemos que as possibilidades produzidas pela desinstitucionalização, dá aos nossos interlocutores outros recursos que possibilitam agora construir filiações diversificadas e necessárias, como inclusive, a retomada dos laços familiares.

De uma forma geral as narrativas expressam a potência das relações afetivas, de como estas implicam no “aumento de capacidade contratual” dos nossos interlocutores. Como diz Saraceno (1999), a desabilitação passa também pelo empobrecimento quantitativo e qualitativo da rede social. A troca de identidades é associada a rede social, seja ela a família ou a grupo social ampliado.

4.3.8 As narrativas sobre si como teorizações de auto sustentação

Parece que cada sujeito e sujeita interlocutor/a da pesquisa, no seu percurso, vai constituindo suas próprias teorias a respeito dos acontecimentos na sua vida. Teorias estas, muito distantes do registro psicopatológico ao que foram inscritos por tanto tempo.

Nossos interlocutores apresentam esforços para fazer uma nova inscrição subjetiva que, a nosso ver, funcionam como estratégias singulares de explicar para si próprio, as conexões entre as coisas ou como tentativas de lidar com o sofrimento produzido pelas condições aos quais foram submetidos. E o que aparentemente não tem lógica, toma completo sentido diante da história de cada um.

Arco Iris, ao rememorar sua história, relata que

preferiria ter ido para um orfanato na época, em São Paulo, pois lá, segundo ele, teria mais chances, principalmente em relação à educação, um grande interesse que ele tem até hoje. Arco Íris diz que sua família era muito pobre, e não tinham interesse pelo estudo (FIOCRUZ, 2017).

Parece que Arco Iris tenta justificar seu curso de vida pela ausência dos estudos. E nas conjecturas sobre o que poderia ter sido sua vida, sinaliza como um possível e melhor desfecho o orfanato no lugar da moradia com a tia após a morte da mãe. Talvez esteja também se referindo a algum tipo de amparo que não teve e que avalia que se tivesse, poderia ter feito um percurso diferente.

Daniel apresenta problemas decorrentes de um acidente vascular cerebral (AVC) e recentemente, no período da pesquisa, foi diagnosticado com câncer. Tais problemas produzem

sofrimento e traz para sua vida algumas limitações. Diante de tal situação, Daniel construiu uma teoria própria que parece deixa-lo numa situação mais confortável.

Declarou ser ex-combatente e durante esse período seu braço foi machucado por uma granada na batalha em que ele matava palestinos. Referiu que matava palestinos “para defender a pátria da gente, não é mesmo?” e por isso, quando voltou da guerra ganhou uma medalha... Também complementou que quando foi para esta guerra em Cuba, “Deus o guardou” e passados poucos anos (não soube dizer quantos) saiu cheio de “perebas”, referindo-se as feridas e “fraqueza no braço”. Continuou dizendo que uma granada feriu seu braço e sua perna, e dessa forma, o deixou “entrevado”, com movimentos limitados até os dias de hoje (FIOCRUZ, 2017).

Daniel não deixa de ser de fato um ex-combatente, não contra palestinos, mas contra uma gama de opressões que sofreu durante anos num longo período de internamento para não morrer subjetivamente. A sua verdade, a guerra, metáfora para nós, fala sim de uma batalha pela vida e do adoecimento como também fruto desta guerra. O câncer que porta, é fruto de um conjunto de causas. Ainda assim, a sobrevivência após a guerra (a internação) preserva a sua doçura e a sua fé, características ressaltadas pelos registros dos pesquisadores de campo.

A fé na vida de Daniel se configura como elemento importante para sustentar a vida: “agora eu ‘tô’ bom. Jesus me curou” (FIOCRUZ, 2017). Por várias vezes ele repetiu em sua fala que deve sua vida a Deus e que nele tudo pode e tudo crê.

Atualmente gosta de pregar o evangelho para os amigos da residência e as pessoas que tem mais contato no cotidiano, como cuidadores, profissionais de saúde e familiares. Começou dizendo que “o rei Adam morreu de uma enfermidade muito feia”, pois “ele não acreditava em Deus e nem nos médicos” e morreu de câncer no pé, “muito triste e solitário”. Neste momento Daniel se emocionou e caiu no choro (FIOCRUZ, 2017).

Como tantas pessoas, Daniel, exercendo o direito de professar publicamente sua fé, busca o conforto para atenuar suas dores e enfrentar o sofrimento advindo do seu curso de vida e da sua condição clínica atual.

Podemos também falar de Belo que, para explicar seus posicionamentos e se comunicar a partir dos seus desejos/escolhas, transita num percurso marcado de dualidades como “feio e bonito”, “morrer e viver”, “pecado” (FIOCRUZ, 2017).

Observemos quando o mesmo ao ser indagado sobre ser feliz na residência, responde que “feliz é uma palavra feia”, ou quando, “está conversando com alguém que ele gosta, ele diz que está vivo e quando ele não quer conversar ou falar com alguém, ele diz que já morreu” (FIOCRUZ, 2017).

Retrata sua experiência durante as internações, diz que morreu no hospital, que levou choque lá... Diz que já morreu, engasgado, que faz tempo. Que foi ao hospital, o doutor disse para ele não fazer mais isso. Ele faz gestos com a mão, em frente a garganta para mostrar onde o osso ficou e diz que o médico não tirou, que ficou na sua “goela” e que

ainda está. Chama-nos atenção, uma das técnicas de referência pedir para ele contar a história da galinha e a pergunta se ele saiu vivo ou morto do hospital (FIOCRUZ, 2017).

Tal passagem nos remete a Deleuze (2013), ao tratar da morte como “coextensiva à vida e como feita de uma multiplicidade de mortes parciais” (DELEUZE, 2013, p. 102).

Percebemos que Belo, de alguma forma, expressa uma trajetória marcada por várias mortes e vidas, dada as mortes de seu amigo de São Paulo e de sua mãe, o rompimento com a família, ao longo tempo de institucionalização em diferentes instituições de naturezas asilares.

Foram vinte anos de reclusão. Experiências tão dolorosas que até os dias atuais se fazem presentes. O osso da galinha que ficou na sua “goela” expressa de alguma forma isso. Belo termina por materializar tais dores e dificuldades nas suas narrativas cotidianas, de forma a guiar sua postura frente aquilo que é ou não é suportável.

Outro elemento encontrado nas nossas narrativas são as teorizações que também expressam o sistema de opressão existente na nossa sociedade. Os nossos interlocutores vítimas de um emaranhado de violências, também nas suas teorizações incorporam valores que conotam diferentes formas de opressão.

Arco Íris fala “da ideia da ‘linhagem pura’, recorrendo à experiência alemã com os judeus”. Em algum momento comenta que o fato da irmã ter casado com um primo, “era menos ruim porque era com alguém da família” (FIOCRUZ, 2017).

Belo, por sua vez, diz não gostar de dinheiro, que “dinheiro é pecado”, expressando sua ambivalência sobre o dinheiro e exigindo da equipe que o apoia estímulos para buscar e usar o recurso. Mesmo este, em alguns momentos, fazendo usufruto do recurso para comprar pão, frutas...

traz muito no seu discurso, a macumba como algo ruim. Vez ou outra trazia algo sobre “macumba” e fazer “macumba na encruzilhada”. Assim fez referência ao ocorrido no seu passado e assim remete em alguns momentos ao dinheiro, quando tem resistência a ir pegar dinheiro no banco ou não querer usá-lo... O dinheiro dele é pago pela caixa econômica que fica no bairro da Encruzilhada (FIOCRUZ, 2017).

“A macumba” é a explicação para todo o desenrolar da vida de Belo. Sob seus efeitos, ele mata a mãe, ele renega o dinheiro, ele se recusa ir ao banco. Forma de teorizar algo que ele não sustenta subjetivamente.

Observamos que tanto Arco Iris como Belo trazem nas suas leituras singulares resquícios de uma cultura higienista e racista respectivamente. Quando Arco Iris associa “purismo racial” à dignidade e Belo “macumba” ao mal, entendemos que nossos interlocutores, vivendo em sociedade, também reproduzem nas suas ideias e ações os valores nela existentes. Materializam-

se outras formas de opressões que nossos interlocutores, por estarem inseridos nesta sociedade, também incorporam.

Parece que as vivências observadas através das narrativas, em diferentes momentos, ao se articularem, vão imprimindo uma conotação revolucionária, tomando como referência as diferentes histórias de vida atravessadas por opressões.

Dizemos revolucionária, dada as transformações subjetivas que vão ocorrendo à medida que o sentimento de pertencimento à casa, a um grupo, se desenvolve. É o que Lobosque (2003), citando Deleuze (1992), chama de constituição de uma “espontaneidade rebelde” (DELEUZE, 1992 apud LOBOSQUE, 2003, p. 183), quando os sujeitos (individualmente ou coletivamente) escapam ao que está constituído ao seu respeito. É isso que vemos ao nos debruçarmos sobre as teorizações dos nossos interlocutores, uma forma de fugir ao lugar pré-determinado e construir outros caminhos de ser, de se ver, de explicar, fora do circuito psicopatológico.

Fazendo uma retrospectiva dos resultados sistematizados e discutidos neste capítulo, ao encontrar neles questões tão óbvias quanto a vida, nos indagamos: o que de novo está se revelando?

