

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
SOCIAL E INSTITUCIONAL

Desinstitucionalização: outros itinerários possíveis

Julia Bongiovanni

Porto Alegre

2017

Julia Bongiovanni

Desinstitucionalização: outros itinerários possíveis

Dissertação apresentado ao Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Orientadora: Rosane Azevedo Neves da Silva

Porto Alegre

2017

Desinstitucionalização: outros itinerários possíveis

Julia Bongiovanni

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Silvio Yasui
Universidade Estadual Paulista

Profa. Dra. Sandra Djambolakdjian Torossian
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Analice de Lima Palombini
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Agradecimentos

Agradeço a Rosane pelas pontuações precisas que, além de possibilitar a escrita dessa dissertação, me ajudaram a percorrer outros itinerários- físicos e existenciais.

A minha mãe pelo incansável cuidado e carinho, pela aposta incondicional. Por me contagiar com sua vontade de seguir sempre aprendendo.

Ao meu pai por me despertar o interesse pelas questões sociais, pelo incentivo, pelas trocas e pela leitura cuidadosa.

À amiga Carol Chassot pela leitura sempre atenta, pelos compartilhamentos e por tanto me ensinar sobre o campo da saúde mental. Aos amigos Lívia, Rafa, André, Paulinha, Vera, Mari, Alice e Poala por me estimularem a fazer esse percurso e por todo apoio que me deram ao percorrê-lo.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa, professores Analice, Sandra e Silvio: agradeço pelo aceite do convite, pelas contribuições que ajudaram na construção desse texto e pelas que ainda estão por vir. Agradeço a Analice também por me mostrar, na prática, um pesquisar ético e implicado.

Aos colegas do grupo de pesquisa, Prof. Luis Artur, Carol, Mateus, Tiago, Fran, Anete, Eduardo, Brida, Moises, Gabriel pelo espaço de estudo e reflexões – não só as que estão nos livros- que foram tão importantes nesses tempos tão difíceis que estamos passando.

Aos colegas da turma de mestrado em psicologia social e institucional pelas interlocuções. Em especial, às colegas: Anete, Bruna, Carol, Dafni, Érica, Fernanda, Flávia e Lis pela acolhida, pela possibilidade de transformar em riso momentos estressantes.

Aos colegas do CAPS II Aquarela, pelos desafios diários e inquietudes que dividimos e pela disposição em estar sempre repensando nossos processos de trabalho.

Às “gurias da psico” e “as mais legais”, queridas amigas, com quem sempre posso compartilhar alegrias e angústias, que tornam qualquer empreitada mais fácil pelo simples fato de tê-las por perto.

Ao meu irmão Felipe e toda minha família, pelo carinho, pelos encontros divertidos e afetuosos.

Ao pequeno, e muito aguardado, Leon.

E finalmente, agradeço a Juarez, Luiz Antônio, Luiz Carlos, Valdirene e Valdivino pela generosidade ao me apresentar a cidade de Esteio, suas percepções, suas histórias. Agradeço também, a muitos outros usuários do CAPS que, apesar de não participarem das nossas andanças, estiveram, de certa forma, presentes na feitura desse trabalho.

Resumo

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da implementação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, novas práticas de cuidado aos usuários de saúde mental foram se constituindo. A presente dissertação coloca em questão os efeitos produzidos pela desinstitucionalização, a produção de processos de “cronificação” dos usuários nos serviços especializados e a necessidade da ampliação da circulação pela cidade por essas pessoas. A pesquisa desenvolveu-se em um CAPS no município de Esteio, localizado na região metropolitana de Porto Alegre-RS, e utilizou-se da pesquisa-intervenção como estratégia metodológica apostando na ideia de que conhecimento e prática caminham juntos. Acompanhou-se um pequeno grupo de usuários de saúde mental que possuíam uma longa trajetória de tratamento e de tempo de permanência diária no CAPS. Durante a oficina, foram mapeados alguns de seus percursos pela cidade e realizadas saídas a campo para percorrer esses trajetos. Os efeitos produzidos pela intervenção colocaram em análise a relação com a cidade, a vulnerabilidade econômica dos usuários de saúde mental, além dos desdobramentos produzidos na pesquisadora.

Palavras-chaves: CAPS, cidade, desinstitucionalização, Saúde Mental.

Abstract

The Brazilian's Psychiatric Reform and the increasing of mental health community services, the ones that are not related to the mental asylum model, have developed new procedures to provide assistance care to mental health services users. This Master's thesis aims to discuss the results achieved by the de-institutionalization process; the existence of user's chronification process in specialized mental health community care services; and the demand of take the mental health users out of the services and make them move around the cities. The research was developed in a Brazil's Centers for Psycho-social Attention (CAPS) located in Esteio, one of the towns from Porto Alegre's metropolitan area. The research was carried out using the intervention-research as the methodological strategy to improve the idea that the investigation process can be done through practical work experiences. The researcher followed a small CAPS' user group in walking tour into the city. At moment of the research, these users had been receiving assistance in CAPS for a long time, and used to spent almost their day time in the mental health service. Before the walking tours starts, a mapping possibles tours workshop was develop with users. The results achieved for the workshop and the walking tour allowed to analyze: the mental health services' user connections and relations with the city; the economic vulnerability experienced by the user's and some ideas and concepts supported by the researcher herself.

Key Words: CAPS, city, de-institutionalisation, Mental Health

SUMÁRIO

Introdução.....	9
1. CAPS como espaço de cuidado em saúde mental.....	12
1.1 CAPS: uma nova forma de institucionalização?.....	16
2. Desinstitucionalização para além da desospitalização	21
2.1 Desinstitucionalização no Brasil.....	23
2.2 Lugares da loucura.....	25
3. Cidade e loucura	30
3.1 Outros itinerários possíveis.....	33
4. O percurso metodológico.....	39
5. Produzindo novos itinerários	45
5.1 Breve apresentação da cidade	45
5.2 croniCIDADES	47
5.3 “Crônicos”?.....	57
6. Onde me implico?.....	68
7. Considerações finais	76
8. Referências	81
9. Apêndice I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
10. Apêndice II: Termo de Concordância Institucional	87

Introdução

As questões trazidas nesta dissertação se iniciam a partir de minha prática profissional como psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no município de Esteio, região metropolitana de Porto Alegre- RS. Uma questão é recorrentemente discutida pela equipe da qual faço parte: o fato de um número expressivo de usuários estar no serviço há muitos anos, mesmo sendo considerados “estáveis”, sendo que a maioria deles acaba tendo no CAPS o seu único local de convivência.

Esta questão ecoou com outra vivência pela qual passei: a Residência Integrada em Saúde, mais especificamente no campo da Saúde da Família e Comunidade, onde atuei por dois anos como psicóloga residente em uma Unidade de Saúde, cuja estratégia de assistência era amparada em um conceito ampliado de saúde. Neste período, pude acompanhar e promover o cuidado de usuários, muitos deles em intenso sofrimento psíquico, em seus territórios, com uma maior proximidade da comunidade e dos recursos nela existentes. Com um olhar voltado à família (não restrita a ligações consanguíneas), as ações, nesse nível da atenção, estavam voltadas para além da recuperação dos problemas de saúde, buscando a prevenção e a promoção da saúde. Assim, aqueles que residem na área de abrangência das unidades de saúde, são referenciados à mesma. Um dos princípios da Atenção Primária à Saúde é a longitudinalidade¹, ou seja, o acompanhar/cuidar o usuário no decorrer de sua trajetória no território, tendo como lógica um modelo contínuo de atenção, em que não há a previsão de término (BARATIERI e MARCON, 2011).

No CAPS, no entanto, a questão do cuidado se apresentava de um modo distinto e algumas perguntas foram surgindo: caberia ao CAPS promover o cuidado longitudinal? O que estaria relacionado à permanência diária de pessoas por mais de uma década em um serviço especializado? Considerando o cuidado em rede, de que maneira a longitudinalidade operaria no componente da atenção psicossocial especializada?

¹A longitudinalidade é entendida como a longa relação entre profissionais de saúde e usuários, independente dos problemas de saúde e até mesmo na existência destes. É considerada como algo crucial, pois possibilitaria que profissionais e usuários se conheçam e, a partir disso, produziria benefícios tais quais: o melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, diagnóstico mais preciso, redução de custos e de hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde e maior satisfação dos usuários. (STARFIELD, 2002)

Se, em um momento inicial, a questão estava situada no “local” de cuidado para esses usuários de saúde mental, o encontro com o mestrado, a partir da discussão conceitual, produziu um primeiro deslocamento desse campo problemático. Não se tratava mais de polarizar/hierarquizar entre Atenção Primária ou serviço especializado.

A aproximação com o conceito de desinstitucionalização e a percepção do equívoco que pode ser cometido ao reduzi-la à desospitalização, trouxeram um novo cenário para a pesquisa. A existência de serviços substitutivos ao modelo manicomial e o fechamento de instituições asilares por si só não garantem práticas não manicomiais. Assim, foi se constituído um outro olhar para o problema: a desinstitucionalização e a forma como a mesma opera e a produção de uma “cronicidade” no campo da saúde mental. A relação com a cidade também surgiu como um ponto a ser explorado; mais do que orbitar entre diferentes serviços públicos, o ato de desinstitucionalizar deveria incluir a ampliação da vida cidadina dos usuários.

Ressaltamos que, durante esta escrita, a palavra “crônicos” e seus derivados serão colocados entre aspas, pois não queremos naturalizá-los. Ao contrário, tentaremos problematizá-los. Poder estranhar esse termo, foi um dos efeitos produzidos a partir da própria pesquisa e que tentaremos compartilhar no decorrer do texto.

Assim, no primeiro capítulo, a fim de contextualizar o leitor e situá-lo frente ao campo problemático, abordaremos aspectos da política de Saúde Mental e o CAPS em sua função de costurar redes, na relação com a Atenção Básica, entraves e atravessamentos nas relações de poder nas práticas de cuidado. Também apresentaremos algumas formas de cuidado produzidas pelo CAPS, principalmente aquelas voltadas a usuários que permanecem o dia todo no serviço.

No capítulo 2, buscamos desnaturalizar o conceito de desinstitucionalização e olhar para a pluralidade do mesmo, assim como o processo da reforma psiquiátrica e o desenrolar da desinstitucionalização no cenário brasileiro. Por último, a problematização do manicômio para além de suas estruturas físicas e o aprisionamento do pensamento pela racionalidade.

No capítulo 3, coloca-se a relação da cidade contemporânea com a loucura, e a possibilidade de o CAPS intervir e acompanhar os usuários por essa cidade que tem dificuldade de acolher a diferença.

O capítulo 4 conta o nosso percurso metodológico. Utilizando-se da pesquisa-intervenção, com o objetivo de promover a ampliação da circulação pelo território dos

usuários que possuem uma longa trajetória de tratamento e de tempo de permanência diária no CAPS, criou-se uma oficina com um grupo de usuários para experimentar outros itinerários de desinstitucionalização. No capítulo 5, narramos a nossa saída a campo e os desdobramentos produzidos ao nos depararmos com a cidade, assim como novas formas de pensar a “cronicidade”.

Sabíamos que, através da invenção, mudanças seriam produzidas e a relação da pesquisadora com seu campo também se modificaria. Portanto, o sexto capítulo abordará as implicações no ato de pesquisar: tanto o encontro com o mestrado, quanto ocupar o lugar de pesquisadora produziram um constante repensar sobre as minhas práticas como trabalhadora. Ao percorrer diferentes itinerários, na companhia de meus companheiros de grupo - além do deslocamento dos corpos – diferentes ideias e concepções também se movimentam.

1. CAPS como espaço de cuidado em saúde mental

Segundo documento do Ministério da Saúde publicado em 2004, “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial”, caberia ao CAPS o papel de articular a rede em seus diversos âmbitos, ofertando o atendimento à população de sua área de abrangência e promovendo a “reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.” (BRASIL, 2004, p. 13). Portanto, se o serviço tem como objetivo promover a articulação, a circulação e a inserção de seus usuários em seus territórios, ou seja, produzir novas possibilidades, o fato de tornar-se o principal (às vezes, o único) lugar de inserção dos mesmos parece contraditório. Neste mesmo documento é ressaltada a necessidade de a equipe olhar para cada usuário de forma singular e traçar (conjuntamente com o usuário) seu plano terapêutico, estando atenta às diferentes intensidades de tratamento que cada pessoa necessita. Para dar conta destas questões, geralmente os CAPS fornecem uma grade de atividades variadas, incluindo: oficinas, grupos terapêuticos, atividades de lazer, passeios, atendimentos individuais, etc. Há, porém, o risco desse projeto terapêutico tornar-se um projeto de vida restrito ao que é proporcionado pelo serviço.

Em meu cotidiano de trabalho, é perceptível que os profissionais ficam inseguros quanto ao acesso dos usuários a outros pontos da rede, ponderando se a Atenção Básica daria seguimento ao tratamento, se longe do olhar do CAPS os usuários continuariam fazendo uso dos medicamentos, por exemplo. Insegurança pela qual algumas vezes também fui capturada. Existe também uma dificuldade dos profissionais da Atenção Básica em realizar o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. São constantes os relatos de médicos mostrando-se temerosos quanto ao ato de prescrever ou realizar a manutenção de psicofármacos², como se a figura do psiquiatra fosse imprescindível. Uma relação, entre esses dois níveis de atenção à saúde, ainda muito marcada pela medicalização e pela figura do médico especialista: marcas do poder psiquiátrico. Entretanto, será que a presença desse profissional é sempre necessária? Seria possível pensar em uma desinstitucionalização que implique também na alta do tratamento psiquiátrico?

² Apesar de este ser um recorte de minha experiência em um município específico, em conversas com profissionais de outras cidades e em encontros de saúde mental a situação apresenta-se de forma muito semelhante.

À luz do pensamento foucaultiano, podemos afirmar que a reforma psiquiátrica se deu no momento em que a sociedade já era psiquiatrizada, as portas do manicômio foram abertas no momento em que a psiquiatria e suas práticas disciplinares estavam disseminadas no social. Então, por que a figura encarnada em um determinado profissional ou em determinado estabelecimento de saúde ainda se faz tão importante?

Palombini (2007) retoma Foucault em “História da Loucura” e a crítica que o mesmo faz à psicanálise ao transpor para o *setting* analítico o tratamento moral utilizado no asilo, apesar de reconhecer que a metodologia clínica concebida por Freud possibilitou o resgate do valor de verdade da palavra dos loucos. A “História da Loucura” não se baseia em um saber sobre a loucura, mas no reflexo da relação da mesma com o social e com as lógicas de exclusão produzidas. A loucura como um objeto historicamente construído. Alguns anos depois, o mesmo autor discorreu sobre a passagem do poder soberano para o poder disciplinar e a disseminação do mesmo. Assim, era considerado como anomalia tudo o que escapava ao poder disciplinar, e esses resíduos justificavam a criação de novas disciplinas. Neste contexto, o doente mental era considerado, por Foucault, o resíduo de todos os resíduos (PALOMBINI, 2007).

Foucault em “O Poder Psiquiátrico” (2012) afirma que seu interesse é mostrar a microfísica do poder e não a análise da instituição [do asilo]. Se no asilo deveria reinar a ordem a partir de uma disciplina aplicada aos corpos, era preciso a constituição de um saber médico a fim de permitir uma observação exata dos mesmos. A cura só seria possível no interior do asilo. Neste local, marcado por uma relação não recíproca de poder, a instância médica operava como poder bem antes de funcionar como saber. Portanto, o corpo do louco devia se tornar dócil e submisso. As relações de poder constituíam o núcleo da prática psiquiátrica e a partir daí é que orbitavam outros elementos, tais como o asilo e os discursos de verdade. Quando Pinel liberta as correntes que prendem os loucos, estabelece uma dívida a ser paga de duas formas: pela obediência e pela cura. Cura essa alcançada através da submissão à disciplina do poder médico. Segundo Foucault, a antipsiquiatria irá justamente promover uma crítica a esse poder e ao estatuto de verdade que lhe é conferido.

Não estaria essa dívida, acima apontada por Foucault, ainda sendo cobrada? Os serviços substitutivos também correm o risco de se burocratizar e reproduzir práticas disciplinares. Do mesmo modo, a busca pela docilização dos corpos apontada por

Foucault (2012), se atualiza de diferentes formas nas dinâmicas dos serviços: os usuários que “não aderem a seu PTS (Projeto Terapêutico Singular)”, o “se necessário”³ e a internação usada como castigo ou forma de silenciar, além de toda uma verticalização do cuidado.

Diferente de outras especialidades médicas onde há uma maior precisão ao relacionar o funcionamento do corpo e seus diferentes órgãos com a doença, a psiquiatria precisou de outros recursos para sustentar seu poder/saber. Esse saber não anatomicamente localizado também reforça a necessidade de todo um campo de saber/atuação profissional. Era preciso o isolamento do louco, afastamento da família, a ordem disciplinar era uma condição para uma observação exata, e a cura só seria possível pela reclusão (FOUCAULT, 2012). Manobras que conferiam ao asilo a possibilidade de operar como dispositivo de poder e que permitia a produção de discursos de verdade; não era a técnica médica que estava em questão. Não estaríamos também naturalizando o lugar de especialismo conferido à saúde mental nos dias de hoje? Tomando o CAPS como o detentor do saber sobre a loucura, não estaríamos novamente restringindo a loucura um espaço?