De imediato nos deparamos com a constatação de que a preciosidade do presente estudo não paira na novidade de algo não conhecido, mas, na possibilidade de visibilizar como os percursos na vida vão interferindo nas subjetividades e como as opressões que se sobrepõe sobre as pessoas vão repercutindo na vida.

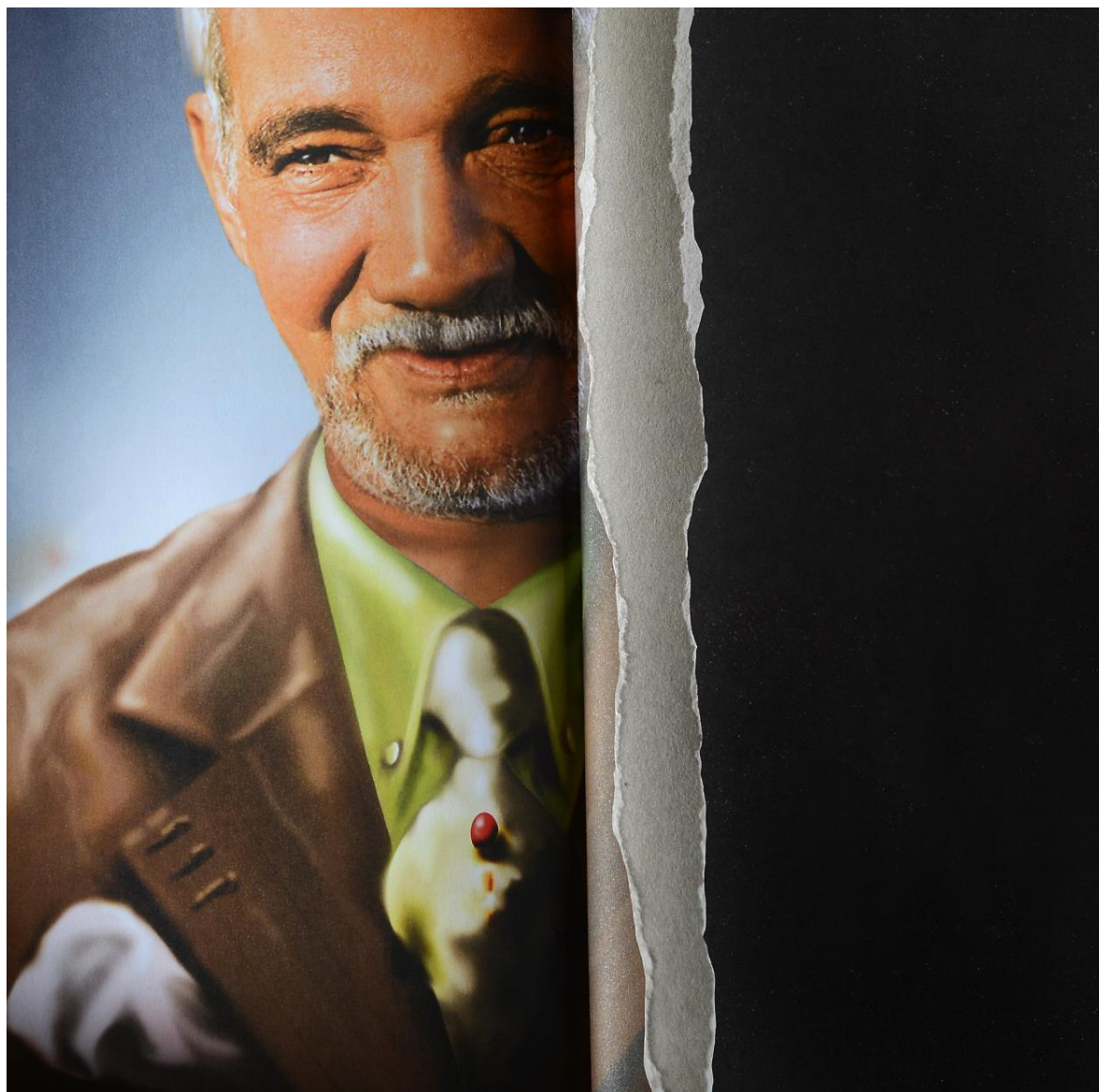
Outro elemento que destacamos nesse processo de visibilização é como estas pessoas, ao poderem acessar condições mínimas e dignas de sobrevivência que as reconhecem e as recolocam numa dimensão humana, conseguem de forma singular redirecionar e reinventar uma nova história, capaz de tensionar os axiomas morais, psicopatológicos e prescritivos da vida.

Não falamos de uma história idealizada, perfeita e de plena felicidade (isso não pertence à realidade), mas de uma história possível, factível, produzida a partir de relações e dramas humanos, que numa retroalimentação vão sustentando a vida frente aos obstáculos objetivos e subjetivos, do passado e do presente.

Nesta perspectiva, nos parece que a riqueza deste estudo também consiste nas possibilidades, a partir dos seus achados, de produzir reflexões e novas questões de natureza prática para o campo da saúde mental. São muitos os desafios do ponto de vista paradigmático, como também, da sustentação e operação da dimensão técnica-política no que se refere a

concretização dos princípios da desinstitucionalização. Sobre isto, falaremos nas considerações finais.

Foto 4 – Páginas duplas do livro Casou no Papel de Luiz Santos



Fonte: (SANTOS, 2017, p. 110- 111)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Faz escuro, mas eu canto
 porque amanhã vai chegar.
 Vem ver comigo companheiro
 vai ser lindo, a cor do mundo mudar.
 Vale a pena não dormir para esperar,
 porque amanhã vai chegar.
 Já é madrugada vem o sol quero alegria.
 Que é para esquecer o que eu sofria.
 Quem sofre fica acordado
 defendendo o coração.
 Vem comigo multidão,
 trabalhar pela alegria.
 Que amanhã é outro dia.”
 (MELLO, 2017)

Inicialmente é importante registrar que esta pesquisa não teve a pretensão de dar conta de todas as possibilidades de análise das narrativas estudadas. Consideramos que o que encontramos dão margem às várias perspectivas analíticas e até mesmo a questões que demandam e podem produzir novos estudos.

Conforme exposto anteriormente, o objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar as repercussões do processo de desinstitucionalização no cotidiano das pessoas e os objetivos específicos, a saber: identificar o curso de vida das pessoas antes e durante a internação psiquiátrica; visibilizar as repercussões do processo de desinstitucionalização no cotidiano das pessoas e compreender a produção de novas subjetividades em contextos de desinstitucionalização.

Avaliamos, quanto ao atendimento desses objetivos, que conseguimos razoavelmente atender esta ousada tarefa, considerando que ao final visibilizamos o curso de vida dos nossos interlocutores, articulando-os com subsequentes acontecimentos antes, durante e após internação psiquiátrica de longa permanência. Conseguimos também analisar as repercussões da desinstitucionalização nos micros processos do cotidiano das pessoas e suas implicações para o desenvolvimento de novas subjetividades.

Como já sinalizado anteriormente, constatamos que, nesse processo de visibilização, as pessoas interlocutoras da pesquisa ao poderem acessar condições mínimas e dignas de sobrevivência que as reconhecem e as recolocam numa dimensão humana, conseguem de forma singular redirecionar e reinventar uma nova história.

No estudo fica evidente como não há um padrão de explicação sobre as coisas e de respostas para todas as situações e pessoas. Identificamos que a vida dos nossos interlocutores mudou para melhor com o processo de desinstitucionalização e que as vivências que garantem a sustentabilidade de sua existência é justamente a reafirmação cotidiana e processual dos mesmos como seres desejantes.

Não temos dúvidas que existem lacunas no estudo que demandam outros olhares e análises, uma vez que na condição de pesquisadora ativista, no processo de afetação, é natural que alguns elementos se ressaltem mais que outros, a partir do que nos mobiliza mais fortemente.

Nesta perspectiva, nos parece que a riqueza deste estudo também consiste nas possibilidades, a partir dos seus achados, de produzir reflexões e novas questões de natureza prática para o campo da saúde mental. São muitos os desafios do ponto de vista paradigmático, como também da sustentação e operação da dimensão técnica-política no que se refere a concretização dos princípios da desinstitucionalização.

Escrever esta tese foi um exercício visceral que demandou articulação teórica, com nossa experiência de vida e profissional, assim com a própria militância política no campo da saúde mental.

Embora o presente estudo tenha se dado a partir de narrativas produzidas de uma outra pesquisa da qual participamos, foi desenvolvido com vivacidade em todo seu percurso, dialogando com as pessoas interlocutoras da pesquisa. Tivemos continuamente ao lado de Alice, Flor de Laranjeira, Jéssica, Laranjeira, Mari, Teresinha, Arco Iris, Belo, Daniel e Giovanni. Cada parágrafo escrito se dava na interlocução com os mesmos. A presença destas mulheres e destes homens foram permanente e viva na construção dessa tese.

Dito isto, agora podemos transcorrer sobre a síntese dos achados de cada subcapítulo da discussão dos resultados, atrelados aos desafios que se impõe do ponto de vista da clínica e da política psicossocial, especialmente em tempos de contra-reforma psiquiátrica (PINHO, 2019b) e de remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Em relação ao curso de vida antes e durante a internação psiquiátrica de longa permanência, vimos a partir dos nossos achados, que quem chega ao manicômio (nove dos nossos interlocutores) é um determinado coletivo marcado pela desigualdade estrutural de classe.