Ainda parece ser um tanto quanto nebuloso o que se faz em um CAPS. Apesar das tecnologias usadas serem em sua maioria leves e leve-duras⁴, por que a atribuição a esses serviços como “o local” para o cuidado do sofrimento psíquico? A rotina de trabalho em um CAPS é permeada por atos de cuidado, pela troca, pela possibilidade de olhar singularmente para cada usuário, pela possibilidade inventiva frente a uma nova situação. Entretanto, é o saber tecnológico que parece predominar no imaginário tanto dos trabalhadores quanto da população em geral. Desta forma, as tecnologias leve-duras e duras (a prescrição de medicamentos, as técnicas psicoterapêuticas, produção de laudos e atestados, indicação de internação, etc.) estão mais presentes nos discursos ao designar o CAPS como lugar de tratamento em saúde mental. Contradições que aparecem na prática, por exemplo, quando a pessoa responsável pela higienização do serviço em que trabalho, em diversos momentos foi quem mediou situações de crises de alguns usuários, por estar no CAPS há muitos anos e possuir um vínculo fortalecido com algumas pessoas que lá frequentam.

³ Medicamento, previamente prescrito ao paciente, que deve ser administrado caso ele tenha uma “crise”.

⁴ Emerson Merhy (2012) discorre sobre as tecnologias desenvolvidas no cuidado em saúde e as subdivide em três categorias: leves, leve-duras e duras. Como tecnologia leve entende-se o vínculo e todo um trabalho artesanal onde o que predomina são as relações e não um saber científico. Trata-se de um “trabalho vivo em ato” com espaço para a criatividade (MERHY, 2012).

O saber especializado é o que parece justificar a necessidade desse aparato institucional, resíduo de um poder psiquiátrico ainda muito presente nas relações com a Atenção Básica. Assim como era o isolamento antes dado aos loucos, deve-se ter um lugar específico para quem é marcado por um diagnóstico psiquiátrico, mesmo com a remissão dos sintomas. Aspecto presente na fala de um médico da Atenção Básica pertencente à rede do município onde se desenvolveu essa pesquisa: “Como vão dar alta para alguém que toma Haldol⁵?”, o medicamento justificando o especialista, e não as necessidades da pessoa.

Outro aspecto que deve ser levado em conta é a existência de um imaginário social onde a loucura ocupa o lugar de periculosidade e anormalidade, imaginário que incumbe aos serviços de Saúde Mental como os únicos a dar conta desses usuários, restringindo assim seu tratamento a apenas esses serviços.

Além disso, é recorrente na fala dos próprios usuários que há no CAPS uma maior facilidade para a renovação de receitas médicas e aquisição de laudos, visto que as consultas são agendadas com hora marcada, sem fila e com um atendimento mais singularizado - o que não aconteceria na Atenção Básica. A forma como a rede está atualmente organizada (no município em questão) não prevê psiquiatras em nenhum outro ponto além do CAPS. Portanto, o desligamento do serviço implicaria a perda do acesso a esse profissional⁶.

Kantorski et al (2009) realizaram uma pesquisa voltada à avaliação de satisfação dos usuários em relação aos CAPS da região Sul do Brasil. Os serviços foram avaliados positivamente e um dos aspectos que se sobressaiu foi a rapidez com que as consultas eram marcadas, além da qualidade do atendimento ofertada pelos profissionais, algo que se destacava frente aos demais atendimentos disponibilizados pelo SUS. A possibilidade de socialização e os espaços de convivência também foram fatores que contribuíram para uma avaliação positiva.

Em um escrito conjunto entre usuários pesquisadores e acadêmicos vinculados à Pesquisa da Gestão Autônoma de Medicação (GAM), foi apontada a necessidade de fortalecimento dos serviços substitutivos, assim como das relações com a comunidade, incluindo a comunidade acadêmica. Na fala dos usuários pesquisadores, fica demarcada

⁵ Medicamento frequentemente prescrito a pacientes com o diagnóstico de psicose.

⁶ No decorrer da escrita dessa dissertação, o município passou a implementar ações de matriciamento, e uma das psiquiatras do CAPS começou a participar mensalmente de discussões de casos ou atendendo conjuntamente com médicos em três unidades básicas de saúde.

a necessidade de um cuidado para além do tratamento medicamentoso, maior atuação do controle social e um lugar especial à circulação por demais espaços da cidade:

Alguns profissionais não nos estimulam a nos conhecermos melhor e, de posse desse conhecimento, termos uma vida ativa. É quando ainda fazem a atividade do pescador: entregam-nos o peixe pescado e não nos ensinam a pescar. Nós, usuários, muitas vezes nos sentimos como os próprios peixes pescados, em função do modo como alguns CAPS funcionam. Um de nós conta a experiência de quando vivia no Piauí e os pescadores colocavam milho com ceva na água para que os peixes “viciassem”. Em poucos dias, os peixes não sabiam mais buscar comida e ficavam dependentes dessa ceva. Às vezes, sentimo-nos assim com relação a alguns CAPS que frequentamos, quando não favorecem nem estimulam maior circulação na rede, não só nos serviços, mas em outros espaços da cidade. Isso acontece também quando esses serviços restringem à medicação o tratamento em saúde mental (FLORES et al, 2015, p. 264).

A narrativa prossegue afirmando que, em outros casos, mesmo com a iniciativa de alguns CAPS em fomentar parceria com outros setores, buscando uma maior circulação pelos espaços, haveria um descompasso entre a sociedade e as demandas de reinserção (FLORES et al, 2015).

Entretanto, se por um lado existe uma ambivalência entre permanecer ou não sob a tutela do CAPS, a proposta dos serviços substitutivos é justamente proporcionar outros direcionamentos para o cuidado em saúde mental. Então, o que mais estaria promovendo essa nova forma de institucionalização nos serviços?

1.1 CAPS: uma nova forma de institucionalização?

O CAPS emergiu como uma promissora aposta para o rompimento com o modelo hospitalar, objetivo tão desejado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Depois de três décadas de existência e da consolidação desses dispositivos no modelo assistencial no campo da saúde mental, torna-se fundamental dedicar um olhar mais atento para a prática desenvolvida nestes espaços.

Para que os CAPS venham a ser realmente novos serviços, rompendo com a estrutura teórica e prática do modelo hospitalar hegemônico, faz-se necessário que o atendimento ali ofertado esteja comprometido com necessárias rupturas de ordem ética, política e epistemológica em relação ao status quo representado pela atenção tradicionalmente prestada pela rede pública e conveniada de saúde mental, sobretudo nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos. (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006, p.3).

Silvio Yasui (2010) defende o CAPS como uma “estratégia”⁷ de transformação da assistência cuja efetividade dependeria de uma rede de cuidado maior. O CAPS não pode ser tomado apenas como um serviço, mas como produtor de atos de cuidado e sempre vinculado à rede. Portanto, suas estratégias não podem ficar restritas à implementação do serviço e ao que acontece dentro dele. Além disso, a saúde deve ser vista como uma produção social e as demandas daqueles que buscam atendimento devem ser olhadas para além da doença, atentando para que as ações não se tornem tutelares e controladoras. Para o autor, é imprescindível que os serviços substitutivos operem conforme a lógica do território e estabeleçam conexões com os diferentes dispositivos existentes no mesmo: “Trata-se de criar uma intensa porosidade entre o serviço e os recursos de seu entorno. Significa também (...) criar outros recursos, inventar e produzir, ocupar o território da cidade com a loucura” (YASUI, 2010, p. 129). Então, aos CAPS ficaria a incumbência de articular ações com diferentes campos (Educação, Assistência Social, Trabalho, etc.), o que, segundo o autor, mostra a importância da intersetorialidade para não se correr o risco de reproduzir novamente o funcionamento de instituições totais (vide o manicômio) na produção de um cuidado que causa dependência e isolamento.

Entretanto, há uma dificuldade de se promover essas articulações, e os equipamentos de saúde, geralmente encarregados de “apagar incêndios”, acabam por dar um espaço menor a ações intersetoriais. No CAPS onde se desenvolveu essa pesquisa, isso é bem presente. As ações intersetoriais, na maioria das vezes, estão relacionadas a eventos pontuais, como em discussões de caso envolvendo determinada pessoa ou família que, devido à complexidade da situação, torna necessária a articulação com diferentes serviços da rede. Porém, são escassas as ações voltadas para a apropriação do território de forma mais ampla, talvez porque ainda fique muito a cargo dos profissionais tomarem essa iniciativa e, pela sua excessiva demanda de trabalho, estes acabam destinando pouco tempo àquilo que não lhes parece urgente. Também é necessário um maior investimento da gestão para produção de parcerias (como educação, trabalho, esporte, etc.), visto que algumas das pactuações não dependem somente dos técnicos que atuam nos serviços.

⁷ O autor usa o termo “estratégia” a partir da saúde coletiva, levando em conta as realidades locais, atores e recursos, diferenciando-o de “programa” que remeteria a algo acabado, vertical.

Aqui, cabe também ressaltar a peculiaridade da saúde mental devido ao estigma atribuído a seus usuários. Pande e Amarante (2011) apontam que, de um modo mais amplo, o transtorno mental é entendido pela psiquiatria como incurável. Seu caráter “crônico” e um inerente prognóstico degenerativo justificariam instituições “cronificantes” e até mesmo manicomiais. Na perspectiva de não haver cura para a doença mental, pessoas permanecem nos serviços sem receberem alta. Outro aspecto que justificaria a longa permanência dos usuários no CAPS é a visão de que esse seria um espaço para se “passar o tempo”, o que é defendido tanto pelos profissionais das equipes quanto pelos usuários e familiares, pois o CAPS é visto como um local “protegido”. Portanto, em nome do cuidado e da proteção, esses dispositivos acabam por perpetuar uma lógica de “cronificação”, muitas vezes, não investindo em outros recursos existentes no território.

Esse desinvestimento pode aparecer em uma veloz captura, como no relato de uma pessoa que iniciou o tratamento no serviço após uma internação no hospital geral e teve como plano terapêutico inicial permanecer o dia todo no CAPS. Em uma das assembleias, quando estávamos conversando sobre o cuidado intensivo e quem permanecia em atendimento diário ela disse: “Mesmo que eu fique boa, quero continuar vindo aqui todos os dias”. Essa cena produziu um estranhamento, pois a pessoa em questão estava frequentando um serviço de saúde mental pela primeira vez, além disso, tinha uma história de vida bem ativa: no passado havia iniciado uma graduação, tinha trabalhado por alguns anos no setor financeiro e possuía uma rede familiar extensa. Então, por que essa vontade de permanecer naquele espaço? Como a equipe responde/ produz essa vontade? Afinal, essa afirmação não parece ser algo individualizado, um desejo singular. De certa forma, ela parece ecoar em diversas outras pessoas que frequentam o CAPS, tanto que a redução do tempo em que se permanece na ambiência⁸, muitas vezes, se torna uma negociação difícil. Na construção ou reestruturação dos Projetos Terapêuticos Singulares, não raros são os casos em que os usuários querem permanecer no serviço, em atenção diária, mesmo com a melhora ou a remissão dos sintomas.

Para situar a forma de funcionamento de um CAPS, é necessário frisar que o mesmo possui diferentes modalidades de atendimento. Alguns usuários frequentam o

⁸ Em alguns serviços também chamados de “convivência”, “ambiente de convivência”, “CAD” (Centro de atenção diária). Sabe-se, também, de alguns CAPS onde esses espaços não são implementados.

serviço para atendimentos pontuais: consultas com determinados membros da equipe, participam de grupos específicos. Outros, porém, permanecem o dia todo no serviço. A esses é conferido o direito a refeições no local e recebem, em alguns casos, medicação assistida. Então, para dar conta desses atendimentos em regime de atenção diária os CAPS criaram a “ambiência”.

Assim, a ambiência imprime um ritmo diferente do atendimento ambulatorial ofertado pelo CAPS⁹. Assemelhando-se mais ao funcionamento de uma casa, ela também é pensada para favorecer a convivência e criar laços. É um local de encontros que parece destoar da cidade, é possível passar o dia todo “jogando conversa fora”, os intervalos de tempo são marcados pelas refeições ou pelos horários do medicamento. Situado no centro da cidade, inúmeras vezes passamos a tarde “olhando o movimento”, uma “atividade” que não é mais tão frequente nos habitantes dos centros urbanos. Um tempo que remete às cidades do interior de antigamente: fuma-se palheiro, escuta-se rádio (a televisão não é tão utilizada). Ali também é onde fica a horta e todos costumam ficar conversando sentados sob a copa de uma jabuticabeira. Nesse espaço, tem também uma cozinha, e nela os frequentadores preparam o café e o chimarrão. Em certa ocasião – devido a problemas administrativos – os almoços ficaram alguns dias sem fornecimento pela prefeitura. Os usuários, então, realizaram uma “vaquinha” e começaram a preparar suas refeições. Trata-se de um espaço um tanto quanto paradoxal: ao mesmo tempo em que remete a algo pacato, é o local onde acontece a maioria dos episódios de crise, afinal é destinado aos “pacientes mais graves”; é também por onde entra a ambulância quando é necessário hospitalizar algum usuário. Mas também não é raro que, em um episódio de crise, os próprios frequentadores ajudem a lidar com a situação: avisam um técnico quando percebem que alguém “não está legal”, evitando que a situação progrida para um surto, ou, mesmo quando uma situação de crise emerge, ajudando a dar continência à pessoa em sofrimento.

Entretanto, os critérios para a permanência na ambiência são um tanto quanto nebuloso: vão desde o acompanhamento de pessoas que acabaram de sair de uma internação no hospital geral; pessoas, já acompanhadas pelo serviço, que estariam passando por sofrimento maior motivado por algum episódio em sua vida; ou aqueles que, devido a algum conflito com a família ou comunidade têm de permanecer por

⁹ É importante ressaltar que os CAPS possuem distintas formas de organização, aqui será retratada uma realidade específica, sem o intuito de generalizá-la.

menos tempo em casa, ou seja, pela necessidade de um cuidado/acompanhamento mais intensivo. Na própria concepção dos serviços, o atendimento diário é recomendado para as pessoas que estiverem em grave sofrimento psíquico ou em crise, com o objetivo de evitar a internação (BRASIL, 2004). Contudo, muitos estão lá apenas pelo espaço de convivência, por ser (a princípio) o único local como alternativa a ficar em casa. Nessas situações, o posicionamento dos profissionais da equipe também parece contraditório: ao mesmo tempo em que se faz uma crítica comparando a ambiência a uma “creche”, em outros momentos é constatada a relevância desse espaço, incluindo-o no projeto terapêutico singular de algumas pessoas. Há também casos em que, por falta de vagas em oficinas, os usuários têm a indicação de permanecer um turno no local. A equipe também se organizou para que, em nome de um cuidado mais aproximado, sempre permaneçam dois profissionais na ambiência, sendo um de nível médio e outro superior, e para dar conta dessa divisão criou-se uma escala. Entretanto, os profissionais médicos não estão incluídos na mesma, por realizarem uma carga horária menor que os demais profissionais, sendo priorizada uma agenda voltada aos atendimentos, na grande maioria das vezes, individuais¹⁰.

Os questionamentos oriundos dessa prática no campo da saúde mental vão adquirindo novos contornos na medida em que construo este projeto de pesquisa. Percebo que a maioria dos usuários, que tem como principal local de convívio o CAPS, não passou por instituições asilares ou por internações de longa permanência. Outras perguntas vão sendo produzidas: em que contexto emerge essa nova forma de institucionalização? Seria essa nova “cronicidade” um efeito colateral ocasionado pela maneira como nos apropriamos da desinstitucionalização? Qual o papel do CAPS na desinstitucionalização?

¹⁰ Fato recorrente em diferentes CAPS, devido às formas de contratações diferenciadas e às cargas horárias flexíveis, é comum que em serviços de saúde mental psiquiatras voltem-se aos atendimentos ambulatoriais, não participando das demais atividades do serviço (grupos, oficinas, acolhida, etc.). No município em questão, a gestão tem se mobilizado para que essa situação seja amenizada, ampliando a carga horária dos médicos, porém ela segue sendo, praticamente, a metade da carga horária dos demais servidores de nível superior.

2. Desinstitucionalização para além da desospitalização

Para respondermos as questões acima colocadas, não podemos tomar o termo desinstitucionalização de forma naturalizada. Nos diferentes processos da reforma psiquiátrica pelo mundo, esta questão foi tomada de distintas maneiras. Paulo Amarante (2007), em seu livro “Saúde Mental e Atenção Psicossocial”, atribui o surgimento do conceito de desinstitucionalização à Psicologia Preventiva criada nos Estados Unidos. Neste contexto, considerava-se como desinstitucionalização uma série de práticas de desospitalização que buscavam evitar a entrada de pacientes em hospitais psiquiátricos, a redução do tempo das internações hospitalares e a promoção de altas. Para atingir esse objetivo, foi criada uma série de equipamentos (hospitais-dia, lares abrigados, centros de saúde mental, etc.). Porém, o autor ressalta que a criação destes serviços acarretou um aumento de demanda psiquiátrica nos EUA, pois eles passaram a encaminhar pacientes para os hospitais psiquiátricos, funcionando, assim, em uma via de “mão dupla”: recebiam os pacientes egressos de altas hospitalares e promoviam a reinternação quando a situação era tida como grave.

Para Franco Rotelli et al (2001), a nova “cronificação” é oriunda de uma prática reformista que produziu a desospitalização, mas não se aprofundou no processo de desinstitucionalização. Desta forma, é mantida uma lógica manicomial fundamentada na dependência e na tutela.

Rotelli não explicita, mas parece haver a designação do termo “crônico” aos usuários que se institucionalizam nos novos serviços, independentemente de diagnósticos ou prognósticos atribuídos a essas pessoas. Assim, o uso dos termos “crônicos”, “cronificação” - que aparecem nos escritos de diferentes autores - estariam atrelados mais a uma relação restrita entre pacientes e serviços de saúde do que a uma nomenclatura utilizada pela medicina ao se referir a doenças crônicas.

Rotelli et al (2001) atribuem objetivos distintos à desinstitucionalização ao falar da reforma psiquiátrica realizada na Europa e Estados Unidos: para os reformistas, ela estava relacionada a uma renovação da psiquiatria, desvinculando-se da segregação; já para grupos mais radicais, o conceito se aproximava ao da antipsiquiatria na busca por extinguir todas as instituições de controle; e, para os administradores, era encarada como otimização de gastos a partir do não investimento em leitos hospitalares. Com este último objetivo, a desinstitucionalização foi amplamente realizada, ou seja,

reduzida à mera desospitalização. Este modelo produziu ao menos três efeitos: o primeiro está relacionado à continuidade da internação psiquiátrica, uma vez que, tanto nos Estados Unidos com na Europa, houve a redução do período de internação, entretanto cresceu a reincidência e, além disso, outras estruturas surgiram para ocupar esse asilamento, como as casas geriátricas. O segundo efeito é que os serviços territoriais não substituem a internação, mas convivem com ela. O último, revela o funcionamento em circuito do sistema de saúde mental, onde a internação entra como parte desta engrenagem. Portanto, a segregação pós-reforma não é mais estática, agora ela perpassa os diferentes serviços especializados, o que os autores chamam de uma dinâmica de circulação. Nesta circulação, os locais de internação – como os Hospitais Gerais – também têm seu espaço. Desencadeia-se um funcionamento em circuito dos serviços: o crescimento de “crônicos”, o sentimento de impotência da equipe técnica e a necessidade de locais para a internação temporária como uma válvula de escape: “o circuito é, entretanto, também um espiral, ou seja, um mecanismo que alimenta os problemas e os torna crônicos” (p. 23). Assim, o principal dilema dos serviços criados a partir da Reforma não seriam os pacientes egressos das longas internações nos hospitais psiquiátricos, mas os novos “crônicos”. Para Rotelli et al (2001, p. 27), “a Psiquiatria nascida das reformas faliu, seja no objetivo de superar a cronicidade, seja no objetivo de libertar-se da sua ‘função’ de coação e internação”.

Rotelli et al (2001) salientam que os psiquiatras italianos tinham a hipótese de que a problemática em torno da psiquiatria estava em isolar a doença, tomando-a como objeto à parte, separada do paciente, do social. Neste contexto, “a instituição” é definida como uma série de aparatos (legislativos, científicos, administrativos e de relações de poder) que se formam em torno da “doença”. Desta crítica, os psiquiatras italianos partem para o percurso da desinstitucionalização que se inicia pelo rompimento com a lógica problema-solução que busca explicações para a doença. Adota-se outro rumo: “a direção de uma intervenção prática que remonte à cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental - isto é, o problema - assumiu aquelas formas de existência e de expressão” (p. 29). Os autores propõem uma mudança de objeto, saindo da “doença” para o sofrimento e sua relação com o social. A partir dessa mudança, a desinstitucionalização torna-se processo na reconstrução do objeto. O que se busca não é mais a cura, mas a produção de vida, a sociabilidade. A desospitalização alcança o objetivo de não haver mais

internação psiquiátrica de longa permanência, o que não significa o término da desinstitucionalização: ao contrário, amplia-se seu campo de atuação, transformando-a em um processo social.

A desinstitucionalização italiana propôs um trabalho de desconstrução (que tem seu início no interior do manicômio) e possui alguns pressupostos. O primeiro é mobilizar todos os atores da instituição (trabalhadores, pacientes, administradores). Os técnicos são apontados como os principais atores da desinstitucionalização realizada na Itália. Foram eles que ativaram os demais atores, em um trabalho quase artesanal, diferenciando-se de outras experiências projetadas por “políticos reformadores”. Seria esse processo, produzido no interior da instituição, que possibilitou mudanças nas estruturas, na cultura e nos sujeitos. Outro pressuposto é que o objetivo da desinstitucionalização é o de transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos, principalmente com os pacientes. Outro apontamento ainda é que as transformações institucionais se dão a partir de dentro, sendo necessário usar da energia interna da instituição para fazer seu desmonte. As novas estruturas criadas como serviços substitutivos não são construídas externamente, elas surgem da transformação do próprio manicômio (recursos financeiros, pessoal, etc.). O último ponto é que a desinstitucionalização constrói serviços substitutivos que prescindem da internação, pois eles devem atender às necessidades de saúde mental de seu território. (ROTELLI et AL, 2001).

Talvez, a forma de desinstitucionalizar seja uma das principais diferenças entre a reforma italiana e a brasileira que, apesar de inspirar-se na primeira, seguiu outros rumos.

2.1 Desinstitucionalização no Brasil

No Brasil, no final da década de 70, aponta-se como um dos marcos para o início da Reforma Psiquiátrica o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que denunciou os maus tratos dentro dos hospitais psiquiátricos e pediu a regularização da situação dos trabalhadores de saúde. Nesse período, diferentes congressos e encontros de profissionais de saúde mental foram realizados, fomentando a discussão em torno do modelo asilar dos hospitais psiquiátricos brasileiros e a defesa dos direitos

dos usuários. Tornou-se explícita a crítica à psiquiatria ter se tornado um negócio lucrativo através de convênios com o INPS (dentro de um processo mais amplo do modelo médico previdenciário). Dentro desse cenário, a Reforma Psiquiátrica foi sendo construída por atores que acreditavam em uma possibilidade de transformação. (YASUI, 2010; AMARANTE, 1995a)

Amarante (1995b) aponta para importância do Projeto de lei Paulo Delgado no ano de 1989, que propõe a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico e sua substituição por outras modalidades de cuidado. Portarias do Ministério da Saúde, regulamentadas no início da década de 90 e que estabeleciam o financiamento para outros procedimentos em Saúde Mental, não mais restringindo o repasse de dinheiro às ações hospitalares ou consultas ambulatoriais, repercutiram na diminuição de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos. O autor ressalta que, ao se falar em desinstitucionalização, não podemos ficar restritos à desospitalização. Assim, no Brasil buscava-se uma concepção de desinstitucionalização mais ampla, não atrelada à mera desospitalização e à criação de uma rede de atenção extra-hospitalar territorializada, mas à construção de uma nova realidade. A desinstitucionalização tomada como um processo ético: “de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1995b, p.4).

Nessa nova configuração, os CAPS ocuparam um lugar de grande importância para a construção de novas práticas em saúde mental, sendo propostos na política como um equipamento substitutivo ao modelo hospitalar. Os primeiros CAPS surgiram no estado de São Paulo. Na capital, no ano de 1987, foi criado o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira e posteriormente, na cidade de Santos, os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial). A experiência santista torna-se emblemática na superação do modelo hospitalar por realmente propor o fechamento do manicômio, substituindo-o por um serviço territorializado com funcionamento 24 horas/dia e que realizava atendimento à crise. (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006; YASUI, 2010).

Entretanto, a desinstitucionalização brasileira ainda se depara com uma série de impasses. Ainda não temos a real desmontagem do hospital psiquiátrico, e os serviços substitutivos territorializados não conseguem atender a demanda de saúde mental da população. Não é incomum, por exemplo, que uma internação em saúde mental sirva como “porta de entrada” para o usuário em um CAPS.

Portanto, a expressiva utilização do recurso de internação e as reincidências da mesma, ainda que em hospital geral, estão muito presentes nas práticas de cuidado no Brasil, onde a maioria dos estados não implantou um modelo de atenção organizado pelos CAPS III, não havendo um acolhimento noturno e nos finais de semana. A atuação dos CAPS em situação de cuidado à crise acaba por ser muito restrita, tornando imprescindível a existência do hospital geral. Equipes com um número de profissionais reduzidos e o fato de haver um serviço externo habilitado a “dar conta” de situações mais graves, autorizariam aos profissionais dos CAPS a contar com a internação, talvez, como uma extensão do cuidado. Além disso, há todo um enfoque biomédico dado às questões de saúde mental, diferentemente do que foi proposto na Itália.

Se a Rede de Atenção Psicossocial ainda está muito aquém do previsto e a internação hospitalar segue como recurso imprescindível, uns dos pontos mais timidamente trabalhados no processo de desinstitucionalização, em contrapartida, é a dimensão sociocultural. Amarante (2007), retomando as propostas de Rotelli, ressalta que não devemos olhar para o campo da saúde mental como um modelo, mas como um complexo processo social, algo em movimento e constante transformação. Para o autor, a dimensão “sociocultural” é estratégica pela sua possibilidade de promover a mudança no imaginário social - através da produção cultural e artística - transformando, desta forma, as relações estabelecidas entre sociedade e loucura. Em suma, o uso de dispositivos de arte e cultura, produzidos pelos atores envolvidos no processo da reforma, que possam ampliar o saber sobre a loucura, levar a discussão acerca desse campo para outros lugares, não restritos à saúde.

Se o processo da reforma psiquiátrica não pode ser reduzido à reestruturação dos serviços, identificar formas de intervir no imaginário social torna-se uma questão cara a essa pesquisa, pois ampliar os espaços possíveis para a loucura demanda também uma transformação do social.

2.2 Lugares da loucura

Se a Reforma psiquiátrica se propõe a construir outro lugar para a loucura, parece prudente estar atento para saber que local é esse. Como não tornar o CAPS o único lugar possível para a loucura? Neste cenário, onde a desinstitucionalização não se

esgota no processo de desospitalização, os serviços substitutivos podem reproduzir a lógica manicomial, fazendo com que a cronicidade se atualize de outra maneira.

A negação da instituição não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (ROTELLI e AMARANTE, 1992, p.44).

Torna-se importante frisar a necessidade de oferta de cuidado para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico. Entretanto, é preciso olhar para o processo de desinstitucionalização não apenas como o fechamento de hospitais psiquiátricos, mas, sobretudo, proporcionar uma reflexão sobre os processos de segregação, historicamente produzidos em torno da loucura.

Alverga e Dimenstein (2006) apontam que, nos últimos anos, o direcionamento da saúde mental para a inclusão dos excluídos esteve baseado no ideal de uma sociedade igualitária e no resgate da cidadania dessas pessoas. Destacam a importância da reinserção social e a produção de autonomia do usuário para a continuidade do processo de desinstitucionalização. Porém, criticam a reabilitação psicossocial fundamentada no direito à cidadania, pois se trata de uma concepção baseada na institucionalização da loucura, visto que a cidadania está extremamente relacionada à razão. Propõem uma desinstitucionalização do social que vise trazer à cena a desrazão:

Assim, distintamente de uma reinserção social – que implica, quase sempre, a culpabilização do indivíduo colocado à margem, bem como uma avaliação da falta de adequação social e necessária adaptação ao que lhe marginalizou –, sabe-se que a reforma deve buscar a emancipação, não meramente política, mas, antes de tudo, uma emancipação pessoal, social e cultural, que permita, dentre outras coisas, o não enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social; que passe a encampar todas as esferas e espaços sociais; que permita um olhar mais complexo que o generalizante (ALVERGA, DIMENSTEIN, 2006, p.303).

Essa relação entre cidadania e razão também é colocada em discussão por Birman (1992), quando alerta que, para além de uma dívida social que confere direitos aos doentes mentais que passaram por uma histórica exclusão social, há um paradoxo na relação loucura e cidadania. Paradoxo esse que emerge no século XIX, com a criação da doença mental e a retirada de qualquer verdade de quem fosse considerado louco. A loucura revela outras formas de existência, diferente do sujeito da razão iluminista, sendo fundamental o reconhecimento de que na loucura não há uma dívida nem a necessidade de transformação em outro tipo de sujeito - o da razão.

Alverga e Dimenstein (2006) falam sobre o “desejo de manicômio” que perpassa o tecido social e que, muitas vezes, é reproduzido – na forma da institucionalização – pelas equipes de saúde mental. A partir de uma releitura de Guattari, discorrem sobre a “ordem capitalística” e de sua estrutura de produção de signos, de uma subjetividade capitalística e, por consequência, uma subjetividade manicomial. Nesta produção subjetiva é que se atualizariam os “desejos de manicômio”.

Alguns autores retomam o conceito deleuziano de “sociedade de controle” ao problematizarem formas de cuidado produzidas em serviços substitutivos. Se o manicômio estabelecia o enclausuramento como prática de cuidado da loucura remetendo à lógica da “sociedade disciplinar” foucaultiana, as instituições criadas pós-reforma teriam suas fronteiras diluídas, prescindindo do confinamento e assumindo uma lógica mais fluida. Os manicômios deixam de ser um espaço físico para tornarem-se “manicômios mentais” - em alusão ao termo cunhado por Peter Pál Pelbart - e criam-se outros mecanismos de poder na homogeneização da subjetividade. (ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006; AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; SILVA, 2008; YASUI, 2010).

A partir dessa premissa, torna-se necessário repensar a desinstitucionalização, pois sua compreensão não pode estar somente atrelada ao poder institucional da sociedade disciplinar. Ela passa a assumir um caráter mais fluído e em rede. Além de estratégias no campo da macropolítica – na construção de políticas públicas –, é preciso, voltar-se à “construção de micropolíticas da diferença”. (ROMAGNOLI et al, 2009, p. 205).

Portanto, mais do que o fim dos manicômios, reivindicado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, há outra luta a ser travada:

Assim, a estratégia macropolítica da luta antimanicomial em si é insuficiente porque facilmente pode reduzir a desinstitucionalização a um mero deslocamento de território do manicômio, do hospital para os serviços substitutivos quando não atenta para os mecanismos da lógica manicomial em seus efeitos de serialização e estrangulamento da vida. Nesse contexto, ela pode reproduzir modos de trabalho burocratizados e conformado-conformadores que se restringem aos espaços dos serviços mesmos, impedindo que a criatividade e a invenção tenham lugar. (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009, p. 330).

Em um determinado momento a loucura foi capturada por um discurso que a desqualificava como linguagem, pois escapava à razão, ou seja, a uma verdade. A loucura como ausência de obra é afirmação proferida por Foucault para esse lugar de

não saber, da desrazão que a loucura ocupara. Em seu livro “História da Loucura na Idade Clássica”, Foucault (1978) aponta que o enclausuramento dos loucos na Renascença não passava por uma racionalidade médica, por um saber acerca de uma patologia. Além disso, a prática do internamento não se restringia à loucura, pois estava referida a uma massa que incluía outros desviantes. O autor, ao falar sobre a segregação da loucura na idade clássica, evoca Descartes e o advento do pensamento racionalista, onde há a equiparação entre loucura, sonho e todas as formas de erro. Porém, para Descartes, à primeira é atribuído um maior perigo, devendo ser combatido com o exercício da razão¹¹.

Peter Pál Pelbart (1990) fala sobre a complexidade e a necessidade de se problematizar o lema da reforma “Por uma sociedade sem manicômios” de uma forma mais radical. O autor questiona o lugar a ser ocupado pela loucura, no plano cultural, com o fim do asilamento dessas pessoas. Elas ocupariam um lugar das minorias (como as crianças, homossexuais, índios, etc.) garantindo assim direitos, porém despotencializando sua possibilidade de desterritorialização e correndo o risco de eliminar a diferença em vez de acolhê-la. Questiona o que acontecerá com a desrazão se ocorrer a diluição da singularidade do “louco”¹² na sociedade: “Será que a libertação do louco não corresponde, no fundo, a uma estratégia política de homogeneização do social?” (p. 133). Ao problematizar o manicômio para além de suas estruturas físicas e o aprisionamento do pensamento pela racionalidade, intitula o “Manicômio Mental” como uma nova forma de clausura. A questão não se resolve ao banir os manicômios e acolher os loucos, se mantivermos o manicômio mental e o aprisionamento da desrazão. Retomando Foucault, aponta para a simultaneidade do aprisionamento dos loucos nos hospícios e do pensamento à racionalidade. O continente europeu iniciou o processo de enclausuramento dos loucos, justamente no mesmo século em que o pensamento racionalista - encabeçado por Descartes - propunha a impossibilidade de pensamento e loucura caminharem juntos: a clausura da desrazão. Pelbart declara: “Libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossa sociedade dos manicômios” (p. 135). O fim do manicômio mental daria direito à desrazão.

¹¹ Sobre a reflexão do Cogito cartesiano na obra de Foucault, cabe lembrar o livro “Três tempos sobre a história da loucura”, organizado por Ferraz (2001), que inclui o debate (em forma de três textos) entre Jacques Derrida e Michel Foucault.

¹² O autor diferencia o louco (personagem social) da loucura entendida, aqui, como desrazão.

Uma das propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial. Porém a expressão “ao modelo” aparece muitas vezes suprimida na fala e até mesmo na escrita. Mais do que um simples esquecimento, a retirada desse termo pode deflagrar uma questão maior: Queremos substituir um equipamento ou promover uma mudança na forma de concepção da loucura?

Portanto, dentro de um contexto onde a forma vigente de desinstitucionalização acaba por produzir novas formas de institucionalização, como operar com o resíduo manicomial que independe do espaço físico? Enquanto as ações ficarem restritas a um único serviço parece que esta situação se perpetuará. Em que medida o CAPS estaria operando como um serviço substitutivo dentro de uma rede maior? Como fazer esse deslocamento? Quais itinerários são possíveis de serem percorridos (saindo do percurso casa/CAPS)?

3. Cidade e loucura

“Desde sempre, o hábitat e o espaço constituíram um dos pontos fundamentais da psiquiatria. De fato, a história da psiquiatria é uma história de espaços, de recintos, de muros, de definições e delimitações verdadeiras e/ou simbólicas, externas ou internas às pessoas” (VENTURINI, 2016, p. 117).