Encontramos, nos vários relatos, alguns acontecimentos comuns antes da internação que evidenciam um percurso atravessado por muitas precariedades. Nitidamente nas várias histórias de vida, visibilizamos as repercussões dos marcadores sociais estruturais como classe, gênero e raça.

Atravessamentos estes que expressam opressões importantes como violência doméstica e familiar, não acesso à escola, trabalho infantil, diferentes itinerâncias oriundas de vivências conflituosas e de situações de rejeição nos espaços de convivência. Situações que se estendem à vida adulta com conflitos intrafamiliares e com aparente desassistência psicossocial.

Ao nos lançarmos sobre o curso de vida das pessoas, apenas um dos nossos interlocutores, Giovanni, oriundo de uma classe social diferenciada dos demais interlocutores, acumula melhores condições tanto no processo de institucionalização quanto no de desinstitucionalização. Observamos que durante a internação, embora sob o controle perverso dos aparatos manicomiais, Giovanni recebe um tratamento particular no que se refere a saídas do hospital, compra de insumos e acesso à família. No processo de desinstitucionalização, usufruindo de três rendas (benefício, aposentaria e pensão), nosso interlocutor se mostra com mais recursos para circular a cidade e construir criticidade sobre seu mundo.

Vimos que ao mesmo tempo que o hospital psiquiátrico se coloca para familiares como destino absoluto dos seus entes, funciona como mais um recurso de violência que termina por apagar e encobrir todas as mazelas vivenciadas até a internação.

Dentro do hospital, para muitos dos nossos interlocutores, não há documentos, história passada, rastro. São corpos que se submetem a um mesmo cenário e condições que vão desde a pouca e “ruim” comida, a hipermedicação, aos “eletrochoques” como castigo, a privação de liberdade e variadas violências institucionais como o uso da mão de obra das pessoas internadas e agressões físicas, por exemplo. Contexto este que se fundamenta no abandono familiar e social e na negação de determinadas existências.

Tais achados reafirmam nosso pressuposto de que os efeitos da institucionalização são aniquilantes, uma vez que estes produzem perdas do ponto vista da saúde, da capacidade cognitiva e funcional, além de certa paralisação que acomete as pessoas quanto à iniciativa necessária para tocar a vida cotidianamente.

Observamos que a vivência das violências institucionais se constituem de forma diferente para as mulheres, com certa ênfase e de forma mais visceral, violando diretamente seus corpos e feminilidade. Identificamos nas suas narrativas múltiplas menções a situações de

violência sofridas de diferentes naturezas: física, doméstica, sexual e psicológica. Pensando na atual realidade dos serviços, entendemos que muitas vezes estes históricos que infelizmente marcam as mulheres, não são valorizados o suficiente para compreensão de seu sofrimento. O silenciamento destas opressões é efetivado pelo manicômio, mas parece se estender para além dele, o que se coloca também como desafio.

Diante dos achados, nos remetemos ao modo como o manicômio apaga a história das pessoas e, na sua objetivação, as inscrevem unicamente no registro psicopatológico. Tal perspectiva nos leva a colocar como desafio contemporâneo para os serviços que operam os processos de desinstitucionalização, a radical centralidade nas pessoas na condição de seres históricos e desejantes.

Tal prerrogativa só é possível através do caminho da escuta e do convívio. Ou seja, enxergar e compreender quem são as pessoas para além do seus diagnósticos que nada mais são do que uma construção cultural para escamotear os atravessamentos das manifestações de sofrimento. Observamos um esforço, diferentemente do manicômio, dos serviços substitutivos referenciados nesta tese, em imprimir movimentos baseados na escuta e convívio. Entretanto, pareceu-nos que ainda apresenta dificuldades em fazer o encontro com as pessoas, livres das normativas patologizantes.

Neste sentido, faz-se necessário refletir sobre o quanto da história das pessoas é perseguido e valorizado nos processos de desinstitucionalização em curso. Um passado que muitas vezes não se mostra nitidamente, mas que precisa ser escutado para reconectar aquilo que é possível e necessário para cada sujeito. Não ficou claro durante a pesquisa como este percurso é desenhado pelos profissionais de apoio, ou seja, como constroem este caminho de resgate do passado dos nossos interlocutores.

Algumas vezes nos bastidores da pesquisa, nos deparamos com situações onde os profissionais não reconheciam ou não valorizavam o que emergia na narrativa dos mesmos. Temos por exemplo o caso de Flor de Laranjeira, ao relembrar durante a pesquisa de campo, que morava numa usina em Vicência próxima de Goiana, cujo nome é Laranjeira. Observamos que as cuidadoras e TR da residência não sabiam dessa informação acerca da beneficiária, embora os pesquisadores de campo tenham encontrado na internet referência quanto a existência desta usina.

Isto nos remete a perguntar no quanto se escuta e se investe em estratégias que permitam, dentro do possível, para cada pessoa, sua reconexão com o passado. Algumas vezes nos pareceu

que as histórias escritas de relatórios e prontuários terminavam por compor o mosaico de recortes da vida e que as narrativas dos nossos interlocutores nem sempre pareciam ter sido incorporadas efetivamente a este mosaico.

Em relação às repercussões da desinstitucionalização na vida das pessoas, vimos que a moradia junto a garantia de acesso ao CAPS e à renda, foram fundamentais para que articuladamente nossos interlocutores experimentassem de diferentes formas os sentimentos de propriedade, pertencimento e reciprocidade que culminam na sustentabilidade da existência singular fora do hospital.

Enquanto o manicômio negava a existência, desubjetivando as pessoas a partir do mandato de controle e de encobrimento das contradições e opressões sociais, a nova realidade de viver fora dos muros é construída diariamente mediante apoio contínuo e permanente que toma como central a escuta e a convivência. Uma escuta, a nosso ver, centrada nos laços sociais que vai permitindo enxergar e compreender as brechas que cada pessoa vai sinalizando para seu processo. Neste sentido, os resultados reafirmam os nossos pressupostos de que os efeitos da desinstitucionalização são reconstitutivos.

Posto isto, colocamos como condição *sine qua non* que as moradias e os CAPS na condição de instituições substitutivas, possam se instituir-se permanentemente como “instituições inventadas”, capazes de adentrar o universo das pessoas e ajudá-las para que elas mesmas façam seu percurso de desinstitucionalização.

Na atualidade, mais do que nunca, há necessidade destas instituições apostarem nas pessoas para que o novo e o inusitado encontre passagem. Observamos que estes serviços se organizam nesta perspectiva, mas, ainda assim, parecem não focar o suficiente em tal referência. As lentes e registros psicopatológicos ainda influenciam fortemente a escuta dos sujeitos, o que em alguns momentos parece atravessar e prejudicar esta construção processual e inacabada dos sentimentos de apropriação, pertencimento e reciprocidade, fraturando em alguns momentos, o apoio aos processos de desinstitucionalização em curso.

Parece-nos que os operadores da gestão e da prática psicossocial não têm primado pelo olhar autocrítico no sentido de desvelar as contradições e a partir delas se refazer. Tivemos a impressão, em alguns momentos, nas nossa vivências durante a pesquisa, que as pessoas não têm sido as únicas guias de seus próprios processos. Os aparatos que formataram a doença e a institucionalização ainda se fazem presentes no caminho.

Ao olhar para os achados que tratam de trajetórias dentro de um processo de desinstitucionalização num período médio entre dez (10) e quinze (15) anos, identificamos que, a princípio, todos os percursos analisados parecem apresentar esta costura singular entre escuta, aceitação, estímulo e respeito ao tempo de cada um. Diante disto, pomos novas questões para as residências terapêuticas e para os CAPS na contemporaneidade.

Identificamos que a reconstituição das pessoas se dá prioritariamente a partir da dimensão relacional que se configura através do estabelecimento do vínculo entre as pessoas, do processo de apropriação sobre si e sobre as coisas e do sentimento de pertencimento.

De imediato, estes resultados nos levam a levantar alguns desafios quanto aos pilares que sustentam as relações que são estabelecidas pelos serviços substitutivos no processo de desinstitucionalização e na prática da reabilitação psicossocial.

Considerando a realidade atual de Recife que tem à frente no processo de cogestão das casas, duas entidades filantrópicas e apresenta na atualidade, conforme sinalizado no marco teórico, uma condução baseada na burocratização da administração das residências terapêuticas; presumimos que existem riscos desta realidade minar o necessário processo de desinstitucionalização centrado nos sujeitos. A terceirização da gestão destes serviços através de organizações sociais parece não concatenar com a perspectiva necessária para o desenvolvimento de processos de desinstitucionalização.

O nosso estudo produz, com seus resultados, reflexões que nos levam a apontar que construir referências organizativas que guiem os profissionais nas suas práticas é importante, desde que não padronizam condutas e estabeleçam protocolos. Nos nossos achados ficam evidentes que não são os roteiros fixos e pré-estabelecidos que produzem mudanças, mas justamente a abertura de espaços de experiências vivas que convocam os sujeitos a se colocarem, aos seus modos, na vida.

Parece que a velha/nova reflexão de Basaglia (1995) ganha mais força nos tempos atuais. Não mais dentro do manicômio, mas dentro das novas instituições que se dispõem a serem inventadas. Realmente são? Seus operadores na realidade atual da cidade do Recife estão sendo convocados para a “tarefa terapêutica orientadora” com a responsabilidade de adaptar e administrar pessoas ou para serem facilitadores na construção do poder contratual das pessoas?