Parece necessário olhar para essas questões permanecendo atentos ao que ocorre fora dos serviços: estaria a cidade acolhendo esses usuários? A existência de uma lógica manicomial presente nos processos de subjetivação e influenciando os modos de se habitar a cidade, permitiria pressupor que a relação loucura e cidade pode ser vista como um analisador da desinstitucionalização (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009). Afinal, no contemporâneo, a figura do louco ainda está associada à doença mental e tem seu espaço de circulação restrito.

No intuito de pensar as relações estabelecidas entre o processo de desinstitucionalização e a cidade, esboça-se aqui um breve comparativo dos diferentes efeitos produzidos pela reforma psiquiátrica no Brasil e na Itália.

Baptista (2012) descreve uma cena de intervenção na cidade de Trieste, na década de 70, para retomar Basaglia e sua afirmação de que o fim do manicômio seria uma violência à sociedade. Assim, é narrada a cena de um cortejo realizado pelos pacientes e trabalhadores do hospital psiquiátrico após a morte de um cavalo que por anos auxiliou nas tarefas do asilo. Foi uma festiva e alegórica caminhada que atravessou a cidade, uma intervenção na polis marcando essa violência desejada pelo psiquiatra italiano, na medida em que desacomoda aqueles tão acostumados com a segregação geográfica da loucura.

Venturini (2016) ao retomar a experiência do fechamento do manicômio, em Ímola no início da década de 80, aponta para sua radicalidade, afinal ele deu-se por completo. Desta forma, os pacientes que possuíam algum vínculo com suas antigas residências retornaram a elas e aqueles que não tinham essa possibilidade foram acomodados em casas na comunidade. Os profissionais que atuavam nessas casas eram considerados “mediadores culturais”, dada a complexidade de inserir-se em um novo território. O autor descreve os diferentes níveis de uma “função pedagógica” necessária nesse encontro com a cidade: a) instrumentalizar as pessoas da comunidade para abordar as questões de sofrimento psíquico; b) auxiliar os pacientes a lidar com os

estereótipos; c) incumbir a sociedade da tarefa de estabelecer relações com os pacientes; d) atuar sobre “mecanismos de formação da imagem social” (VENTURINI, 2016). No contexto reformista italiano havia a intenção de deixar uma marca na cidade, uma vez que a radicalidade não estava apenas no fechamento total do hospício, mas também na transformação da e na polis.

No Brasil, a reforma e a inserção dos usuários na cidade parecem ter acontecido de forma discreta. Talvez por não ocorrer o fechamento imediato dos equipamentos hospitalares, mas uma transição gradual do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário. Como efeito, não houve grande impacto dessa transição na cidade.

Apesar da defesa do tratamento em liberdade e de um cuidado realizado no território, a relação com a cidade não fica tão evidenciada nas propostas construídas no início da reforma psiquiátrica brasileira. Provavelmente, não por uma falta de desejo de transformação da polis, mas por uma série de restrições, visto que o país estava saindo de uma ditadura e iniciando um processo de abertura política.

No documento que vai definir as atribuições do CAPS fala-se muito do seu papel articulador na rede (BRASIL, 2004). Posteriormente outros escritos irão abordar o território e a importância de ações no mesmo. Entretanto, mesmo cabendo ao CAPS articulação dentro do território, parece que resta ao serviço de saúde “adaptar-se” aos espaços “físicos e existenciais”, sendo sua proposta de intervenção limitada. Além disso, há uma predominância do caráter formal dessa rede, focando-se nas ações voltadas para o cuidado em saúde e garantias de direitos. Porém, como fica a entrada nessa cidade não burocrática, não tutelada pelo Estado? Seria possível fazer marcas e intervenções na cidade em grandes amplitudes assim como foi feito na Itália?

É necessário ter cautela ao comparar esses dois contextos, principalmente ao trazer essa discussão para o atual momento. Se por si só as cidades italianas se distinguem das brasileiras, como transpor um modelo de reforma ocorrido há décadas para o nosso cenário? Provavelmente, a Trieste da década de 70 operou com a chegada dos egressos do manicômio de maneira distinta de como se lida com o resíduo manicomial nas cidades de hoje. Não só pelo ineditismo da situação (libertação dos pacientes do hospício), mas, também, pela forma como se configuram as relações na cidade atualmente.

Venturini (2016) pontua que, ao se falar de integração no contexto do usuário de saúde mental, aborda-se a questão em uma via única, como se o “estranho” devesse se

adaptar ao cenário que lhe é apresentado, não prevendo uma transformação do espaço. O autor italiano, ao referir-se à cidade do século XXI, fala sobre a segregação e de como locais habitados pela elite acabam por investir, cada vez mais, na segurança, segregando determinados grupos: “A cidade desumana cancelou a ágora, o lugar da dialética e de confronto, o lugar da democracia” (p. 131), essa cidade precisaria de muros - reais ou não - que impossibilitem os encontros, as trocas.

Nesse aspecto, parece haver uma aproximação com o cenário brasileiro. A cidade não é mais vista como espaço promovedor de encontros, deseja-se agora uma circulação fluída com menos paradas. Mizoguchi (2009) fala do imperativo do medo e do paradoxo produzido na relação da loucura com a cidade contemporânea:

(...) em uma época essencialmente marcada por privatizações e individualismos, a segregação dá-se não mais pelo encarceramento dos anormais em espaços fechados, mas sim pela exclusividade da permissão à infiltração e ao deslocamento; tornada quase fútil e obsoleta a contenção arbitrária pela solidez de grades e muros - os quais, os jogando em seus interiores, excluem, segregam, reformam e docilizam aqueles que escapam à norma -, a decorrência finda por ser uma disseminação da evitação. (MIZOGUCHI, 2009, p.14)

Os muros que antes serviam para impedir a saída, como os do hospício que aprisionavam os loucos, são agora utilizados para impedir a entrada e promover o convívio entre iguais como, por exemplo, nos grandes condomínios: “A autorreclusão dos iguais, ao invés do aprisionamento dos distintos, se dá com a proliferação de espaços privados e público-privados cada vez mais autônomos em sua subsistência cotidiana de serviços e lazeres” (COSTA e FONSECA, 2013, p.26). Nesta “lógica dos condomínios” apresentada por Dunker (2009), onde presentifica-se o desejo de estar entre “iguais”, cria-se um estado especial de lei que irá fomentar rígidos regulamentos internos, garantindo segurança e proteção. Desta forma, a existência do condomínio implica o reconhecimento da barbárie, daquilo que não pertence aos “iguais”, ou seja, os excluídos.

Portanto, a falta de determinados espaços urbanos não parece ser “privilégio” apenas dos loucos. Esse esvaziamento dos laços comunitários perpassa a sociedade contemporânea como um todo. Assim, haveria um desafio ainda maior para os usuários de serviços de saúde mental: superar os estigmas na construção de novas redes e se inserir em um contexto no qual cada vez há mais enfraquecimento das trocas e dos encontros (SALLES e MIRANDA, 2016).

Guattari (1992) fala da cidade subjetiva atravessada por níveis singulares e coletivos das pessoas; a cidade como uma grande máquina que produz subjetividade. É necessário inventar uma democracia em que todos tomem a palavra em relação à cidade. “É o socius, em toda sua complexidade, que exige ser re-singularizado, re-trabalhado, re-experimentado” (p. 176). Uma cidade subjetiva em sua processualidade, aberta à invenção, ao heterogêneo.

Décadas após o início da Reforma, com o gradual fechamento dos manicômios e após uma série de conquistas políticas no campo da saúde, as questões surgem em outra dimensão: é possível produzir brechas na cidade para promover o encontro com a diferença? Como as ações dos serviços de saúde mental podem reverberar no território e criar novas possibilidades de se habitar o urbano? Como produzir brechas nos próprios profissionais de saúde mental, em seu olhar para os usuários, para o território?

3.1 Outros itinerários possíveis

Maria Cristina Carvalho da Silva (2008) fala sobre a segregação produzida pela recusa - do social ou da cultura - em conviver com o diferente, marginalizando e excluindo pessoas. Além disso, destaca outra face da segregação relacionada ao laço social e que, portanto, pressupõe o reconhecimento da alteridade: “(...) a exclusão produzida pela negativa em reconhecer no outro um saber, um discurso e a possibilidade de aí devir um sujeito desejante, com direito à cultura de seu lugar e com direito à mutação dessa cultura” (SILVA, 2008. p.17). Desta forma, quando há exclusão, há, conseqüentemente, o rompimento do laço social, uma vez que não existe a aposta que o outro tenha algo a dizer, a ensinar: “há a exclusão da e na polis”. A autora fala ainda das possibilidades de interação dos sujeitos com a cidade, sendo tais interações pautadas por relações de Lugar ou de Não-Lugar, conforme Marc Auge. Aponta para o paradoxo de que são justamente as marcas deixadas pelo não-lugar que elucidam o lugar de exclusão (como exemplo, retrata os moradores de rua e suas moradias improvisadas nas metrópoles).

Há todo um estigma no qual a loucura está vinculada à violência e à periculosidade, o que provoca, muitas vezes, a discriminação e o preconceito. Neste

contexto, não seriam os serviços de saúde mental um “porto seguro”? Um espaço para o encontro entre pares onde o estranhamento à diferença se dilui?

Portanto, se são poucos os espaços para desvinculação do lugar de usuário de saúde mental e se a rede social é restrita, temos que olhar para as possibilidades de circulação pela cidade.

Talvez, uma aposta seja a construção de novas visibilidades para os serviços de saúde mental, tensionando para que o que acontece dentro do CAPS também possa ser visto fora. Na tentativa de promover uma aproximação com a comunidade, o CAPS, de cuja equipe faço parte, tem realizado uma feira de artesanato em uma das principais ruas do município e um brechó que acontece no próprio serviço. Desta forma, pessoas que não possuem nenhum vínculo com o CAPS acabam conhecendo o local. Entretanto, as iniciativas ainda parecem muito tímidas.

Além disso, torna-se necessária a existência de um “outro lugar social para a loucura na cultura” que não seja homogeneizador e que não busque a domesticação, mas onde a diferença e a desrazão tenham espaço. Para tanto, não basta “suportar” o louco, é preciso uma mudança na sociedade, uma mudança na relação com a loucura (BIRMAN, 1992; YASUI, 2010).

O saber técnico, comumente, atribui o isolamento daqueles que possuem um sofrimento psíquico a um sintoma da doença, acobertando o caráter social da questão. Mas, o que inibiria os próprios usuários a circularem pela cidade?

Não se pode negligenciar a questão financeira, uma vez que a maioria dos usuários de CAPS encontra-se em vulnerabilidade econômica. Ter acesso a atividades de lazer, quase sempre, envolve algum gasto: pagar a passagem de ônibus, consumir algo, afinal, quase todas as atividades sociais da atualidade estão ligadas ao consumo. Um dos usuários, que utiliza o CAPS cotidianamente, era frequentemente visto, por membros da equipe que residem no município, passeando sozinho pelas ruas, caminhando em frente a estabelecimentos comerciais, escolas, ou mesmo, parado em frente à estação de trem. Esta situação parecia provocar um estranhamento na equipe. Uma vez, quando lhe foi perguntado o que ele costumava fazer quando não estava no CAPS ele respondeu: “depende!” e gesticulou com a mão um símbolo que representa dinheiro. A mim, essa conversa suscitou algo óbvio, mas que ainda não estava em questão: não fazemos sempre as mesmas coisas e, muitas vezes, é o quanto elas custam que vai determinar se podemos fazê-las ou não. Essa pessoa contou que gostava de

tomar “um cafezinho” na estação de trem, conhecia os donos e frequentadores do local, contudo, quando estava sem dinheiro ficava apenas em seu bairro.

A não inclusão no trabalho também se torna uma dificuldade. Poucos são os usuários tidos como “crônicos” que possuem um emprego formal. Nesse aspecto, o trabalho pode ser visto não só pela questão da renda, mas como um marco de inclusão social. Isso surge no relato de uma pessoa que, apesar de receber um benefício e gerenciar seu gasto, em diversos momentos referiu o desejo de trabalhar, pois queria ter uma namorada e sentia-se envergonhado por não ter um emprego e sua fonte de renda estar relacionada ao seu sofrimento psíquico. Ele percebia isso como um impeditivo na hora de conhecer pessoas.

Outras questões vão surgindo: Na efervescência da cidade, seria possível uma brecha, uma pausa para dar conta de um modo diferente de se apropriar do tempo? Na cultura “tempo é dinheiro”, é possível desacelerar e dar espaço a esses ritmos quase interioranos que se imprimem na ambiência? Estaria a cidade interessada em lidar com a diferença? Seria papel do CAPS ajudar a viver nesse outro ritmo?

Peter Pál Pelbart (1993) discorre sobre o paradoxo entre a maximização do tempo exigida pelo capitalismo e do tempo diferenciado que nos demanda o trato com a loucura. Existe uma dificuldade em suportar e dar uma ancoragem para esse tempo que é diferente, pois ele destoa do imperativo da produtividade. Assim, para o autor, a luta antimanicomial não deve ficar restrita a uma questão de espaço (a saída do manicômio para espaços abertos), também é preciso olhar para a política do tempo. Abrir-se para a diferença inclui a disponibilidade em conviver com a heterogeneidade dos tempos.

Com a desospitalização e a criação dos serviços substitutivos, os loucos passaram a viver na comunidade, entretanto, parece que não estão incluídos em um convívio social mais amplo. Essa circulação restrita limita a apropriação do urbano, assim como dificulta à cidade deparar-se com a diferença.

Os serviços também parecem ter dificuldade em promover essa circulação pelo território ou, muitas vezes, não se responsabilizam por essa tarefa. Devemos ter cuidado com o desejo de alta por parte dos profissionais. Na tentativa de “dar conta” das demandas de trabalho, pode-se precipitar o processo de alta dos usuários dos serviços. Se, muitas vezes, torna-se difícil a negociação do projeto terapêutico singular e a redução do tempo de permanência no CAPS, é preciso olhar para o que está sendo negociado. A proposta de redução de tempo no serviço seria, por si só, um “bom

negócio” para quem a recebe? Que outras coisas são possíveis de fazer nesse período em que não se estará mais no CAPS?

Na construção do PTS, a relação com a cidade nem sempre é levada em conta. Talvez olhar mais atentamente para as singularidades dos percursos e dos espaços habitados poderia ajudar na proposição de projetos terapêuticos. Conhecer os espaços potentes do território, ver o que acontece fora do CAPS, não ficando restrito apenas a outros serviços da rede, mas abrindo-se também para espaços não institucionalizados.

A intenção não é negar a necessidade de um serviço que se responsabilize pelo cuidado, mas ajudar a encontrar outros espaços possíveis. Talvez, seja o caso de apenas ajudar a nomeá-los, pois espaços não formais escapam àqueles que se focam em uma rede institucionalizada. Tomar como papel do CAPS o de auxiliar na construção de novas conexões, como, por exemplo, quando a assistente social do serviço, na tentativa de acompanhar um usuário que estava com dificuldades de encontrar uma moradia, entrou em contato com o proprietário de uma pensão que alugava quartos. Afinal, com o dinheiro do benefício ficaria praticamente inviável alugar e mobiliar uma casa. A profissional teve de mediar a negociação, como uma espécie de fiadora, assegurando que não haveria maiores problemas. Passado o temor inicial de alugar o quarto para um “louco”, o proprietário abriu suas portas para que outros frequentadores do CAPS se tornassem seus inquilinos.

Silva (2007) problematiza a função dos técnicos de referência nos CAPS: se antes o tratamento era isolar os loucos no hospício e a medicina, encarnada na figura do psiquiatra, tomava para si as técnicas de atuação nesse campo, nesse novo paradigma (pós-reforma) há uma transformação no papel dos trabalhadores de saúde mental. Nessa nova configuração, as ações dos profissionais não ficam restritas ao serviço, cabendo a eles também o agenciamento da rede. O autor aponta que, para essa inserção no território, há uma mudança no perfil dos profissionais e não só a loucura torna-se alvo das ações :

“(…) um fenômeno, ao mesmo tempo, técnico e político de desmontagem de especialismos em direção à atenção integral: o engajamento de profissionais “não-psi” no atendimento, a delegação de encargos pelo cuidado à família e a implicação de vizinhos e outros membros da comunidade nesse cuidado” (SILVA, 2007, p.210).

O técnico de referência ajudaria na construção de pertencimento ao território, mas também prevendo a implicação de familiares e comunidade no cuidado dos usuários.

A reforma psiquiátrica não está restrita à reformulação de serviços, mas é pensada como “um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam a transformar a relação da sociedade para com o doente” (AMARANTE, 1994, p. 43.). Nesta lógica, a desinstitucionalização é expressa por sua complexidade e seu caráter ético ao combater estigmas e promover o convívio com a diferença. No campo político, entra em questão a cidadania. Se no modelo hospitalocêntrico o direito do doente mental estava em receber tratamento, agora considera-se um outro lugar para o louco: o de sujeito político. Sair da condição de assujeitado - da condição de doente, de um corpo disponível a intervenções clínicas - para a produção de cidadania, tornando-se usuário do sistema de saúde que também luta por seus direitos. Como exemplos de protagonismo dos usuários estão a participação em diferentes fóruns de discussão, conselhos, além da criação de associações e cooperativas (TORRE; AMARANTE, 2001). Portanto, uma concepção de cidadania que difere da busca pela normatização e procura modos distintos de conviver com a diferença.