Basaglia (1985) já apontava que relações assimétricas de poder impossibilitam a reciprocidade e no nosso estudo, ficou evidente que o real processo de desinstitucionalização

só se dá numa perspectiva que tome este eixo como central. Sem reciprocidade não se constrói emancipação, a qual tratamos nesta tese, como fruto do exercício do poder contratual.

Considerando o tempo de desinstitucionalização dos nossos interlocutores e o que encontramos como construção dos seus processos singulares, chegamos com este estudo a sistematização de lentes que podem ajudar os operadores do campo da saúde mental a olhar e analisar suas práticas cotidianas.

Os achados desta tese nos levam a reafirmar que a gestão de projetos de reabilitação psicossocial não podem definitivamente ser sinônimos de administração de vidas e de casas.

No que tange aos CAPS, verificamos que os significados a ele atribuídos no passado por nossos interlocutores são relativos a lugar de encontro, festas, oficinas e trocas. Observamos pelas narrativas, o reconhecimento da mudança do perfil do serviço na atualidade, caracterizado prioritariamente por consultas médicas e dispensação de medicação (assistência também importante). Indagamos, porém, considerando os nossos achados, o que de fato podem estes serviços ofertar as pessoas em processo de desinstitucionalização?

Entendemos que não há regras. Para alguns pode ser apenas a consulta médica, para outros há demanda de variadas intervenções. Talvez o que seja mais importante ressaltar, dada a nossa experiência no campo da saúde mental, seja retomar o lugar do CAPS não só como referência para a crise, mas também de reabilitação psicossocial, de construção de laços sociais.

Em que registro os CAPS do Recife operam na atualidade quanto ao processo de desinstitucionalização? Observamos na discussão dos resultados como estes serviços foram importantes para o percurso das pessoas interlocutoras da pesquisa e como seu apoio se configurou como uma ancoragem no momento de transição do hospital para a casa, o que até os dias atuais reverbera na memória dos nossos interlocutores.

Em relação ao processo de produção de novas subjetividades no cotidiano das pessoas dentro da dimensão da desinstitucionalização, observamos que estas, dentre várias, se expressam a partir da apropriação sobre a própria vida e as coisas; o aumento do poder contratual e o acesso à cidade; a construção de criticidade e de tomada de decisão; o direito a viver os prazeres, dores e conflitos inerentes à vida; a possibilidade de experienciar a vivência da banalidade do cotidiano; o acesso aos cuidados em saúde; o resgate dos velhos e construção dos novos laços afetivos e a elaboração das próprias teorizações acerca da vida.

A pesquisa de uma forma geral reafirma o nosso pressuposto de que as repercussões da desinstitucionalização materializam-se sim a partir da relação: curso de vida e cotidiano baseado na dimensão relacional de reciprocidade e pertencimento.

Diante dos achados, constatamos como as novas subjetividades vão se construindo e se moldando a partir e no âmbito relacional. Entretanto, ao nos depararmos com alguns elementos, especialmente aqueles que produzem tensões entre a tutela e contratualidade, observamos que alguns desafios se colocam, principalmente nos micro processos para o desenvolvimento do cuidado e da reabilitação psicossocial. Destacamos a seguir alguns deles.

Compreendemos, por exemplo, que o passeio para nossos interlocutores significa mais do que uma saída. Significa também a possibilidade de viver o diferente e de habitar a cidade. Não seria função das moradias também fazer esta ponte?

Entendemos que um passeio com sete ou mais moradores de uma residência requer toda uma logística, entretanto, parece que o problema não é este e sim o fato de que esta prática não tem se colocado como um recurso reabilitador prioritário. A história de Arco Iris mostra-nos também a necessidade de utilização deste recurso de forma singular. Escapar da massificação do manicômio, imprimindo olhares e intervenções singulares nas moradias, parece constituir-se como um grande desafio.

Considerando as narrativas discutidas, observamos que nas entrelinhas do processo dos nossos interlocutores, para alguns destes, há uma demanda de apoio mais diretivo e intensificado para viabilizar as atividades cotidianas. Entretanto, em algumas situações, chamamos a atenção o fato de que este apoio termina por centralizar o poder de decisão ou do próprio fazer nas mãos dos profissionais.

Tomamos o apoio como necessário. Entretanto, sua prática deve ser capaz de problematizar ou possibilitar, ainda que limitada, uma maior construção de autonomia das pessoas. No lugar de uma pretensa resolutividade absoluta, com produção de respostas prontas, o indicativo é de que permita às pessoas construírem suas próprias respostas.

Temos como exemplo o caso de Jéssica que para construção da mediação de um conflito entre o namorado e as demais moradoras de sua residência, pareceu-nos que foi a TR que conseguiu dar a condução, tendo a própria Jéssica talvez, esta possibilidade. Será que não cabia a ela resolver esta situação?

Não temos elementos suficientes e nem pretensão de sinalizar qualquer resposta definitiva ou avaliar os encaminhamentos dados ao caso como certo ou errado. A intenção é

apenas olhar as situações e levantar questões que podem vir a produzir reflexões sobre os processos de mediação e decisão dentro das moradias protegidas.

Outro elemento importante foi perceber que a maioria dos nossos interlocutores, mesmo muito ativos quanto ao planejamento de suas festas de aniversário e com condições mínimas de organização psíquica e funcional, não sabiam responder a data da celebração de suas vidas e nem tinham acesso imediato aos seus documentos. Isto se expressou, por exemplo, no caso de Daniel que não soube responder sobre sua data de aniversário e, ao ser comunicado pelas pesquisadoras de campo, mostrou-se alegre em saber o dia exato e falou que não esqueceria mais.

Observamos que na maior parte das vezes as cuidadoras também são as que ficam com a chave da casa. Para abrir a porta os moradores da residência precisam chamar a cuidadora do dia, visto que as chaves ficam guardadas com elas. Para que os moradores saiam, precisam pedir.

Entendemos que tal questão é delicada, dada a responsabilidade das cuidadoras e as necessidades de apoio e cuidado que alguns dos nossos interlocutores demandam por dificuldades de várias ordens. Porém, a pergunta que insiste é se esta medida está sendo usada com racionalidade no sentido de enxergar a necessidade singular de cada pessoa.

Pudemos perceber tensão de natureza parecida também no que se refere às compras. Para os mais velhos ou aqueles com limitação física, as compras de roupa, objetos de uso pessoal, por exemplo, na maioria das vezes, são realizadas pelas cuidadoras. Já que uma boa parte dos nossos interlocutores apresentam mais de uma renda, não seria possível tomar um transporte particular e organizar ida a lojas pequenas e de pouco movimento para realização das compras? Alice, por exemplo, ao mostrar o lençol de sua cama, diz que as cuidadoras tinham escolhido e comprado, ou mesmo, os dois vestidos comprados para uso no final do ano.

Quanto à vizinhança, também ficamos a perguntar: Seria possível mais interlocução?

Perguntar nos ajuda a nos situar, a pensar, refletir e consequentemente, transformar. Se a desinstitucionalização se dá como processo singular e permanente, é preciso olhar continuamente de forma crítica para todas as dimensões que ela envolve e centrar na escuta dos atores principais da vivência, para elaborar estratégias de apoio que os ajudem a materializar a construção do percurso de suas próprias vidas.

Outros elementos encontrados e que põem-se como dimensões que se inter cruzam nas vivências dos nossos interlocutores, são as diferenças significativas entre o coletivo de mulheres

e de homens. Percebemos, por exemplo, que existem diferenças entre as moradias que são predominante compartilhadas por mulheres e aquelas que são mistas ou predominantemente compartilhada por homens.

Tal percepção se expressa através dos papéis que ambos assumem nas casas. Foi comum observar nas residências femininas uma predominância de atividades domésticas como sendo uma prática cotidiana: o cuidar da limpeza e da comida. Para os homens, foi quase inexistente as preocupações ou investimento de tempo na organização dos espaços de moradia.

Consideramos que é importante trabalhar estas dimensões no processo de desinstitucionalização de forma que nos novos espaços e nas novas dinâmicas estas questões que também são construções culturais, não passem despercebidas e que o exercício das feminilidades e masculinidades possa ser também emancipatório e não enquadrado.

Como vimos, a perspectiva antimanicomial também requer trabalhar todas as opressões que atravessam as existências (BAURU, 1987 e 2017). Isto é o que deve também diferenciar os serviços substitutivos dos manicômios: ofertar, dentro das possibilidades singulares das pessoas, recursos para construção de uma criticidade sobre seu mundo.

Outro aspecto que nos chamou a atenção, embora tenha se mostrado sutilmente, é que na pauta dos homens, de diferentes formas, identificamos saídas e menção a relações amorosas ou sexuais (como desejo ou prática cotidiana). Entre as mulheres, porém, apenas duas das nossas interlocutoras apresentaram narrativas semelhantes. Tal achado nos remeteu a perguntar: como estão sendo trabalhadas na casa a questão da sexualidade?

Nas casas habitadas por mulheres encontramos algo posto pelos feminismos que é a construção de relações baseadas na “sororidade”. Palavra que vem de sóror e que significa irmã em espanhol. Remete-nos a fraternidade, palavra que por sua vez integra o léxico português e que vem de frater, ou seja, irmãos. Sororidade como a solidariedade entre irmãs e harmonia entre as mulheres e fraternidade como a solidariedade entre irmãos e harmonia entre os homens” (BECKER e BARBOSA, 2016, p. 244).