Assim, o CAPS poderia auxiliar na construção de dispositivos e pensar em outras formas de cuidado que produzem autonomia. Lancetti, em seu livro “Clínica Peripatética”, propõe uma clínica que escapa dos espaços formais, indo ao encontro da cidade, uma clínica que acontece em movimento e transborda as instituições de saúde mental. A desmontagem do manicômio passaria por transpor esses “muros” das instituições. Para o autor, o contato com a cidade promoveria conexões e o percorrer territórios (geográficos e existenciais) ajudaria a evitar a burocratização dos CAPS. Burocracia aqui estabelecida por um funcionamento restrito, onde os usuários têm de se adaptar ao que é ofertado e onde os profissionais escolhem os pacientes, ou seja, seguem em tratamento apenas aqueles que se moldam ao que é proposto pelo serviço (LANCETTI, 2012).

Pequenas ações que podem abrir brechas, como no dia em que, na companhia de dois usuários, fui ao Encontro de Pesquisa GAM que aconteceu na cidade de Porto Alegre, na UFRGS. Neste evento, eles participaram de uma roda de conversa composta por usuários de saúde mental de diferentes municípios do estado. Durante o encontro, um deles compartilhou comigo uma de suas impressões depois de passar o dia em uma universidade, imerso em discussões, algumas delas referentes ao mundo acadêmico: “O estudo é infinito!”. Logo me recordei da dissertação a ser escrita e prontamente disse que concordava. Essa saída pela cidade pode ter provocado alguns deslocamentos, pois

saímos de uma instituição de saúde para uma de ensino. Além disso, parece ter possibilitado um deslocamento de posição: de usuário do CAPS, agora ele estava falando do lugar de participante de uma pesquisa onde as relações entre profissional de saúde/usuário também se diluem, uma vez que nós éramos “participantes” de um evento. Abertura para possibilidades que, ali, parecia ter um caráter “infinito”.

Portanto, é importante pensar em outras formas de atendimento que promovam o compartilhamento de experiências daquilo que acontece fora do CAPS, suscitando outras estratégias de cuidado onde os planos terapêuticos também estejam voltados para a cidade e possibilitem as trocas sobre diferentes formas de experimentar o espaço urbano, não restringindo aos profissionais o lugar de quem tem o que falar sobre a cidade, sobre os espaços a serem conhecidos. Entretanto, isso pode não ser uma tarefa simples, pois muitos dos espaços não estão abertos à alteridade. Portanto, acompanhar esse processo parece imprescindível.

A questão da desinstitucionalização não será esgotada enquanto se buscar um ideal de cura atrelado ao fim dos sintomas ou a uma adaptação à determinada forma de estar na cidade. Talvez, o trabalho do CAPS esteja em promover agenciamentos no território, promover o encontro com a diferença, para, quem sabe, diluir esse estranhamento provocado quando nos deparamos com a figura do louco. Ou seja, o CAPS intervindo não apenas na relação dos usuários com a cidade, mas também intervindo no urbano, buscando produzir pequenas transformações que possibilitem abertura à alteridade.

4. O percurso metodológico

A questão que moveu esta pesquisa emerge do meu cotidiano de trabalho ao olhar para os usuários que tinham no CAPS seu único local de convivência. Começo a indagar-me sobre qual o motivo para a falta de circulação pela cidade, se os serviços substitutivos acabariam por perpetuar práticas que “cronificam” os usuários de saúde mental e se a ampliação dos laços sociais poderia ser um “antídoto” para isso. Como poderíamos promover novas formas de se relacionar com a cidade? Que outros lugares poderiam ser frequentados além do CAPS?

Com esses questionamentos, decidimos sair a campo na companhia dos usuários procurando pistas de como se estabelecem as relações entre cidade e loucura após décadas de reforma psiquiátrica, a conhecer as porosidades do urbano, outros locais possíveis além dos serviços de saúde mental. De início, pensamos em acompanhar individualmente alguns usuários e conhecer suas rotinas quando não estavam no CAPS, conhecer o bairro em que residiam e os recursos existentes no mesmo. Entretanto, a criação de um grupo despontou como algo mais interessante, apostando na troca e de que conhecer a cidade em grupo seria mais potente.

A ideia era acompanhar um pequeno grupo de pessoas que possuíssem uma longa trajetória de tratamento e de tempo de permanência diária no CAPS em seus percursos pelo território. O objetivo era criar uma oficina como espaço para o compartilhamento dos diferentes itinerários, abrindo, assim, a porta do CAPS para o que acontece fora dele. Nesta proposta – de um olhar não individualizado – o compartilhamento de experiência também teria seu lugar, produzindo, quem sabe, novos trajetos a serem percorridos conjuntamente. E, depois, poderia também contagiar os demais usuários e profissionais do serviço com a expectativa de constituir outros itinerários de desinstitucionalização.

A pesquisa-intervenção surgiu, aqui, como recurso para a criação de um dispositivo que possibilitasse que as experiências locais pudessem entrar em análise (ROCHA; AGUIAR, 2003), onde conhecimento e prática caminham juntos. Também por seu compromisso político e ético, na afirmação da inviabilidade de uma neutralidade no ato de pesquisar, tendo como ferramenta a análise de implicação e seu constante exercício de colocar em questão a participação do pesquisador (AGUIAR;

ROCHA, 2007; PAULON, 2005). Desta forma, a pesquisa-intervenção constituiu-se na estratégia metodológica que dava consistência ao nosso problema de pesquisa.

A pesquisa-intervenção tem origem na análise institucional e inova ao desconstruir a relação de neutralidade entre o pesquisador e seu campo, problematizando a relação sujeito/objeto. Nesse sentido, o ato de pesquisar pressupõe uma intervenção em uma via de mão dupla: produz-se mudança no campo e no pesquisador (PAULON, 2005). Trata-se de uma aposta em pesquisar “com” os participantes e não “sobre” eles, onde o objetivo não é representar uma realidade, mas tentar conhecê-la (KASTRUP, 2008).

Portanto a escolha por essa metodologia de pesquisa deu-se por sua potência em acompanhar movimentos, produzir rupturas, tanto na pesquisadora que, mobilizada por seu dia-a-dia de trabalho, buscava desnaturalizar fazeres e saberes já automatizados, quanto nos usuários que pareciam ter se “cronificado” em suas rotinas. Assim, convidamos seis usuários para participar de uma oficina onde, utilizando um mapa do município, cada participante narrasse os seus percursos habituais e pudesse assinalar no mapa suas trajetórias pela cidade. A proposta era compartilhar e repensar os diferentes espaços de circulação. Em um segundo momento, pensou-se que o grupo pudesse percorrer esses trajetos, conhecendo o percurso de cada um, indo a campo, abrindo-se àquilo que acontece ao caminhar pela cidade. Em um terceiro momento, construir um mapa comum a partir desses diferentes itinerários e ver o que de novo surgiria. Além da troca e da possibilidade de conhecer os trajetos de outros participantes da oficina, também estaríamos abertos ao imprevisível, ao que fosse surgindo durante as caminhadas.

A realização desta oficina serviria também como dispositivo de contágio tanto entre os usuários como entre os profissionais: abertura para o que acontece fora do serviço, para os deslocamentos não institucionalizados que nós, trabalhadores, muitas vezes, desconhecemos. Além disso, aproximar-se das diferentes percepções sobre o território poderia trazer pistas do que potencializa ou dificulta a circulação na cidade.

Conforme já exposto acima, a pesquisa-intervenção deflagra e acredita na inevitável interferência do pesquisador e que isso deve ser posto em análise. Colocar-me como pesquisadora dentro do meu espaço de trabalho demandaria um constante olhar para minhas implicações. Assim, o diário de campo surgiu como instrumento, um aliado para o exercício da análise de implicação, constando registrado não só aquilo que era

pesquisado, mas também o processo de pesquisar e o que me mobilizava. A escrita do diário viabilizou um distanciamento necessário para olhar àquilo que estava sendo vivenciado (MONTEIRO, 2016). Revisitar esse diário foi o que amparou a escrita que vem a seguir, trazendo à tona os desdobramentos do ato de pesquisar. Trechos dele serão utilizados a fim de ilustrar situações vivenciadas pelo grupo.

Sobre nossa escrita, optamos por citar os nomes dos participantes do grupo, possibilidade já prevista no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice I), e de comum acordo entre todos os participantes em conversa com o grupo no último encontro. Essa escolha está ancorada na ideia de Despret (2001) que aponta que, na tentativa de proteger, o pesquisador pode fazer silenciar e se apropriar das palavras daqueles que falam, tornando-os: “(...) uma massa anônima marcada por uma identidade que eles não haviam escolhido e na qual eles não poderiam se inventar” (DESPRET, 2001, p.19). Trata-se, portanto, o uso do nome dos participantes como algo a ser negociado, compartilhando essa escolha com aqueles que fizeram parte da pesquisa. Possibilitar que essas pessoas falem em seus próprios nomes também é uma aposta no que elas têm a nos dizer, não de trata de considerá-los meramente como “sujeitos de pesquisa”, mas como pessoas que têm uma expertise sobre o tema a ser abordado.

Esses são alguns dos procedimentos que nos auxiliaram na produção dessa dissertação, mas, se a pesquisa-intervenção é um processo de conhecer intervindo, é necessário partir para campo.

Em reunião de equipe foi apresentado o projeto de pesquisa¹³ e, posteriormente a proposta de criação do grupo, foi relatada em assembleia de usuários e familiares. Seguindo o processo de trabalho previamente estabelecido pela equipe, para que um usuário do CAPS participe de um grupo é necessária uma combinação entre o mesmo com seu técnico de referência. Já havia estabelecido que seriam seis participantes por se tratar de atividade externa; além disso, duas pessoas foram sugeridas por mim, por participarem de outro grupo que estava encerrando e na assembleia afirmarem o desejo de ingressar nesse novo projeto. As outras “vagas” foram sugeridas pelos demais profissionais que também se responsabilizaram em conversar com os usuários. Dessas seis pessoas que estavam previstas para participar do grupo, uma não seguiu conosco. Apesar de inicialmente aceitar o convite, nunca compareceu a nenhum dos encontros,

¹³ Projeto este previamente aprovado pelo comitê de ética do Instituto de Psicologia da UFRGS.

talvez porque a sugestão de sua participação se desse por uma vontade maior da equipe do que dele mesmo. Assim, foi criado o grupo “Mapas e cidade”.

Chego ao CAPS e as pessoas já estavam na recepção aguardando o começo da oficina. Iniciamos nossa conversa com minha proposição de que todos se apresentassem dizendo seu nome, onde moravam (mais precisamente o bairro em que moravam) e uma coisa que gostassem de fazer. Apresentei a proposta ao grupo e a relação com a pesquisa de mestrado, formalidades de seu funcionamento (horário, duração, TCLE, etc.) e mostro o mapa. Como que para não entregar uma folha em branco, inicio com um ponto marcado: a localização do CAPS. Aponto aquele como sendo o nosso primeiro ponto em comum, frisando a palavra “primeiro” indicando o desejo de que outros comuns se apresentem no decorrer dos encontros.

Luiz Carlos me pergunta onde fica determinada rua, mostro como funciona a busca (legenda com o nome das ruas e as coordenadas para encontrá-las), me dou conta que é um sistema um pouco complexo, as letras são pequenas, mas conseguimos achar o endereço. Pergunto o que ficava nessa rua, ele responde que era sua casa, então - como em um jogo de tabuleiro - proponho que todos procurem sua rua no mapa; cada um escolheu uma cor de alfinete para representar sua residência. Aqui uma primeira falha desse dispositivo de representação geográfica: algumas ruas não estavam presentes, para resolver essa questão colocamos o alfinete a partir de alguma referência próxima (escola, UBS, etc.). Essas ruas estavam localizadas na periferia em bairros mais pobres, onde residiam alguns dos integrantes do grupo. A pobreza surgindo como um analisador pela primeira vez¹⁴, deixando alguns literalmente fora do mapa da cidade.

Retomo a proposta do grupo em relação ao mapa: marcar os locais que eles já conheciam e/ou gostariam de conhecer e, posteriormente, percorrer esses locais. Fica definido que cada participante seria representado por uma cor e criamos uma legenda (cor/participante) para identificar os trajetos individuais.

No decorrer dos seis meses em que o grupo se reuniu, nossos encontros foram se alternando entre momentos em que ficávamos no CAPS conversando e outros em que saíamos para a rua. Quando ficávamos no CAPS, na maioria das vezes, o assunto girava em torno da cidade, colocávamos no mapa os pontos que havíamos visitado, planejávamos os próximos destinos. Em alguns momentos, também paramos para dar suporte a algum dos participantes que estava passando por uma situação difícil e via no

¹⁴ No decorrer dessa escrita, esta questão da pobreza voltará a ser problematizada.

grupo uma possibilidade de compartilhar seu sofrimento. Nos minutos iniciais dos encontros, quase sempre voltavam-se à indagação “*Hoje vamos sair?*”. A nossa primeira “saída” demandou alguns encontros, precisamos conversar bastante sobre a cidade antes de nos aventurarmos por ela.

Além do mapa e dos meus diários de campo, nossa intenção era que os usuários também pudessem produzir registros de forma a materializar essa experiência. Uma maneira de expandir o campo de intervenção e que produzisse uma marca que pudesse ser retomada e compartilhada. A fluência na escrita não era algo que perpassava o grupo, então a fotografia despontou como um recurso.

A ideia era o uso da imagem desvinculada de uma ciência positivista, servindo apenas como meio de captura da realidade ou como algo que pudesse representar, através de sua concretude, o local fotografado. O intuito não é usar o material para decodificar o que foi retratado, e sim mostrar como “as imagens são um conjunto de relações tomando corpo pela tinta, pela luz, por computadores, e, deste modo, servem como um nó onde podemos investigar a rede de relações onde se inseriam” (COSTA; FONSECA & AXT, 2014, p. 1155). Tomar a imagem nas suas relações, não como um documento, não como uma evidência. Como sugerem os mesmos autores: utilizá-la para apreendermos novas formas de ver a cidade e não apenas para conhecê-la melhor. Dessa forma, foi disponibilizada uma máquina fotográfica digital a ser compartilhada pelos participantes do grupo e abriu-se a possibilidade para o uso da câmera de celulares àqueles que o tivessem ou assim o preferissem. Em todas as nossas saídas, foi sugerido aos participantes que fotografassem cenas, paisagens ou locais que lhes despertasse interesse.

Porém, a fotografia como recurso não surtiu muito impacto no grupo inicialmente. Apenas Valdivino demonstrou interesse por esse dispositivo, primeiro posando para as fotos, escolhendo cenários e pedindo para ser fotografado. Entretanto, no decorrer dos encontros ele foi se aventurando com o uso da máquina e tornou-se nosso fotógrafo oficial; a câmera ficava em seu domínio e imagens interessantes foram produzidas. As cenas que escolhia para fotografar não eram embasadas em maiores justificativas, o critério era apenas aquilo que lhe agradava o olhar. No decorrer do texto, será possível ver algumas das imagens produzidas por Valdivino.

Nas páginas a seguir, apresentaremos algumas de nossas vivências e alguns dos percursos que traçamos no decorrer dos encontros com o grupo, além dos deslocamentos produzidos nas questões que mobilizaram a escrita dessa dissertação.

5. Produzindo novos itinerários

Esse capítulo irá falar do processo da pesquisa e de como ela se desenvolveu. Para tal, agrupamos três tópicos: no primeiro, será feita uma breve contextualização sobre a cidade de Esteio, no segundo será abordada a relação com a cidade e, por último, reflexões sobre a “cronificação”. As cenas aqui expostas não seguem uma ordem cronológica; mais do que a ordem dos fatos, nos preocupamos em transmitir os movimentos produzidos pela pesquisa.

5.1 Breve apresentação da cidade

Antes de apresentar os itinerários percorridos pelo grupo, se faz necessária uma pequena pausa para apresentar a cidade que nos serve de palco. Esteio é um pequeno município (Área total: 27,676 km²) situado na região metropolitana de Porto Alegre/RS. A área onde se localiza atualmente o município fazia parte da Fazenda Areião do Meio, propriedade da Baronesa do Gravataí. Entretanto, o que marca sua história é a ligação com a linha férrea. Em 1873, com a construção de uma ferrovia ligando Porto Alegre a Novo Hamburgo, a fazenda foi dividida ao meio. As famílias dos operários que trabalhavam na estruturação da ferrovia construíram suas residências ao longo dos trilhos, dando origem a um vilarejo vinculado ao 7º distrito de Sapucaia do Sul. No ano de 1905, foi inaugurada a estação da Estrada de Ferro, que ampliou o crescimento do vilarejo. A estação foi demolida posteriormente para viabilizar o funcionamento do Trensurb¹⁵. O crescimento ao redor da linha do trem possibilitou que o vilarejo fosse emancipado em meados da década de cinquenta¹⁶.

A cidade tem uma população estimada de 84.114 habitantes e PIB per capita de: R\$ 34.947, 83¹⁷, é sede para 409 empresas (dos ramos de metalurgia, vestuário, tecidos, mecânica e produtos alimentícios). Mas, se o município desponta com um alto indicador de renda, isso não se reflete em sua infraestrutura. Diferentemente do que se

¹⁵ Serviço ferroviário responsável pela principal forma de locomoção, em termos de transporte público, entre a capital as demais cidades da região metropolitana.