Embora este conceito não tenha entrado no marco teórico, vimos o quanto se expressa a solidariedade e colaboração afetiva e prática entre as mulheres. Jéssica e outra moradora da sua residência, durante o lanche coletivo da tarde, num dos encontros da pesquisa, além de preparar e organizar o momento, ajudavam no cuidado de outras moradoras, especialmente as com algum tipo de limitação.

Na perspectiva interseccional, gostaríamos de fazer uma análise também relativa ao marcador raça/cor, entretanto, como só incorporamos as autodeclarações, terminamos sem muitos subsídios para realizar tal empreitada.

Apenas cinco (5) interlocutores conseguiram fazer a auto declaração do ponto de vista racial. Dois (2) homens como brancos, sendo estes os que apresentaram efeitos cronificantes de menor proporção (seja pelo tempo de internação ou pelas opressões sofridas durante a internação), tendo a vida no processo de desinstitucionalização adquirido recursos para um aumento significativo do poder contratual. Três (3) mulheres autodeclararam-se pardas.

Como Silva *et al* (2017) apontam, apesar de importante, ainda há uma invisibilidade da questão raça/cor. Supomos que os cinco (5) interlocutores restantes são de cor parda, mas, o não reconhecimento das pessoas de sua cor, também faz parte do apagamento produzido pela sociedade e ratificado pelo manicômio. A nosso ver, tal observação reforça que a institucionalização tem classe e cor.

Na realidade que atravessa a vida dos nossos interlocutores, encontramos como algo inusitado, a mudança do cotidiano da vida por limitações produzidas pelo processo de envelhecimento e pela violência urbana. Elementos que não foram eleitos como focos do nosso trabalho, mas que remetem a uma problematização de como estão sendo considerados na prática de reabilitação psicossocial.

Além de um curso de vida marcado por precariedades e por um processo de desabilitação como efeitos do longo tempo de institucionalização, no processo de desinstitucionalização o envelhecimento das pessoas demandam cuidados e estratégias que dialoguem com as necessidades dessa nova fase da vida.

Quanto a violência urbana, emerge como questão a proteção e o estímulo a viver a cidade, impasses próprios de qualquer cidadão que habita grandes centros urbanos. A vida encontra novas armadilhas de encarceramento, agora dentro dos domicílios. Como isto interfere nos processos de desinstitucionalização? É problematizado? Ou em nome da proteção, se relativiza o viver a cidade?

Os achados desta tese nos levam a concluir que a potência da vivência fora do manicômio é inquestionável. Passa a ser mais humana e digna, porém, fica evidente que no processo de desinstitucionalização, a imposição do “reinventar e reinventar-se” é cotidiana e contínua. Depende em grande parte das ofertas e condições a que as pessoas são submetidas.

Além do desafio de libertar as pessoas que ainda estão no cárcere concreto do manicômio, se faz como imperativo ético libertá-las do cárcere que nega sua existência. Com isto não se rompe apenas com a mudança de lugar, mas também com a postura das pessoas mediante a forma como as relações se imprimem. De imediato, retomamos como questão central a ser problematizada, a gestão dos micro processos de desinstitucionalização.

Neste sentido, entendemos ser esta a contribuição desta tese: produzir questões sobre si e sobre os processos que pessoas de diferentes instâncias se envolvem, em nome da missão oficial de desenvolver processos de desinstitucionalização. Com isso, temos a possibilidade de descortinar os bastidores de um longo processo de desinstitucionalização, entre dez (10) a quinze (15) anos, como balizadores para se produzir no cotidiano atual novas questões: Como o processo tem sido conduzido? Quais as apostas têm sido feitas durante o processo? O peso no processo de reabilitação psicossocial tem sido dado naquilo que se configura como essencial para as pessoas ou nas questões construídas pelas instituições? As novas instituições estão atentas as suas contradições e armadilhas?

Diante das problematizações esplanadas, compreendemos que é necessário criar espaços permanentes de discussão e reflexão entre as pessoas que estão inseridas em processos de desinstitucionalização, profissionais que os apoiam, assim como, gestores e colaboradores que conduzem políticas voltadas para este fim.

Entendemos que estes espaços precisam possibilitar reflexões sobre o paradigma da desinstitucionalização na radicalidade dos seus princípios, mas também da sua formatação estética na condição de processo.

Falamos aqui de espaços que precisam fugir das formações de qualificação técnica tradicionais ou de desenvolvimento de referências administrativas para incorporar as trocas de experiências vivas de todas as pessoas envolvidas nos processos de desinstitucionalização como estratégia central.

Dada a nossa militância política no campo da saúde mental, ao final desta tese, nos comprometemos em transformar os resultados e as conseqüentes problematizações e questões nela produzidas, em material para que através de ofertas de oficinas, possamos trabalhar com os atores envolvidos no processo de desinstitucionalização no estado de Pernambuco.

Partindo deste compromisso pessoal, entendemos que os atores a serem procurados e articulados para este fim serão as Coordenações Estaduais de Saúde Mental de Pernambuco e

Recife e o Movimento de Luta Antimanicomial do Núcleo Libertando Subjetividades/RENILA.

Como recomendação mais específica, sinalizamos a possibilidade de ofertas de oficinas para coletivos que envolvam profissionais de CAPS, apoiadores de residências terapêuticas, familiares de pessoas inseridas em processo de desinstitucionalização e as próprias pessoas que vivenciam esta experiência.

A proposta é que estas oficinas, mais do que um encontro técnico, sejam vivenciais e reflexivas, capazes de levar as pessoas a elaborar perguntas sobre seu cotidiano e proposições coletivas para a formatação de um linha guia para os processos de desinstitucionalização locais.

Neste sentido, comprometemo-nos em transformar a discussão dos resultados desta tese em referências reflexivas e associá-las a metodologias ativas na organização destas oficinas.

Entendemos que o valor desta tese não se encerra nela, mas nas possibilidades que a partir dela podem ser desencadeadas para comunicar, problematizar, coletivizar e construir crítica e proposição sobre o fazer dos processos de desinstitucionalização.

Não tomamos a finalização desta tese e consequentemente do Doutorado em curso como um fim em si mesmo, mas como um novo ponto de partida para um reposicionamento ético-político e como mais um instrumento facilitador para produção de reflexões e buscas de transformações da nossa realidade.

Com esta tese se materializa simbolicamente e concretamente a sistematização de todo um percurso de vida e de trajetória profissional e política no campo da saúde mental, abrindo sem dúvidas novos horizontes para resistir, esperar e seguir em busca da efetivação da Reforma Psiquiátrica no estado de Pernambuco, mesmo compreendendo as adversidades, contradições e a delicada conjuntura em que se encontra o estado e o país.

Vale a pena ressaltar que em dezembro de 2018 houve uma inspeção realizada por vários órgãos em quarenta (40) hospitais psiquiátricos no Brasil (nas várias regiões), demonstrando que estas instituições se configuram com características asilares como as explanadas tanto no marco teórico como através das narrativas dos nossos interlocutores, com “tratamento cruel, desumano e degradante ou tortura”, tendo dentre as várias violações o encerramento da internação em si mesmo (CFP, 2019).

Diante deste fato, mais uma vez, os resultados desta tese ganham força, uma vez que mostram como estes processos de opressão produzidos pelo manicômio ainda se fazem atuais

(são concretos) e mesmo com o passar do tempo, para aqueles que deles conseguiram escapar, se presentificam no corpo e na alma, onde seus efeitos se enraízam e demandam muitos anos para serem diluídos.

Em tempos em que o Governo Federal nega as evidências e beneficia estas instituições com aporte financeiro; a publicização de suas características e efeitos na vida das pessoas precisa ser ampliada no sentido de ativar todas as forças possíveis na relação estado e sociedade para que com criticidade e resistência, se façam interdições frente a estas instituições de violência.

O encontro com os nossos interlocutores através de suas narrativas só nos reafirmou que a macro política pode produzir retrocessos, tristezas, desânimos, desesperança, obstáculos, mas não é mais forte do que a vida. A superação dos nossos interlocutores/companheiros da pesquisa, ao atravessar diferentes opressões, mostrou-nos o quanto a vida é potente e como se refaz quando as brechas são encontradas.

Talvez aí paire o grande desafio para quem opera como apoiador de processos de desinstitucionalização: ajudar a achar brechas, a caminhar com as próprias pernas, a sustentar quando não for possível andar, a fazer junto o que é possível e sonhar junto aquilo que parece impossível, mas, que se torna concreto quando tecido dentro do território existencial.

“Construindo-se: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da desinstitucionalização”, ratifica os processos de desinstitucionalização como infinitos, grandiosos e ao mesmo tempo, reais. Reais porque visibilizam o que não pode ser negado: a dimensão humana como a mais importante e a emancipação humana como a mais revolucionária para explicar, conceber, possibilitar e viver a vida.

Com a finalização deste trabalho acadêmico, inscrevemos, à luz de referências científicas, as práticas de processos de desinstitucionalização como produtoras de conhecimento.

Esta tese para além de se constituir como uma autoconvocação, no sentido da ampliação da nossa responsabilidade, configura-se também como um convite a todos e todas companheiros e companheiras que operam nos seus cotidianos processos de desinstitucionalização, seja na academia, na gestão, nos movimentos sociais ou nas práticas cotidianas de cuidado.