¹⁶ Dados obtidos no site oficial da prefeitura de Esteio

https://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=186

¹⁷ Dados obtidos no site oficial da prefeitura de Esteio referenciando IBGE 2014

https://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=185

pode esperar por esses dados, Esteio não é uma cidade suntuosa, não há vestígio de riqueza nas casas ou nos estabelecimentos comerciais. Ao contrário, possui dois grandes bolsões de pobreza, apesar de seu pequeno território. Idiossincrasias do capitalismo: o local que gera o capital nem sempre é o mesmo que usufrui dele. Além disso, a facilidade de locomoção proporcionada pelo trem faz com que muitos dos moradores trabalhem em outros municípios, principalmente em Porto Alegre, e, em função do custo de vida mais barato, residam em Esteio, dando um caráter de “cidade-dormitório” à região.

As opções de lazer também são restritas, Esteio não conta com cinemas, shoppings ou com uma vida noturna agitada, sendo muito comum seus moradores buscarem atividades de lazer nas cidades vizinhas. O grande evento da cidade é a Expointer, atração anual ligada ao agronegócio que muda o fluxo do município, uma vez que pessoas de diversas regiões se deslocam para Esteio e, nos dias do evento, muitos moradores envolvem-se em trabalhos temporários ligados ao mesmo.

5.2 croniCIDADES

“Esteio engana as pessoas com as lojas”



Figura 1

Esteio não é conhecida por seus atrativos culturais ou espaços de lazer. Então, por onde é possível circular nessa cidade? Com esta questão em mente, e compartilhando-a com os participantes do grupo, fomos levantando possíveis destinos e, depois, mapeando-os em nossas saídas.

Em uma visita à Casa de Cultura¹⁸, Valdivino passa na recepção e pergunta sobre as aulas de capoeira, sobre um professor que conhecia, sobre os horários de funcionamento da atividade, etc. No trajeto de volta, pergunto se ele estava interessado em fazer as aulas: *“Não, só queria saber dos parceiros”*.

Assim começavam a surgir alguns indícios dessa relação com a cidade. Não se tratava de um desconhecimento sobre os espaços existentes no município ou uma dificuldade de se articular em busca de informação. Mas o que estaria inibindo essa circulação pelo urbano?

¹⁸ Centro cultural do município de Esteio

Em outra saída, onde o destino escolhido foi uma praça, Luiz Carlos nos convidou para sentar, contou que fazia muito tempo que não ia àquele local: “*Tava sem força, tinha uma nuvem branca na minha cabeça*”. No retorno diz: “*Que tempo bom, que não volta nunca mais*”, questiono que tempo seria esse, responde que é o tempo de frequentar as praças: “*Não tem graça ir sozinho na praça*”. Fala o quanto as pessoas permanecem em casa ocupadas com seus afazeres domésticos e que deveríamos passear mais.

Os espaços em que circulávamos pareciam esvaziados: praças com pouquíssimas pessoas, igrejas fechadas no horário em que o grupo acontecia (horário que os usuários frequentam o CAPS), ou seja, muito pouco atrativo para quem está passeando sozinho. Um esvaziamento da possibilidade de produção de coletivo, de encontros. O esvaziamento do espaço público é típico das cidades contemporâneas, os espaços de convivência tornam-se cada vez mais privatizados (shoppings, clubes, bares, etc.), restando à rua o lugar de passagem, um meio para acessar outros lugares - de preferência em carros para evitar ao máximo um possível contato com o outro.

Frente a essa experiência com o urbano cada vez mais restrita, o que inicialmente aparecia como um confinamento acaba surgindo como uma possibilidade. O CAPS era um dos poucos lugares para se estar com outras pessoas, e, nas nossas saídas, ficou mais nítida sua potência como espaço articulador de encontros e uma via para a circulação pela cidade. O serviço pouco se incumbe de levar as pessoas “para a rua”; esse tipo de atividade, geralmente, é colocado em caráter esporádico, como em algum passeio, participação em evento, etc. Assim, o CAPS poderia expandir suas ações e ser mais propositivo, fazendo o papel de facilitador na apropriação da cidade por também possibilitar habitar o urbano com outras pessoas, visto que, para muitos, parece ser desinteressante fazer esse percurso de forma solitária.

Nesse encontro com o urbano, vão surgindo pistas de um dos desdobramentos dessa pesquisa: se tomamos a “cronicidade” não apenas pela patologia, pelo diagnóstico, mas associada ao tempo (Chronos¹⁹ em grego), por uma relação de longa

¹⁹ Chronos personificação do tempo, para a mitologia grega, foi um Titã filho de Urano (céu) e Gaia (terra). Seu pai temia perder seu reino para algum de seus filhos, por isso sempre que nascia uma nova criança a devolvia ao ventre de Gaia. Entretanto, Gaia escondeu seu filho mais novo (Chronos) e quando esse cresceu, deu-lhe uma foice. Com essa arma, ele castrou seu pai, tomou seu trono e libertou seus irmãos. Chronos casou-se com sua irmã Reia e, com receio de uma profecia em que também seria tirado do poder por um de seus filhos, os devorava ao nascimento. Porém, Reia, cansada da situação, escondeu o último de seus filhos, Zeus, entregando no lugar uma pedra para Chronos devorar. Quando adulto, Zeus enfrentou seu pai e, ao destroná-lo, conferiu aos deuses a imortalidade (MAVROMATAKI, 1997).

duração e muito estreita com serviço - a ideia de institucionalização -, emerge um novo aspecto em nossas questões: a própria cidade que também “cronifica”. Quando não há mais nada para se fazer, o CAPS ainda é um lugar interessante.

Além de pouco atrativa, a rua também surge como um espaço ameaçador. Em um dos nossos encontros Valdivino fala de uma viatura da polícia que passou durante nosso trajeto, conta que um dos policiais que estava no carro era seu vizinho, pergunto se havia falado com ele, diz que não:

- *ele não é legal?*

- *é... Mas não gosto de gente fardada.*

Assim iniciou uma conversa sobre agressões que já sofreu pela polícia, e dos “paredões” por que já passou, descreve uma cena onde apanhou de cassetete pelo simples fato de estar na rua. Juarez e Luiz Carlos também referiram terem passado por um “paredão”. Os três descrevem suas experiências envolvendo a polícia (todos passaram por alguma). A polícia a serviço da manutenção da segregação, antevendo algum possível risco: não é um ato que justifica a violência, mas a possibilidade de que algo desestabilize a “ordem”. Um medo instaurado que vem justamente tirando a potência da polis como espaço de encontro, de troca. Uma certa paranoia onde o “inimigo” sempre pode estar ao lado. Na cidade contemporânea, os asilos e o encarceramento dos anormais não são a principal forma de segregação, outros dispositivos disciplinares são utilizados para a manutenção da “segurança” de seus habitantes, à pretensão de paz revestida pelo higienismo.

Além do fator classe social, é necessário olhar para a interseccionalidade ao pensar na violência sofrida por essas pessoas. A grande maioria dos participantes do grupo eram homens negros. Marcas do racismo institucional no campo da segurança pública brasileira e da filtragem racial²⁰ na abordagem de suspeitos. Apesar da precariedade na produção de dados sobre motivação na abordagem de suspeitos pela polícia, a predominância de negros mortos decorrente de ações policiais e nas prisões em flagrante aponta para uma maior vigilância a essa população. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, o número de negros mortos pela polícia é quatro vezes maior do que de brancos (SINHORETTO, J. et al, 2014).

²⁰ Termo utilizado para referir práticas racialmente tendenciosas na seleção de suspeitos (BARROS, 2008).

Da mesma forma, as grades do CAPS também promovem uma sensação de segurança para seus frequentadores: se a rua pode ser perigosa e o ritmo acelerado da cidade pode ser assustador, uma suposta proteção pode ser encontrada naquele espaço.

Em contraponto, a Praça do Soldado desponta como unanimidade para o grupo quando o assunto é “locais que gostam de frequentar”. Um pequeno espaço na região mais central da cidade, que parece acolher diferentes pessoas, moradores de rua, gente que marca encontros, ou “faz hora” para algum compromisso. Ali o recorte de classes parece minimizado. É comum ver alguém sozinho lendo o jornal ou navegando no celular. E, como é típico em cidades menores, com frequência é possível encontrar algum conhecido ao acaso.

Essa praça foi bastante citada pelo grupo. Juarez contava o quanto gosta de ir à praça do soldado e “*olhar o movimento*”, Luiz Antônio compartilhou o gosto por esse passeio. Quando questionei como era isso de “olhar o movimento”, a resposta dada e de comum acordo pelo grupo foi: “*Quando se está sem dinheiro é o passeio que dá pra fazer*”. Talvez aqui uma constatação da contradição numérica apresentada pelos dados do IBGE: apesar de um alto índice de renda per capita, o dinheiro pouco se fixa no município e o consumo de seus habitantes é muito restrito.

Valdivino, talvez por ser o mais jovem, é quem mais demonstrava descontentamento com a “falta do que fazer na cidade”, mas em diferentes momentos, sua fala parece ecoar nos demais participantes do grupo. Em uma das nossas conversas, levanto a questão sobre a possibilidade de nossas saídas mostrarem outros lugares na cidade, outros lugares para se estar quando não estão no CAPS, e que poderíamos ver os bairros em que eles residem. Valdivino prontamente afirma: “*É uma porcaria, não tem nada para fazer*”, Juarez contrapõe “*Esteio é bom porque é calmo*”.

Essa “falta do que fazer” está vinculada também à falta de dinheiro. Todos os passeios realizados pelo grupo foram em locais em que a entrada era gratuita (com a exceção do baile²¹ para o qual ganhamos os ingressos). Além disso, nenhum dos espaços era voltado diretamente para o consumo (restaurante, lojas, etc.). Ao mostrarem “sua cidade”, apresentaram-me, também, a dificuldade de inserção nos espaços de lazer; afinal, na maioria das vezes, a “diversão” no nosso modo de subjetivação capitalista está relacionada ao consumo.

²¹ Evento de que participamos e que posteriormente será abordado.

Em uma ida ao centro, enquanto passávamos em frente às lojas, Valdivino disse: “*Esteio engana as pessoas com as lojas*”. Fala o quanto o comércio daria a sensação de que teria “*coisas para se fazer*” na cidade, mas que sem dinheiro nada seria possível.

Mesmo percebendo essa “enganação”, isso não o impede de também ser capturado por ela. A primeira vez que surge o interesse pelo uso da máquina fotográfica foi justamente no centro comercial, quando Valdivino pediu para ser fotografado junto à decoração natalina (figura 1). Uma imagem que apresenta certo ar de “trapaça”: se, por um lado, temos a presença de adereços natalinos grandes e vistosos, ao fundo ficam vestígios de uma cidade descuidada.

Cidade que segrega os grupos sociais também apareceu em diferentes conversas. Ademais, a prestação de serviço surgiu como possibilidade de acesso a alguns espaços, apesar de aparecer no campo mais da possibilidade do que se efetivar como uma circulação constante.

Juarez comentava sobre edifícios que construíram perto de sua casa, dizia gostar, pois assim estaria “*perto de tudo e de todos*”. Perguntei se alguém ali já havia morado em apartamentos. Seu Luiz Antônio conta que tinha conhecido um quando era criança “*é um outro panorama, se vê de cima*”. Valdirene contou que sua relação com edifício foi quando trabalhava como diarista em um prédio, já Juarez havia trabalhado na construção de um. Valdivino relatou uma ocasião em que após uma festa, quando não havia mais lotações circulando por conta do horário, teve de dormir no apartamento de um “*parceiro*”. O elevador também apareceu como algo não rotineiro, algo que remete às idas a Porto Alegre.

Novas grades que segregam, agora não mais pelo aprisionamento dos diferentes, mas pela dificuldade de acesso a territórios onde o capital é quem regula a entrada. A questão econômica emerge como elemento de segregação, se a entrada só é possível “pela porta dos fundos”, não é pelo estigma da loucura, mas pelas marcas da pobreza.

A cidade e seus diferentes tempos também surgiram como um analisador, tanto nas constantes referências ao passado, quanto nas diversas temporalidades em que a polis se expressava; alguns lugares onde a pausa podia ser vivenciada e outros em que éramos tomados pela velocidade.



Figura 2 Imagem produzida por Valdivino Padilha

Uma sensação de nostalgia permeou nossos encontros, tanto pelas falas que remetiam a uma Esteio “de antigamente”, quanto pela relação com o urbano, pelo desejo por uma época onde a velocidade parecia ser outra. A cidade, dos tempos atuais, trazia consigo certo tom de amedrontamento aos participantes. Em uma conversa sobre Porto Alegre, Juarez afirmou “*não é do meu tempo*” ao se referir à velocidade dos carros e ao temor que sente ao atravessar as ruas atualmente, e prosseguiu: “*eu sou do tempo da TV preto e branco*”. Valdivino compartilhou seu medo de ser assaltado na capital, enquanto Valdivino (bem mais jovem que os outros participantes) diz que “*andaria por tudo lá*”. Já Luiz Antônio lembrava a “*primeira praça da cidade*” em referência a uma praça próxima à estação de trem, um dos locais por onde os moradores de Esteio chegam a Porto Alegre pelo transporte público.

Se em alguns momentos a nostalgia parecia estar relacionada à idade e a um tempo cronológico, visto que quase todos tinham entre 50/60 anos, algumas falas apontavam para uma outra noção de tempo, um tempo que soava distante, mas não pela passagem dos anos.

Em um determinado momento, falávamos sobre a Expointer e dois participantes do grupo contavam sobre a experiência de trabalhar na feira de exposição. Vadivino, que permaneceu mais calado durante o encontro (talvez por ser bem mais novo e não se sentir convocado pela conversa nostálgica), também contou de sua experiência de trabalho na Expointer e do quanto havia gostado, mas que fazia muito tempo. Quando questionei o motivo de não trabalhar mais no evento, respondeu “*Fiz cagada e fui pro São Pedro*”²². Contou sobre sua primeira internação.

Será que esse tempo nostálgico não está no passado ainda não marcado pela doença? É comum o fato de pessoas que passaram por episódios de intermação ou de intenso sofrimento psíquico resgatarem um período da sua vida onde a relação com a patologia, com o CID, não estava presente. Frases como: “*quando eu era são...*”, “*quando eu não era doente...*”, surgiram no grupo, mas não ficam restritos a ele. Frases que transmitem uma sensação de ruptura precoce. Comumente escutam-se pessoas com uma idade avançada falando de um passado produtivo, para tais sujeitos o “passado produtivo” teve um encurtamento marcado pela doença.

As falas descreviam uma entrada diferente pela cidade, outra forma de vivenciá-la. Contavam como circulavam mais pela cidade no passado: “*antes não parava em casa*”. Compartilhavam suas lembranças de infância onde a rua também servia como fonte de renda: pegar osso²³ para vender, materiais para reciclagem, vender taquara para pagar ingresso e ter acesso a piscinas coletivas, etc. Uma vida marcada, por muita precariedade, mas ainda por um campo de possibilidades.

Os nossos destinos também eram demarcados por tempos distintos. Como eram diferentes nossas caminhadas dentro dos bairros em relação àquelas na avenida central de Esteio. Nesta última, andávamos em fila, em um passo apressado, a conversa diminuía, quase como se não estivéssemos em grupo. Já em espaços mais afastados das grandes vias, nossas conversas seguiam em outro ritmo, mais de uma vez foi preciso

²² Em referência ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, maior hospital psiquiátrico público do estado.

²³ Por mais estranho que pareça, essa parece ser uma prática comum, compartilhada pelos participantes do grupo: recolher ossos de animais mortos e vendê-los posteriormente.

“cuidar o relógio” para que o tempo de retorno ao CAPS não ultrapassasse muito do combinado.

Em uma de nossas saídas, os rapazes fumavam um cigarro e contemplavam a vista, o nosso encontro era marcado por outro tempo, não o da pressa, mas o da possibilidade da pausa. Alguém convidou para irmos até a ponta do que já havia sido construído de um viaduto. Até então estávamos de costas para a cidade, alguém diz: “*e pra lá o tijolão...*”. Ficamos olhando para vista, parecia não ser necessário ficar falando o tempo todo. Novamente, Luiz Carlos reforçou o quanto o silêncio de um espaço não urbanizado lhe agrada. Valdivino dizia gostar também da cidade, Juarez mediu a conversa: “*A cidade está moderada*”, falando das melhorias do município nos últimos anos.

Essa diferença entre os tempos, apesar de percebida e até mesmo apreciada, não era tomada como algo ruim. Retornando de um passeio, onde o local era um tanto quanto bucólico, um dos participantes demarca uma separação entre os dois espaços: “*lá polícia e tiro*” [ao falar da cidade], mas logo depois aponta uma ambiguidade “*imagina quando o viaduto chegar na cidade?*”, questiono se ele gostaria desse fato e ele responde: “*Sim, é o progresso!*”.

Em uma entrevista, Paul Virilio, afirma o poder da velocidade na sociedade capitalista, afinal riqueza e velocidade estão interligadas, a acumulação do capital passa pela aceleração na lógica do “tempo é dinheiro”. Exemplifica com as negociações financeiras na era da Internet, onde segundos podem gerar a perda de milhões em operações (como o ocorrido em Wall Street). Assim, a velocidade é tida como a “propaganda do progresso”, e o século XXI volta-se para a conquista do tempo infinitesimal (VIRILIO, 2012).

A peculiaridade com que a psicose vivencia as questões de espaço e tempo deve ser levado em conta quando olhamos para a relação que esses sujeitos estabelecem com a cidade. Se a afobação, a aceleração da rua parecem assustar, acolher um ritmo diferente e promover uma parada nos fluxos intensos é importante. Nesse sentido, o CAPS pode assumir o papel de intermediador entre o serviço e a cidade em seus diferentes ritmos, o que potencializaria habitar o urbano de forma ampla.