“Vem comigo multidão, trabalhar pela alegria. Que amanhã é outro dia”. Tomando Tiago de Mello como inspiração, expressamos o nosso desejo de que esta tese configure-se como convite para que ainda que escuro, continuemos a lutar pela vida e para a vida.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE JUNIOR, Durval Muniz. **História. A arte de inventar o passado**. Bauru. SP: EDUSC, 2007.
- AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. SDE/ENSP, 1995.
- AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185
- AMARANTE, Paulo (coord.). Saúde mental, políticas e instituições. Rio de Janeiro: EAD/FIOCRUZ, 2003, v. 2 (Programa de educação à distância).
- AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**. Nº1, Vol 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).
- AMARANTE, Paulo e TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública** | Rio de Janeiro 52(6):1090-1107, nov. - dez. 2018.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. Editora Guerra e Paz, Lisboa, 2014.
- ARENARI, Brand; DUTRA, Roberto. A Construção Social da Condição de Pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático de crack. In: SOUZA, Jessé (organizador). **Crack e Exclusão Social**. 1ª. Edição. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP); CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Ofício n. 068, de 25 de abril de 2017**. Brasília. Disponível em: <www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2017/04/Nota-tecnica-sobre-a-calamidade-na-assistencia-publica-em-saude-mental-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2017.
- BAHIA, Lígia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T.; GERSCHAMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (org.). **Saúde e democracia histórias e perspectivas do SUS**. 2ª reimpressão, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p. 407 – 449, 2005.
- BARROS, Manoel. **Menino do Mato**. Editora Leya. Primeira edição. 2010.
- BARROS, Sônia; BATISTA, Luís Eduardo; DELLOSI, Mirsa Elizabeth; ESCUDER, Maria Mercedes L. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.4, p.1235-1247, 2014.
- BARTON, R. **Institutional Neurosis**. Bristol: John Wright and Sons, 1959.
- BASAGLIA, Franco. As instituições de violência. In: BASAGLIA, Franco (org.). **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro, Ed Graal, p. 99-134, 1985.
- BASTOS, Francisco Inácio e BERTONI, Neillane (org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BAURU. **Manifesto de Bauru**. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 24 de outubro de 2019.

BAURU. **Carta de Bauru – 30 Anos**. Encontro de Bauru: 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios. 2017. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acesso em: 24 de out de 2019.

BECKER, Márcia Regina e BARBOSA, Carla Melissa. Sororidade em Marcela Lagarde y de los Ríos e experiências de vida e formação em Marie-Christine Josso e algumas reflexões sobre o saberfazer-pensar nas ciências humanas. **Coisas do Gênero**, São Leopoldo| v. 2 n. 2, p. 243-256, | ago.-dez. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.est.edu.br/index.php/genero>>. Acesso em: 26 de out de 2019.

BENJAMIN, W. O narrador. In: BENJAMIN, W. **Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 197-221.

BESSONI, Enrique. CAPISTRANO, Adélia; SILVA, Gabriela; KOOSAH, Jana; CRUZ, Karine e LUCENA, Marcela. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? **RevistaSaúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, p.40-53, 2019.

BIROLI, Flávia e MIGUEL, Luis Felipe. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. **Dossiê - Desigualdades e Interseccionalidades**. Mediações, Londrina, v. 20 n. 2, p. 27-55, jul./dez. 2015.

BRAGA-CAMPOS, Florianita e MARTINS, Wagner. A rede embala e o ritmo da gestão embola. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, p.54-65, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Seção Saúde. Brasília, 1988a.

BRASIL. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde**. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério daSaúde, 1988b.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 106, de 11 fevereiro de 2000**. Cria os serviços residenciais terapêuticos no âmbito do Sistema de Saúde para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília, 2000.

Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2017

BRASIL. **Lei n.10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Brasília: Palácio do Planalto, 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 30 jul. 2017

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. BRASÍLIA, DF: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, 2002b. 74 p.: il. – (Série D. Reuniões e Conferências)

BRASIL. **Lei n.10.708 de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações de longa permanência. Brasília, DF: Palácio do Planalto, 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde** - Conferência Sergio Arouca: manual. Brasília, DF 7 a 11 de dezembro de 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. **Reformapsiquiátrica 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, DF, 2005.

BRASIL. Presidência da República - Casa Civil. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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). Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.090 de 23 de dezembro de 2011**. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS. **Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde – Ação Nacional** Portaria n. 2.398 de dezembro de 2011. Brasília, DF: 2011c. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/avaliacao-dos-hospitais-psiquiatricos-no-ambito-do-SUS-ministerio-da-saude-nov.2011>>. Acesso em: 30 jul. 2017

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial no. 3, de 21 de setembro de 2012**. Dispõe sobre a parceria entre o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, em situação de

dependência, em Residências Inclusivas. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/portarias/2012/SECAO1.pdf>. Acesso em: 27 out.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF, 2014. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html>. Acesso em: 27 out.2019.

BRASIL. **Cadernos Humaniza SUS: saúde mental**. Ministério da Saúde. v. 5/ 548 p. Brasília: 2015a.

BRASIL. **Lei n.13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Brasília, DF, 2015b.

Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 30 jul.2017

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Ministério da Saúde altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/17904-portaria-n-3-588-de-21-de-dezembro-de-2017>>. Acesso em: 01 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.659 de 14 de novembro de 2018**. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: <https://www.esmaelmoraes.com.br/wp-content/uploads/2018/11/portaria_caps.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.781 de 29 de novembro de 2018**. Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. Brasília, DF, 2018b. (publicado em: 23/11/2018 | Edição: 225 | Seção: 1 | Página: 257 do Diário Oficial). Disponível

em:<http://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/54741292/do-2-2018-12-12-portaria-n-3-874-de-29-de-novembro-de-2018-54740920>. Acesso em: 24 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.434, DE 15 DE AGOSTO DE 2018**.

Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Brasília, DF, 2018c. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 24 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **EDITAL DE CREDENCIAMENTO - SENAD Nº 1/2018**. A União, por intermédio do Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas - SENAD, em articulação com o Comitê Gestor Interministerial, composto, pelo Ministério da Justiça, Ministério da

Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério do Trabalho, instituído pela Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017, com fundamento no art. 25, caput, da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 e levando em consideração as especificações deste Edital, torna público a abertura do processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário. Brasília, DF, 2018d. (Publicado em: 25/04/2018 | Edição: 79 | Seção: 3 | Página: 93 do Diário Oficial). Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/11797737>. Acesso em: 24 out.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. **Portaria 2.387 de 13 de setembro de 2019**. Revoga a Portaria n. 3.659/2018/GM/MS e a Portaria n. 3.718/2018/GM/MS. Brasília, DF, 2019a.

BRASIL. **Decreto de 9.761 de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República - Casa Civil. **LEI Nº 13.840, DE 5 DE JUNHO DE 2019**. Altera as Leis n os 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei n os 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF, 2019c. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.840-de-5-de-junho-de-2019-155977997>>. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019d-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 24 out de 2019.

CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe. **Relatórios de vistorias – Organização Hospitalar de Pernambuco e Hospital José Alberto Maia**. Trata da descrição e avaliação da situação dos hospitais psiquiátricos em Camaragibe para fins de responder ao PNASH 2002. Camaragibe, 2002.

CARACAS. **Declaração**. Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde. Venezuela, Caracas, 1990.

CARRANO BUENO, Austregésilo. **Poema das quatro horas de espera para ser eletrocutado – aplicação da eletroconvulsoterapia**. 2014. Disponível em: <<https://antimanicomialsp.wordpress.com/2014/05/12/quem-disse-que-so-se-morre-uma-vez/>>. Acesso em: 25 out. 2019.

COIMBRA, Cecília e NASCIMENTO, Maria Lívia do Nascimento. Implicar. In:Fonseca, Tânia Mara Galli; Nascimento, Maria Lívia; Maraschin, Cleci (org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.p. 129 -131.

COLLINS, Patricia Hill. Intersectionality's definitional dilemmas. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, n. 41, p. 1-20, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial Por uma IV Conferência Antimanicomial**: contribuições dos usuários/ Conselho Federal de Psicologia – Brasília: CFP, 2010, 48 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017** / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP (Brasil). **Relatório de Inspeções: 2018**/ Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologias e Políticas Públicas. – 1ª. Ed. – Brasília: CFP, 2019. 128 pag.

DE LEONARDIS, Ota; MAURI, D; ROTELLI, F. Prevenir a Prevenção. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. Nicácio, Fernanda (org.). 2ª. Edição. São Paulo, Ed. Hucitec, p. 75-87, 2001.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. Tradução Claudia Sant'Anna Martins; revisão de tradução Renato Janine Ribeiro. São Paulo, Brasiliense, 2013.

DELGADO, Pedro. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS, S. A. e COSTA, N. do Rosário (org.). **Cidadania e loucura políticas de saúde mental no Brasil**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Vozes: co-edição Abrasco, p. 171 – 202, 1992. (Coleção Saúde e realidade brasileira).

EBRAHIM, Raíssa. “Dono de comunidade terapêutica , Pastor Cleiton Collins desarquiv projeto para regulamentar entidades”. **Marco Zero Conteúdo**, 2019a. Disponível em: <https://bit.ly/2MvoTUj> Acesso em:31-07--2019.