Entretanto, não parece só uma questão de “adaptar” os usuários de saúde mental ao ritmo das cidades contemporâneas. A velocidade frenética da cidade e a otimização do tempo são um imperativo do capitalismo. Nessa lógica, o tempo torna-se um bem,

uma mercadoria, cada segundo a mais de produção pode gerar mais lucro. Peter Pál Pelbart em seu livro “A nau do tempo-rei” (1993), associa essa possibilidade de dar uma “parada” no tempo - peculiar à loucura - a um ato grevista, um movimento de resistência a essa aceleração e à demanda de produtividade que impera. Não se trata de inserir os loucos na lógica do tempo da urgência, mas, por que não, compartilhar dessas outras temporalidades ao habitar o urbano? O que o tempo da loucura teria a nos dizer?

Outra característica do nosso grupo, talvez, mais do que conhecer novos locais, foi a possibilidade de revisitar espaços, de atualizar a memória e trazer vida a lugares já esquecidos. Neste percurso fomos surpreendidos: três dos nossos destinos não existiam mais, ou não eram mais acessíveis ao público.

O primeiro foi o que nomeamos de “fazenda”, que, mesmo com a brusca mudança, foi eleito um dos locais favoritos do grupo, onde retornamos depois. Quem sabe por ainda resguardar um pouco do ar campestre que se espera desse tipo de lugar. Em nossa primeira ida à “fazenda”, após uma longa caminhada chegamos ao local e, para surpresa de Luiz Carlos, onde deveria estar o riacho agora tem um viaduto inacabado. Subimos um morro que levava até o viaduto, lá de cima podíamos ver o que de água não havia sido aterrado e, aos fundos, o motivo da grande construção: a Rodovia do Parque. Ao olhar para a enorme estrada Luiz Carlos diz “*É pra cá que vem o nosso dinheiro!*”, explica como era o local antes, há ainda uma pequena casa e uns cavalos que pertenceriam à antiga fazenda e complementa “*Estou ficando velho...*”.

Outro dos nossos destinos inconclusos foi o piquenique à beira do Rio dos Sinos. Para acessar o local era necessário atravessar uma grande rodovia. Aquele era um lugar comumente frequentado por todos no passado. Quando chegamos a BR 116²⁴, nos deparamos com um fluxo muito grande de carros, não havia passarela e a única forma de atravessar seria colocar-se entre os carros, algo impossível devido à velocidade com que os veículos circulavam. Decidimos voltar e procurar outro local para fazer o piquenique, passamos em frente a uma fábrica onde trabalhadores descansavam no portão. Luiz Carlos conversou com um deles, depois nos contou que o acesso ao rio foi fechado. Complementa: “*É o progresso, agora só temos a fazenda...*”, falou sobre as fábricas que foram sendo construídas e que outros países estariam se apropriando da indústria brasileira, brincou que eu poderia abrir uma fábrica e convidá-los para sócios. Em sua brincadeira, expressa uma das consequências do progresso: o apagamento dos

²⁴ Rodovia Federal que atravessa a cidade.

lugares e a invisibilidade das pessoas. Para o crescimento industrial da cidade, foi “necessária” a extinção de um popular espaço de lazer.

No encontro seguinte, Luiz Carlos diz ter pensado que o grupo acabaria. Questiono o motivo, e ele responde que eu poderia ter me cansado das últimas caminhadas, mas ressalta que “*pelo menos tu conheceu as fábricas*”. Luiz Carlos foi compartilhando sua decepção ao descobrir que não havia mais como ir ao depósito de areia e ao rio: “*fiquei abandonado*”. Contou que, quando era mais novo, “*antes de servir o exército, ia sempre lá*”. Falou sobre o quanto o lugar lhe fazia lembrar sua infância e como via a atual transformação do espaço: “*largaram uma bomba e colocaram uma fábrica lá*”. A figura mitológica de Chronos é representada por um forte ancião portando uma foice, emblema da fúria de um titã que ceifava vidas. A tentativa de visitar alguns lugares e descobrir que eles não existiam mais foi mostrando uma “cronificação” da cidade, o tempo agindo sobre aquilo que lhe era peculiar e dando lugar à homogeneização do espaço: ruas, avenidas, fábricas. A ação do tempo havia provocado uma mudança no cenário, restando pouco dos lugares que faziam parte das histórias daquelas pessoas.

Apesar de certo tom de ressentimento trazido nessa cena anterior, a tentativa de visitar a Esteio do passado também rendeu muitas lembranças boas e teve a função de promover uma espécie de pertencimento ao grupo. Eles compartilhavam o conhecimento sobre algo que já não poderia mais ser visto.

Essa nostalgia, essa cidade do passado, que foi compartilhada em diversos momentos, parece ter espaço nas lembranças, mas não havia um interesse em evidenciar esses fatos históricos. Como, por exemplo, quando Luiz Carlos e Luiz Antônio contavam a história da “igreja queimada”, conhecido centro religioso que recebeu esse apelido após um incêndio. Tanto Valdivino como Juarez, que não tinham visto o local nesse período, escutavam o relato com atenção, porém quando perguntei se eles teriam interesse em olhar as imagens na internet, não se entusiasmaram com a proposta.

O mais importante era compartilhar essas lembranças. Em um de nossos últimos grupos, propus que nosso encontro final acontecesse no espaço da ambiência para que pudessemos compartilhar nossos itinerários com outros usuários e profissionais do CAPS. Prontamente foi sugerida especificamente a participação de duas profissionais do serviço, respectivamente a vigia e a servente do CAPS, que residiam na cidade há muitos anos. Falavam sobre riachos que não existem mais, de um local onde era

possível lavar roupa coletivamente. Depois, resgatam a Esteio moderna, locais com casas bonitas, “só a burguesia de Esteio”.

5.3 “Crônicos”?

“O CAPS mudou muito nos últimos anos!”



Figura 3 imagem produzida por Valdivino Padilha

A palavra “crônico”, segundo o dicionário Aurélio, é um adjetivo cujo significado é: “1, Relativo a tempo. 2. Que dura há muito. 3. Fig. Persistente, entranhado, inveterado: *Coitado, sofre de burrice crônica*. 4. *Med.* Diz-se das doenças de longa duração, por oposição às manifestação aguda: *bronquite crônica*” (FERREIRA, 2008, p. 585). Uma palavra marcada pelo tempo cronológico, ou seja, pela sequência dos minutos, horas, dias, etc.

A alguns usuários de saúde mental é atribuído o termo “crônico” tanto pela inalcançável “cura”, mas principalmente por aquilo que perdura, que se arrasta ao longo do tempo sem muita perspectiva de mudança, de um prognóstico positivo. Os

“crônicos” necessitariam de um cuidado em saúde por longos períodos, o que justificaria estarem “entranhados” nos serviços, provavelmente “capturados por Chronos”. Talvez mais “supervisionados” do que investidos de cuidado, por isso é tão comum o CAPS servir mais como um espaço de convivência do que de local de “tratamento” para essas pessoas, ou seja, uma função diferente daquilo que se poderia tradicionalmente esperar dos equipamentos de saúde.

As questões que mobilizaram a pesquisa-intervenção – Estaria o CAPS “cronificando” seus usuários? Estariam essas pessoas tão desinvestidas de desejo que acabavam sendo capturadas pelo serviço de saúde? O estigma da loucura inibiria a circulação pela cidade? – foram tomando novos contornos. Seguindo a ideia do rizoma como método, um pesquisar inspirado na cartografia onde fios, novas tramas e conexões são feitas no decorrer do percurso, na tentativa de descobrir outros itinerários, novos espaços a serem habitados, surgem deslocamentos em relação às questões iniciais. O primeiro, conforme colocado anteriormente, é que não havia, por parte dos usuários, um desconhecimento sobre a cidade.

Além disso, nos encontros com o grupo começo a relativizar a própria “cronicidade” daquelas pessoas. Corpos supostamente docilizados demonstraram-se mais desejanter do que eu imaginava.

Em uma ocasião, entro na sala, Valdivino já havia descoberto a lupa. Retomo nosso último encontro (onde só Valdirene esteve presente), todos falaram da chuva e do quanto gostam de ficar em casa nos dias chuvosos. Pensei na minha impossibilidade de escolher sair de casa ou não a partir das condições climáticas. Valdirene destoa do grupo (mas não de mim) e afirma: *“se eu tenho compromisso, eu saio igual”*. Em outro momento, o encontro estava chegando ao término e Luiz Antônio informou que não iria comparecer ao grupo no dia 08, pois seria o dia em que receberia sua aposentadoria, questiono se não poderia ir noutro horário e ele afirmou que não, que estava acostumado a ir cedo ao banco.

A chuva ou a ida ao banco tinham um lugar de prioridade, algumas coisas não sendo mudadas para se adaptar à rotina do CAPS. A afirmação *“se não tivesse o CAPS ia ficar em casa dormindo”* surge como unanimidade para o grupo, mas também é demarcada como uma opção. Como exemplo, as faltas posteriormente justificadas pelo mau tempo, algum “bico” feito na vizinhança, etc.

Percebo também o quanto a sensação de marasmo que atribuía ao fato daquelas pessoas passarem anos frequentando o mesmo serviço pode ser equivocada. Visto de outra perspectiva, aquele espaço, que parecia homogêneo, tem multiplicidades.

Estávamos conversando quanto retomei a pesquisa e o fato de alguns usuários ficarem restritos ao trajeto de casa para o CAPS. Luiz Carlos contou que ele fazia isso, mas complementa: “*o CAPS mudou muito nos últimos anos!*”, o grupo começou a falar das mudanças dos profissionais no serviço, das diferentes casas que o CAPS ocupou nos últimos anos e do fato de apenas duas profissionais estarem trabalhando desde a implementação. Demarcaram que, apesar de frequentarem o serviço há muitos anos, não se trata do mesmo espaço. Conseguiram ver movimento em algo que os trabalhadores olhavam como estagnação, não era o “mesmo” CAPS que frequentavam durante esses anos e justamente por estarem há mais tempo no local é que conseguiram ver o que de novo havia nele.

Além disso, em nossas andanças pela cidade, tanto as escolhas dos lugares, como a abordagem das pessoas responsáveis pelos espaços, não ficaram sob minha responsabilidade. Fui sendo surpreendida pela apropriação que todos tinham quanto aos nomes dos bairros, das ruas e como fazer para chegarmos aos nossos destinos.

Na primeira vez que o nosso trajeto, devido à distância, necessitou do auxílio de transporte público Juarez, Luiz Carlos e Valdivino conversaram sobre qual lotação seria melhor para chegar ao local, o fator tempo foi levado em conta, assim desistimos da primeira lotação que passou, pois “*a volta é maior*”. Valdivino sentou-se ao meu lado e exclamou: “*esse ônibus parece da Turquia!*” Questiono-o como é um ônibus da Turquia. “*Não sei, nunca vi, mas esse é uma loucuragem*”. Valdivino foi me mostrando as casas de seus familiares, dos usuários dos CAPS e até de antigos profissionais que trabalharam no serviço. Mais uma vez, havia indícios de que não era a falta de conhecimento, ou uma inabilidade em se aventurar pela cidade.

O nosso objetivo com a pesquisa não era apenas acompanhar os usuários, mas também produzir intervenção nos espaços que circulávamos, acreditando que a desinstitucionalização também está relacionada a como essas pessoas fariam a sua

inscrição no social. Não só o que a cidade coloca para o CAPS, mas o que o CAPS coloca para a cidade. Não era só acompanhar o usuário, mas uma intervenção na rede.

Entretanto, em nossas diferentes visitas (supermercado, estabelecimento de cultura, igreja, praças, etc.), nossa circulação nunca gerou questionamento das demais pessoas. Ao contrário, sempre fomos bem acolhidos. O único local em que não encontramos abertura foi justamente quando nosso interesse não era usufruir do espaço como beneficiário de uma política assistencialista, mas para conhecê-lo.

Estávamos em um centro de convivência voltado à criança e ao adolescente. O local ficava dentro das instalações de um antigo convento, muito famoso na cidade, e acabávamos de descobrir que ele não estava mais aberto à visitação. Valdivino perguntou ao diretor do serviço sobre uma freira que conheceu quando era mais novo, nos foi informado que ela estaria em um centro comunitário, a uma quadra de distância, onde prestava serviços à comunidade (como entrega de comida) e que seria um local interessante para conhecermos. Mais uma vez, Valdivino seguiu na nossa frente, fomos ao encontro do novo local: *"tomara que ela esteja lá!"*, dizia entusiasmado. Logo adiante ele nos abanou sinalizando que já havia achado a casa que procurávamos. Através de uma grade, pessoas ligadas ao centro comunitário me questionavam se os participantes do grupo queriam almoçar. A pessoa pela qual estávamos procurando também se aproximou do portão, mas mesmo explicando que o motivo da visita estava relacionado ao antigo convento e ao fato de conhecê-la, não houve muita abertura para conversa, apenas um estranhamento: *"Eles não vieram para comer?"* Assim, não conseguimos conhecer o espaço. No caminho em direção à lotação, Valdivino exclamou: *"Parece peregrinação de São Cristóvão!"*.

Outro estranhamento, mas dessa vez acolhido, ocorreu quando fomos a um baile. A partir da parceria com uma psicóloga do CAPS, que realizava um grupo de saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde onde uma das participantes do grupo também era organizadora do evento, foram disponibilizados alguns ingressos aos usuários do CAPS para um conhecido Baile de Terceira Idade do município. Apesar de sermos bem recebidos no local, ficava evidente que não éramos frequentadores habituais.

Fomos recepcionados pela organizadora do baile, nos sentamos à mesa de um casal que também fazia parte da organização. Valdivino e seu colega logo começam a mapear no salão possíveis pares para dançar. Tiraram algumas senhoras para a dança e contentes voltavam à mesa compartilhando seus êxitos. Apesar de ser voltado ao

público da terceira idade, havia algumas pessoas mais jovens. Porém, no encontro com os usuários do CAPS, de uma forma velada, existia uma diferença marcada; aquelas pessoas não eram usualmente vistas no local, uma diferença marcada principalmente pela situação econômica. A senhora que estava em nossa mesa comprou uma garrafinha de água para Valdivino e seu colega, mesmo que esses não tivessem mencionado que estavam com sede.

Em nossos percursos, o medo e a falta de aceitação da loucura não despontaram como impeditivos para a nossa circulação, não tendo sido percebido nenhum tipo de preconceito gerado pelo fato de serem usuários de saúde mental. Quem sabe a minha presença como profissional de um serviço de saúde serviu como um facilitador para o processo de circulação entre os diferentes espaços? Entretanto, isso não parece ter sido a questão principal. Como apontado acima, o atravessamento de classe parece ter se sobressaído em relação à loucura.

Questões relacionadas à garantia de direitos também apareceram em nossas conversas, apontando algumas contradições. Quanto ao deslocamento pela cidade, dos cinco participantes, quatro possuíam “passe livre”. Mas esse passeio de transporte público é acompanhado por uma certa cautela, utilizando apenas as lotações que passam em frente a suas casas e o destino final é o centro da cidade; como em uma obediência às rotas previamente estabelecidas pela companhia de transporte público.

Apenas um dos participantes não recebia o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou aposentadoria por invalidez, porém estava, com o auxílio de um advogado, reivindicando seu direito. Com esse dinheiro, além de seu próprio sustento, eles auxiliavam suas famílias e, em um caso, era a única fonte de renda para todos (mãe, irmã, cunhado e sobrinhos). Entretanto, se a garantia de acesso a esses direitos foi fundamental para a subsistência dessas pessoas, quase como um “efeito colateral” trouxe como consequência a estagnação. Certo dia, Juarez contou o quanto, no passado, sabia se locomover pela cidade, conhecia as ruas e diferentes locais, mas, após receber o auxílio transporte, não andava mais a pé *“agora não conheço mais os lugares”* e acrescenta: *“quando eu não tinha a casinha, passeava mais”*. Relata que após ter se tornado beneficiário do programa “Minha Casa, Minha Vida” passou a ficar mais em casa.

A saúde, em seu conceito ampliado, é vista também como qualidade de vida e resulta das condições de habitação, educação, trabalho, renda, transporte, etc. Portanto,

é inegável a necessidade de construção de políticas públicas a pessoas que economicamente estão em situação de extrema vulnerabilidade. Mas, mesmo acessando alguns desses direitos, a questão do resíduo se presentifica na falta de poder aquisitivo. A doença mental já foi apontada como “o resíduo de todas as disciplinas” (FOUCAULT, 2012, p.67), justificando a necessidade da criação de um sistema disciplinar que recuperasse esses indivíduos [o asilo]. No contemporâneo, a dificuldade de entrada no sistema permanece; além de não produtivos, para a lógica do capital, essas pessoas pouco consomem.

Em um de nossos encontros, com o mapa a nossa frente, conversávamos sobre o que haveria para se fazer na comunidade onde Valdivino mora. Ele afirmava que não havia nada. Valdivino reside no Território de Paz, estratégia criada pelo governo para regiões de maior vulnerabilidade, onde diversas políticas públicas foram implementadas. Quando questiono sobre o ginásio e o CRAS, ele nos conta que lá há diferentes cursos (capoeira, judô, etc.), mas nenhum voltado para sua faixa etária (ele tem 28 anos). Reflexo das poucas políticas voltadas aos homens que passaram da adolescência e não são idosos. Quando perguntei o que gostaria que tivesse em seu território, respondeu que gostaria de ter um carro e sair de Esteio. Falou da vontade de morar na praia, que nasceu em Tramandaí e lá teria amigos. Perguntei o que lhe fazia querer frequentar o CAPS: *“passar o tempo”*.