EBRAHIM, Raíssa. “Após revés na ALEPE, Comunidades Terapêuticas querem entrar na rede estadual de política de drogas”. **Marco Zero Conteúdo**, 2019b. Disponível em: <<https://bit.ly/2Z84U0v>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

EBRAHIM, Raíssa. “Acordo na Assembleia mantém Comunidades Terapêuticas fora do SUS em Pernmabuco”. **Marco Zero Conteúdo**, 2019c. Disponível em: <<https://bit.ly/2m9i7s5>>. Acesso em:22 set. 2019.

ELDER JR, Glen, H. The Life Course as Developmental Theory. **Child Development**. Volume 69, number 1, p. 1 -12, Febuary, 1998.

FIOCRUZ. Projeto de pesquisa: “O Programa De Volta Para Casa e a desinstitucionalização: o impacto na vida cotidiana dos beneficiários”. Brasília, 2016.

FLICK, Uwe. Observação, etnografia e métodos visuais. In FLICK, Uwe. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre, p. 147-170. 2009a.

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Tradução de Robert Cataldo Costa e consultoria, revisão técnica da edição de Dirceu da Silva. Porto Alegre, Ed Artmed, 2009b (Coleção Pesquisa Qualitativa).

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo, Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. 39º. Edição. Vozes, Petrópolis. 2011.

FURTADO, J. P.; ODA, W. Y.; BORYSOW, I. C. E KAPP, SILKE. A concepção de território na Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(9): Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(9): set. 2016.

GALINDO, d.; MARTINS, M. e RODRIGUES, R.V. Jogos de Armar: narrativas como modo de articulação de múltiplas fontes no cotidiano da pesquisa. In: SPINK, Mary Jane Paris; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano e CORDEIRO, Mariana Prioli (org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais – 1. ed. (publicação virtual), 2014.

Gergen, K. The social constructionist movement in modern Psychology. Em **American Psychologist**, 40 (3), 1985.

GERGEN, Kenneth. A crítica feminista da ciência e o desafio da epistemologia social. In: GERGEN, Mary McCarnney. **O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento**. Rio de Janeiro/Rosa dos Tempos; Brasília/EdunB, p. 48-69. 1993.

GILL, R. Análise do discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely. **Micropolíticas: cartografia dos desejos**. 4ª. Edição. Vozes. Petrópolis. 1996.

GUERREO, André Vinicius Pires; BOSSONI, Enrique Araújo. CARDOSO; Antonio José Costa; VAZ, Barbara Coelho; BRAGA-CAMPOS, Florianita Coelho; BADARÓ, Maria Inês. O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, p.11-20, 2019.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves e ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão** - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019.

GOFFMAN, Erving . **ESTIGMA: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução: Mathias Lambert. LTC; Edição: 4ª, 1981.

GOFFMAN, Erwin. **Manicômios, prisões e conventos**. 5ª. Edição. São Paulo: Perspectiva, 1987.

HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História**. São Paulo: Editora Paz e Terra. 2000.

HENNING, Carlos. Interseccionalidade e pensamento feminista: As contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. In: Dossiê – Desiguadades e interseccionalidade. Londrina: **Mediações**, v. 20 n. 2, p. 97-128, jul./dez. 2015.

IBGE CIDADES - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | v4.3.36, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>> Acesso em: 28 out. 2019.

JOBIM e SOUZA; S.; CARVALHO, C. S. Ética e Pesquisa: o compromisso com o discurso do outro. **Rev. Polis e Psique**, 6 (1), p. 98 – 112, 2016.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p 55 – 59, 1996.

KINOSHITA, R. T. **Autopoiese e Reforma Psiquiátrica**. São Paulo, HUCITEC, 2016.

KOOSAH Jana. MOREIRA, Maria Inês Badaró e BRAGA-CAMPOS, Florianita Coelho. Construindo histórias em tessitura lenta: desinstitucionalização e narrativas em pesquisa. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, p.29-39, 2019.

LEMINSKI, P. **Quarenta clics em Curitiba**. 2. ed. Curitiba: Secretaria do Estado da Cultura, 1990. 40 folhas soltas.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOURAU, René. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, Sônia(org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo, HUCITEC, p 66-86, 2004.

LUCENA, M. A. S. **Descredenciamento de Hospital Psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS):** engrenagens da operação. Dissertação. (Mestrado em Medicina Social) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

LUCENA, Marcela Adriana da Silva. **Carta Pessoal à Secretaria de Saúde de Pernambuco**. Recife, 2012.

LUCENA, Marcela A. S.; SOUZA, Maria A. A.; SCHIAVINATO, Ana L. C.; KOOSAH, Jana; LIMA, Sérgio M. O Cuidado em Liberdade: um ato de resistência política cotidiana. **Cadernos do Cuidado**. v. 3, n.1, pp 36-42. Jun 2019. Disponível em: <<http://cadernosdocuidado.observatoriodocuidado.org>> Acesso em: 29 de out.

MÂNGIA, E; MURAMOTO, M. Redes Sociais e Construção de Projetos Terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, SP, v. 18, n. 2, maio/ago., p. 54-62, 2007.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J. e MÉLLO, R. P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, Mary Jane Paris; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano e CORDEIRO, Mariana Prioli (org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais – 1. ed. (publicação virtual) , p. 273 – 294. 2014.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. **Produzindo memórias para alimentar utopias: narrativa sobre uma organização feminista brasileira que, desde 1997, ousa trabalhar com homens e sobre masculinidades**. 1.ed. – Recife: Instituto PAPAI, 2015a.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Entrevistas e Outros Textos: compartilhando estratégias de análise qualitativa. In: LANG, Charles; BERNARDES, Jefferson; RIBEIRO, Maria e ZANOTTI, Susane (org). **Metodologia: pesquisa em saúde clínica e práticas psicológicas**. Maceió. EDFAL, p. 85 – 116, 2015b.

MÉLLO, R.P.; SILVA, A.A.; LIMA, M.L.C.; DI PAOLO, A.F. “Construcionismo, Práticas Discursivas e Possibilidades de Pesquisa em Psicologia Social”. **Psicologia & Sociedade**, 19 (3): 26-32, 2007.

MELLO, Thiago de. **Faz escuro mas eu canto**. Editora Global: São Paulo, 2017.

MELO, Telma Maria Albuquerque Gonçalves. **Memórias sobre a política de saúde mental em Recife: entre passos, descompasso e controvérsias**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MOREIRA, Raquel Ribeiro. Resenha: o papel da memória. **Conexão Letras**. Volume 11, nº 15, 2016.

MOTA, Mirella de Lucena. **Violência contra as mulheres e saúde mental: silenciamentos e invisibilidades do sofrimento de usuárias da atenção primária à saúde em Recife.**

Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio. **Utopia da realidade:** contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Campinas. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, SP, v. 16, n. 1, jan./abr., p. 40-46, 2005.

NÚCLEO DE LUTA ANTIMANICOMIAL LIBERTANDO SUBJETIVIDADES/ RENILA. Nota de Repúdio. Recife, 28-05-2019.

Paim, Jairnilson. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sonia (org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, p. 11-24, 1997.

PASSOS, Rachel Gouveia e PEREIRA, Melissa de Oliveira Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidades: notas para o debate. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira e PASSOS, Rachel Gouveia (org). **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussão de gênero, raça e classe.** Editora Francisca Júlia, Rio de Janeiro, p. 25 -51, 2017.

PERNAMBUCO. **Lei 11. 064 de 1994.** Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pro rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. Assembléia Legislativa do Estado de Pernambuco, 16 de maio de 1994.

PERNAMBUCO. Institui, no âmbito do Poder Executivo, a Política Estadual sobre Drogas, e dá outras pro. **LEI Nº 14.561, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2011**vidências. Pernambuco, 2011. Disponível em:

<<http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=4929&tipo=TEXTTOORIGINAL>>. Acesso em:28 out. 2019.

PERNAMBUCO. Governo do Estado – Secretaria de Saúde. **Documento: Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco.** Pernambuco, 2018a.

PERNAMBUCO. **Relatório Parcial da Pesquisa Nacional do Programa de Volta para Casa (PVC) do Campo Pernambuco “O Programa De Volta Para Casa e a Desinstitucionalização: o impacto na vida cotidiana dos beneficiários”.** Pernambuco, 2018b.

PERNAMBUCO. Governo do Estado de Pernambuco – Secretaria de Saúde – Gerência de Atenção à Saude Mental, Álcool e Outras Drogas. **Apresentação:** Políticas Públicas em Saúde Mental e a Interface com a Política sobre Drogas: avanços e perspectivas. 2019a.

PERNAMBUCO. **Relatório Final da 9ª Conferência Estadual de Saúde de Pernambuco.** Consolidado das diretrizes e propostas. Pernambuco, 2019b.

PERNAMBUCO. Ministério Público de Pernambuco. Comunicação//Notícias: MPPE firma convênio para criação da Comissão Estadual Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias. 2019c. Disponível em: <www.mppe.mp.br> Acesso em: 27 out. 2019.

PERNAMBUCO. Tribunal de Justiça de Pernambuco, Poder Judiciário. 3ª. Vara da Fazenda Pública da Capital. **Processo n. 0025395-93.2019.8.17.2001.** Decisão. 2019d.

PINHO, Leonardo e Giannini, Rogério. O avanço da contrarreforma psiquiátrica sobre o orçamento público. **Brasil de Fato**. São Paulo, 2019a. Disponível em: www.brasildefao.com.br. Acesso em: 26 out. 2019.

PINHO, Leonardo. Saúde Mental: Retrocessos ou Contra-Reforma? 2019b.

PORTELA, Laércio. “Fechamento de duas residências terapêuticas acende o alerta de retrocesso na política de saúde mental do Recife”. **Marco Zero Conteúdo**, 2019a. Disponível em: <https://marcozero.org/fechaemtno-de-duas-residencias--terapeuticas-acende-o-alerta-de-retrocessos-na-politica-de-saude-mental-do-recife/> Acesso em: 28 out. 2019.

PORTELA, Laércio. Justiça suspende fechamento de residências terapêuticas no Recife. **Marco Zero Conteúdo**, 2019b. Disponível em: <https://marcozero.org/justica-suspende-fechamento-de-residencias-terapeuticas-no-recife/> Acesso em: 28 out. 2019.

PORTELA, Laércio. “Prefeitura do Recife transfere usuários e fecha residências terapêuticas”. **Marco Zero Conteúdo**, 2019c. Disponível em: <https://marcozero.org/prefeitura-do-recife-transfere-usuarios-e-fecha-residencias-terapeuticas/> Acesso em: 28 out. 2019

RECIFE. **Lei 16.232**. Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental e regulamenta a internação psiquiátrica involuntária. Câmara Municipal da Cidade do Recife, 02 de agosto de 1996.

RECIFE. **Lei 16.782**. Assegura ajuda financeira para reintegração social de pessoa carente, portadora de transtorno mental, com um ano ou mais de permanência institucional em hospital psiquiátrico. Câmara Municipal da Cidade do Recife, 03 de julho de 2002.

RECIFE. **Relatório de gestão produzido pela Gerência de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – GSMAD**. 2016.

RODRIGUES, Thiago. Drogas e Proibição: um empreendedorismo moral. In: FIGUEIREDO, Regina; FEFFERMANN, Marisa; ADORNO, Rubens (org). **Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. São Paulo : Instituto de Saúde, 2017.

ROSE, R. (2001). Como se deve fazer a história do eu? **Educação e Realidade**, 26(1), 33-57.

ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. Nicácio, Fernanda (org.). 2ª. Edição. São Paulo, Ed. Hucitec, p. 89-99, 2001.

SANCHEZ, Ana. Investigación activista feminista: implicaciones teóricas, políticas y metodológicas. **Centro de Estudos Sociais – Laboratório Associado – Universidade de Coimbra**. Oficina do CES - Oficina n.º 422, Março de 2015.

SANTOS, Luiz. **Casou no Papel**. Incentivo: FUNCULTURA, FUNDARPE, Governo do Estado de Pernambuco – Secretaria de Cultura. Recife, 2017.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, p 13 – 18, 1996.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades**: da reabilitação à cidadania possível. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te corá Editora/ Instituto Franco Basaglia. 1999.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o Hospício e a Cidade**: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagadoni, 2011.

SCOTT, Joan. Experiência. In: SILVA, A. Lago, M.; RAMOS, T. **Falas de Gênero**. Ed Mulheres. Santa Catarina. p. 21-55, 1999.

SENA LEAL, Marilyn Dione. **Para Não Deixar a Casa Cair**: curso de vida, experiência e implicação nas práticas de cuidado profissional com usuários/as de drogas de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Recife. Orientador: Luís Felipe Rios do Nascimento Tese (doutorado) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

SILVA, A. P.; BARROS, C. R.; NOGUEIRA, M. L. M.; BARROS, V. A. “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método História de Vida. Mosaico. **Estudos de Psicologia**. Vol I, n. I, p 25-35, 2007.

SILVA, Eroy Aparecida. Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil e no Estado de São Paulo: aspectos históricos e contextuais. In: FIGUEIREDO, Regina; FEFFERMANN, Marisa; ADORNO, Rubens (org). **Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. São Paulo : Instituto de Saúde, 2017.

SILVA, Jorge Luiz da. **As marcas (in)visíveis nas experiências de mulheres**: narrativas sobre violências esaudemental. Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

SILVA, N. G.; BARROS, S.; AZEVEDO, F. C.; BATISTA, L.E.; CAMARGO, V. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.1, p.100-114, 2017.

SOUZA, Jessé (org). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016a.

SOUZA, Jessé. **A radiografia do golpe: entenda como e por que você foi enganado**. Ed Leya, São Paulo/SP, 2016b.

SPINK, M; GIMENES, Maria. Práticas Discursivas e Produção de Sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde e Sociedade**. 3(2):149-171.1994.

SPINK , Mary; FREZZA, Rose. Práticas Discursivas e Produção de Sentido. In: SPINK, Mary Jane (org). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro, Centro Edelstein de pesquisas sociais, p,1-21, 2013.

SPIN, Mary Jane P. **O Cotidiano como Foco na Psicologia**: o que mudou nesses 50 anos? Texto elaborado para conferência proferida no evento comemorativo dos 50 anos de Psicologia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 4 de nov. 2014.

SPINK , Mary; MEDRADO, Benedito. Produção de Sentido no Cotidiano. In: SPINK, Mary Jane (org). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro, Centro Edelstein de pesquisas sociais, pp,22-41, 2013.

SPINK, Peter. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia e Saúde**, [s.l.], v. 15, p.18-42, 2003.

SPINK, P. K. O pesquisador conversador no cotidiano. In:**Psicologia & Sociedade**; 20, Edição Especial: 70-77 2008

TODOROV, T. **A vida em comum**: ensaio de antropologia geral. Campinas: Papius, 1996.

TORRES, E; AMARANTE, P. Protagonismo e Subjetividade: A construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**. 6(1): 73 -85, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo; WEINGARTN, Richard; LEME, Carla C. Cavalcante e NOVAES, Patrícia Ramos. **Reinventando a Vida**: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro-São Paulo: EncantArte-Hucitec, 2006.

VAZ, Bárbara; LYRA, Jorge; CARDOSO, Antônio; SILVA, Alyne Alvarez e MORAES, Maristela. Produção Compartilhada de Conhecimentos em Saúde Mental: o Comitê de Acompanhamento de Pesquisa. **Saúde Soc.** São Paulo, V.28, N.3, P.21-28, 2019.

VENTURINI, Ernesto. “O Caminho dos Cantos”: morar e intersetorialidade na saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.22 – n.3, p. 471-480, set/dez 2010.

VENTURINI, Ernesto. **A Linha Curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2016.

VIANA, Beatriz Bastos. Desculpem os transtornos (mentais). Estamos em Reforma (psiquiátrica): a luta antimanicomial brasileira e a mobilização fora valêncius. **Trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Pernambuco**. Recife, 2017.

WERLANG, Rosangela e MENDES, Jussara Maria Rosa. Sofrimento social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 743-768, out./dez. 2013.

ZANELLO, Valeska. Saúde Mental, Gênero e Interseccionalidade. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira e PASSOS, Rachel Gouveia (org). **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussão de gênero, raça e classe**. Editora Francisca Júlia, Rio de Janeiro, p. 52 -69, 2017.

APÊNDICE A – MATRIZ ANALÍTICA 1

SUJEITO/A: _____ / **Temas:** _____ / **INTERLOCUTORES DA NARRATIVA:** _____

Sujeita/o e Caracterização	Acontecimentos - Pontos de Viragem			Repercussões		Olhar interseccional	Observação/ sentimentos da pesquisadora
	Antes da internação	Internação	Desospitalização	Institucionalização	Desinstitucionalização		

APÊNDICE B – MATRIZ ANALÍTICA 2 E 3: PRIMEIRAS LEITURAS PARA DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Leitura transversal/geral	Curso de vida até a internação	A vivência de rua como intermediária	A internação	A desospitalização
Olhar interseccional: 				

Leitura transversal/geral	Efeitos da institucionalização	Repercussões da desinstitucionalização
Olhar interseccional: 		

ANEXO A – COMPONENTES DA RAPS

COMPONENTES DA RAPS (Portaria GM 3.088/11)	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	• Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Apoio a Saúde da Família • Consultório na Rua • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	• Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	• SAMU 192 • Sala de estabilização • Upa 24h e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto de socorro e unidades básicas de saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	• Unidade de Acolhimento • Serviço de atenção em regime residencial
Atenção Hospitalar	• Enfermaria especializada em hospital geral • Serviço hospitalar de referência para atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	• Serviços residenciais terapêuticos • Programa de volta para casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	• Iniciativas de geração de trabalho e renda • Empreendimentos solidários e cooperativas sociais

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Brasília

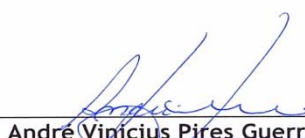
AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora Marcela Adriana da Silva Lucena, o acesso aos arquivos de base de dados Pesquisa Nacional “O Programa De Volta Para Casa e a Desinstitucionalização: o impacto na vida cotidiana dos beneficiários” para serem utilizados na pesquisa: “Construindo-se: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da desinstitucionalização”, que está sob a orientação do Prof. Jorge Lyra.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Brasília, 07 de Maio de 2018


André Vinícius Pires Guerrero
Coordenador do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.
Fiocruz Brasília
SIAPE: 1466851

André Guerrero
Analista de Gestão em Saúde
FIOCRUZ - GEREB
SIAPE: 1466851