Talvez reflexo da nossa sociedade e do não lugar para aqueles que estão em idade produtiva para o trabalho, mas estão fora dele. Também da nossa, ainda escassa, política de inclusão para o emprego, onde aqueles que destoam dificilmente conseguirão brechas para atuar em um mercado formal. O que resta para aqueles que não estão inseridos nessa lógica? O próprio Valdivino demonstra estar ciente de que, para fazer parte dessa cidade, é preciso estar incluso nessa lógica de produtividade. Ao passarmos em frente a uma grande rede de hipermercado diz: *“é aqui que eu trabalho”*; apesar de estar afastado há quase dois anos.

As poucas possibilidades de inserção no trabalho - sendo formal ou não - são relacionadas a atividades que exigem grande esforço físico, com uma contrapartida muito baixa de remuneração. Durante o grupo, diversas vezes a conversa girou em torno dos trabalhos que tiveram no passado, trabalhos braçais como na área da construção civil. Em uma delas Juarez se questionou: *“as pessoas trabalham tanto pra ganhar só um salário [mínimo] depois...”*.

Outra contradição no sistema de concessão de benefícios. Inúmeras discussões são levantadas no campo da saúde mental sobre o trabalho como forma de reinserção social, entretanto que formas de trabalho são ofertadas a essas pessoas? Como abdicar do Benefício de Prestação Continuada para assumir um emprego precário, desgastante, ser submetido a várias regras para receber o mesmo valor? Além disso, o trabalho, muitas vezes, surge como desencadeador do adoecimento psíquico. Uma longa discussão que não iremos aprofundar nesta escrita, mas que coloca em análise um modo de fazer políticas públicas que, ao invés de promover autonomia, pode engessá-la.

Assim, a “cronificação” também estaria associada a uma série de desinvestimentos. Ao olharmos para os usuários que frequentam o CAPS com maior assiduidade, percebe-se que, na maioria das vezes, são pessoas com baixa escolaridade, em vulnerabilidade social e que o serviço, além de promover o cuidado em saúde mental, também é um espaço para realizar refeições, tomar banho, etc.

Em uma ocasião, Luiz Carlos estava bastante abatido e compartilhou com o grupo: *"não sou o mesmo que era antes, agora tem um engano..."*, comentou sobre o fato de ter realizado trabalho braçal no passado e sobre um atrito que teve com seu irmão na última semana. Estavam fazendo uma reforma na casa e foi cobrado pelo irmão pelo fato de não conseguir ajudar da forma como o mesmo esperava.

Kinoshita (1996) problematiza a produção de valor vinculado aos “doentes mentais” asilados, partindo do princípio de que as relações de troca são estabelecidas a partir de um valor conferido aos indivíduos, valor esse que proveria o poder contratual de cada pessoa. Para o autor, ao “doente mental” é atribuído um valor negativo e o manicômio considerado um lugar onde a “troca é zero” (KINOSHITA, 1996). Com certeza, o valor e a possibilidade de troca dos usuários de saúde mental têm um grande crescimento quando o cuidado é feito em liberdade. Mas o poder contratual dessas pessoas ainda não estaria muito aquém do necessário para que a diferença seja realmente incluída e não somente tolerada?



Figura 4 imagem produzida por Valdivino Padilha

Além de possibilitar outro olhar para a questão da “cronificação”, a circulação pelo urbano, as conversas que aconteciam até a chegada aos nossos destinos proporcionou que assuntos pouco abordados no CAPS viessem à tona com muita naturalidade. Assim, uma conversa de política surgia informalmente, sem burocracia.

Em um de nossos trajetos, conversávamos sobre política, alguém compartilhou a sua chateação com o que vem acontecendo, falando sobre as paralisações em Porto Alegre, quando questionei se conheciam o motivo das manifestações. Luiz Carlos responde: *“Querem vender o pré-sal para os japoneses”*, complementa dizendo que o dinheiro do pré-sal era para ser usado na educação, na segurança. Depois comenta sobre o julgamento de uma mulher que haveria assassinado o marido [que era japonês] e afirma *“bem feito!”*.

Outras formas e possibilidades de se contar e falar não só como pacientes do CAPS, olhar para fatos históricos sem o peso e a chatice dos bancos escolares. Como em uma visita à Praça do Soldado, onde Valdivino nos explicou que havia uma carta testamento abaixo de um busto e nos convidou para lê-la. Tratava-se da carta escrita por Getúlio Vargas antes de seu suicídio. Luiz Carlos complementa *“não podia ser em vão ele ter dado um tiro na cabeça”*, conta que nasceu dez anos após o ocorrido (em 64), *“no meio da revolução”*.

A clínica na rua também despontou como potencialidade, dispositivo de diferentes falas, proporcionando conhecer melhor as histórias de vida daquelas pessoas: o encontro com a cidade, passar por seus antigos colégios, rendiam lembranças que dificilmente iriam surgir durante os atendimentos no CAPS. Como no dia em que Valdivino propôs passearmos por uma rua diferente, e, desta forma, Valdivino e eu fomos sendo guiadas. Ele falou dos diferentes nomes de restaurante, sobre donos de estabelecimentos que conhecia. Demonstrei minha surpresa com o fato de ele conhecer tantas pessoas, então ele me explicou que conheceu essas pessoas quando trabalhava como engraxate (dos 14 aos 18 anos) e que parou de exercer essa função após ser abordado por um policial que quebrou sua caixa e machucou sua mão.

Durante nossos percursos, a escassez de espaços de convivência na cidade ficou evidente e o CAPS mostrou-se como um suporte relevante em momentos difíceis. Num determinado encontro, decidimos que não iríamos sair. Valdivino estava cansado, havia dormido apenas duas horas na última noite, seus familiares brigaram e ele ficou preocupado. A conversa girou em torno das discussões domésticas e da necessidade de sair de casa quando as brigas se intensificam. O CAPS e "*sair pela rua*" surgiam como opções nesses momentos.

Além de ser quase o único espaço que pertence à rotina daquelas pessoas, o CAPS estava presente nos relatos tanto dos momentos de dificuldade como quando não se "tinha nada para fazer". Em uma conversa sobre o cotidiano de cada um, Valdivino, rapidamente, afirma "*é ruim*", diz que queria "*um lugar para dar uma banda fixa*", um lugar para ir todos os dias e passar o tempo. Esse lugar não seria o espaço formal de emprego, pois "*no trabalho recebe ordem*". Questiono se o CAPS poderia ser um "*lugar de banda fixa*" e se também não haveria ordem. Tanto Valdivino quanto Juarez demonstram ver o CAPS como um lugar para se passar o tempo e, sobre as ordens, Valdivino explica: "*o CAPS não tem ordem, tem pedido: da hora de chegar, da hora de sair...*". Juarez conta que quando tem coisas para fazer em casa prefere não ir ao CAPS. Fala de uma prima que, por morar em apartamento, pede para ele levar suas roupas e secar em sua casa. Ele conta o quanto gosta dessa atividade que, além de uma pequena remuneração, proporciona que ele converse com os moradores do prédio enquanto circula pelo local.

Diante dos conflitos familiares, ou mesmo da ociosidade, o CAPS ocupa um importante espaço de socialização na vida dessas pessoas, reavivando a questão inicial

dessa pesquisa, o porquê dos usuários permanecerem por tantos anos no serviço. A ambiência, estar com outras pessoas, muitas vezes, era a alternativa mais interessante quando não a única. Entretanto o ato de “passar o tempo” é o que justamente acaba atribuindo o caráter “cronificante” a eles. O tempo livre, na contemporaneidade, é tido como algo problemático. No imperativo do ritmo acelerado, a ociosidade é encarada como perda de tempo, esse - como já dito antes - quando tomado como um bem, uma mercadoria que deve ser constantemente otimizado. Talvez o motivo pelo qual os profissionais de saúde demonstrar incômodo com o modo de estar na ambiência é justamente tentarem preencher o tempo dos usuários com diferentes atividades. Incômodo esse que também disparou essa escrita. Estar em um local, por um longo período “sem fazer nada”, não parece plausível atualmente.

Se, por um lado, havia uma falta de opção, como foi possível perceber durante esses seis meses de grupo, também existia uma dificuldade de se circular em outros lugares. Mesmo convites aparentemente atrativos como a festa patrocinada pelo município em seu aniversário (sem articulação com o grupo), ou o Baile da Terceira Idade a que fomos convidados (e só Valdivino compareceu), o novo parece não ser muito interessante. Entretanto, a possibilidade de estar com Valdivino no baile e vê-lo posteriormente contagiando seus colegas para acompanhá-lo em um próximo, dá pistas de um trabalho a ser feito pelo CAPS. Acompanhar essa circulação pela cidade, pois, se não há pessoas nas praças, por que não ocupá-las? Talvez com atividades externas a cidade também possa tornar-se mais atrativa.

Estar entre a instituição e o urbano é o que propõe o Acompanhamento Terapêutico (AT) como modalidade clínica:

“(…) na medida que possibilita acompanhar o sujeito na sua circulação pela cidade, colocando-se como alternativa para a construção de um espaço transicional, uma zona de intermediação entre a referência institucional para esse sujeito e seu acesso à via e aos lugares públicos”. (PALOMBINI et al, 2008, p.17)

O CAPS poderia emprestar essa função AT e auxiliar para que os espaços públicos sejam habitados e não apenas transitados, que lugares de passagem se tornem espaços de convivência. Algo também a ser feito em grupo, para além das questões clínicas, um dispositivo a serviço da apropriação da cidade.

Em nosso último encontro, realizamos uma roda de conversa para compartilhar com outras pessoas do serviço nossas vivências, mostramos nossas fotos, contamos

nossas histórias. Inicialmente nossa conversa tinha um tom de frustração: enquanto arrumávamos o espaço da ambiência para nossa roda de conversa, a discussão sobre o grupo já se iniciava: “*nós íamos nos lugares e não tinha, tudo fechou! Eu fiquei de cara*”, dizia Luiz Carlos contando sobre as ruas que não encontramos, as igrejas fechadas e continua, “*parece que tudo tinha acontecido em um sonho e quando fomos conferir o sonho não era verdadeiro*”.

Mas, no decorrer da atividade, foram abrindo-se possibilidades, novos lugares a serem visitados foram sugeridos, tanto por quem pertencia ao grupo quanto por aqueles que participaram da nossa roda como convidados. Ficou a proposta de visitar outros espaços e que isso poderia ser organizado independentemente da continuidade do grupo.

Ao final do encontro, Luiz Carlos disse: “*Tu pegou cinco moleques de quintal e foi conhecer a cidade toda!*”.

6. Onde me implico?

“Agora tu já vai querer morar em Esteio?”



Figura 5 Imagem produzida por Valdivino Padilha

Uma pesquisa-intervenção demanda que seja colocada em questão a posição ocupada pelo pesquisador em seu campo de pesquisa, assim como as relações estabelecidas com aqueles que participaram da mesma (PAULON, 2005). As questões que me trouxeram para o programa de pós-graduação surgiram de minhas vivências como trabalhadora, o campo de intervenção se dá justamente no local onde exerço minhas atividades profissionais, produzindo uma série de atravessamentos que acompanham esta pesquisa. Isso não significa que eu tivesse a pretensão de ocupar uma posição neutralidade, porém é necessário colocar em análise minhas experiências neste percurso.

Desde o início de nossos encontros, parecia haver um endereçamento a mim. Logo no primeiro dia, na dinâmica de apresentação, quando pergunto sobre coisas que gostam de fazer, percebo que a conversa circunda sobre a cidade, locais da cidade,

talvez um endereçamento a minha demanda, visto que já havia conversado previamente com todos sobre a proposta do grupo.

Nesse primeiro dia, Luiz Carlos perguntou se eu conhecia o Coração de Maria (famosa igreja do município), respondo que nunca havia entrado no local. A partir desse momento, parece que ele se imbuíu da tarefa de me apresentar a sua cidade. Percebo que sou uma estrangeira (na apresentação conto que moro em Porto Alegre). Depois, perguntou se eu conhecia um rio localizado na divisa de Esteio com outro município, e que seria possível pescar no local. Respondi que eu também não conhecia.

Se o fato de existir um endereçamento a mim parecia evidente, o que não estava claro era o que fazer com isso. Além disso, o que eu representava também era dúbio, voltavam-se à trabalhadora do CAPS ou à pesquisadora? Esse duplo lugar me causava estranheza e insegurança.

Já estávamos perto do horário de término do primeiro encontro quando falei sobre o TCLE. Apesar de já ter anunciado que o grupo estava relacionado à pesquisa, estava um pouco receosa sobre os efeitos que poderia ter esse pedido consentimento para realizá-la. Talvez por ser a primeira vez que, no meu contato com os usuários do CAPS, eu saía do lugar de trabalhadora e me posicionava como pesquisadora. Expliquei o porquê do termo, fiz uma leitura do mesmo e reforcei a não obrigatoriedade de assinar. Minha tensão logo foi diluída quando um dos participantes pergunta “*é aqui que assino?*”. Nos despedimos, reafirmando o encontro da semana seguinte.

O TCLE foi o primeiro elemento que me desacomodou nesse novo lugar, assim como outras situações que foram surgindo. Havia uma preocupação minha para que o grupo “desse certo”. Mesmo tendo iniciado diversos grupos nesse período em que trabalho no CAPS, agora era diferente, havia também o compromisso com o mestrado e com a produção acadêmica.

No segundo encontro, apenas Valdirene esteve presente: Foram dias muito chuvosos, com algumas tempestades. Esteio é um município marcado pelas enchentes. Portanto, em períodos de chuva é comum que os serviços se esvaziem e que as pessoas fiquem em alerta temendo que suas casas sejam alagadas. Mesmo com o pretexto da chuva, fiquei preocupada se o grupo teria continuidade, tentei pensar em motivos para o esvaziamento da sala, mas segui com a sensação de que o encontro anterior havia sido potente.

Outras indagações foram me acompanhando ao longo dos encontros. Como deveria me posicionar frente ao grupo? Como participar daqueles encontros não verticalizando ações, mas, ao mesmo tempo, produzindo movimentos?

Levou um mês para que a nossa primeira saída acontecesse. Os motivos alegados eram as condições climáticas (ora pela possibilidade de chuva, ora pelo sol forte). Valdivino e Valdirene estavam presentes naquele encontro, perguntei se queriam sair ou ficar conversando: ambos responderam “*tanto faz*”. Neste momento, me questionei sobre a posição que deveria tomar frente ao grupo, deveria ser mais propositiva ou deveria deixar que essa proposta de circular pela cidade viesse no decorrer dos encontros? Frente à ambivalência (tanto minha como dos outros participantes) escolhi por ser mais propositiva, talvez na esperança que essa saída para a rua pudesse trazer algo de novo. Então, sugeri que olhássemos para o mapa, para os lugares que já havíamos conversado. Valdivino leu os pontos já marcados e propôs uma visita à Casa de Cultura. Nesse primeiro trajeto escolhido, a vinculação ao CAPS ainda era muito presente. Apesar de citarem diferentes locais, a escolha foi a “Casa de Cultura”, o único espaço que todos afirmaram ter conhecido a partir de alguma atividade do CAPS.

Qual seria a dificuldade em sair? Além das questões climáticas, havia também outros aspectos “dificultando” essa saída? Geralmente, as atividades externas são organizadas pelos técnicos sem muita intervenção dos usuários, fora a escolha do destino, toda a organização é feita sem que os usuários participem desse processo. A demanda no grupo era diferente, eles deveriam escolher o local e planejar como chegaríamos (se usaríamos transporte público ou iríamos a pé, se daria tempo de fazer a atividade em uma manhã, etc.). O que também aponta para a própria falta de hábito dos profissionais em sair do serviço, pois realizar essa circulação pela cidade pode ser difícil e trabalhosa. Fazendo com que também nos acomodemos no serviço, nos institucionalizando, visto que esperar que os usuários venham até o CAPS, realizem uma atividade e voltem para casa demanda bem menos tempo e planejamento. Mas por que não compartilhar essa tarefa? Dividir a responsabilidade da circulação pelo território com o usuário poderia diminuir essa inércia.

Em outra ocasião, quando ficamos sem saber qual seria o destino de nosso próximo encontro, Luiz Carlos diz: “*falta planejamento*”. Inicialmente, tomei essa falta de planejamento para mim. A minha participação poderia de alguma forma ser mais

potente? No encontro seguinte, devido ao mau tempo, ficamos no CAPS e algumas ideias de trajetos foram surgindo. Sugeri anotar as propostas que fossem levantadas retomando a ideia de Luiz Carlos sobre termos mais planejamento. Ao listar todos os lugares, percebemos que havia muitos espaços a serem visitados. Luiz Carlos exclamou: *"Temos passeios para o ano todo! Quando chove não vamos, nos outros dias vamos para esses lugares"*.

Quase automaticamente, como técnica, me sentia impelida a conduzir o grupo, resolver situações de forma rápida e eficaz, afinal é isso que se espera de um profissional em seu ambiente de trabalho. Um dos efeitos importantes da pesquisa foi justamente possibilitar essa parada, poder agir em outro tempo, mais do que solucionar situações eu deveria estar à espreita, estar atenta ao que estava acontecendo.

Entretanto, esse lugar de pesquisadora parece ter gerado um estranhamento não apenas para mim, nos primeiros encontros, mas, sobretudo, na fala de um dos participantes, o efeito de estar participando da pesquisa surgia com uma certa desconfiança. Luiz Carlos não tinha participado de nosso segundo encontro e retornou ao grupo afirmando que havia lido *"aquele papel"* [TCLE] e ter entendido, a partir de sua leitura, que era possível faltar no grupo e prosseguiu: *"É difícil achar um outro lugar para o CAPS"*. Em nossas primeiras saídas, essa pergunta se repetia: *"Tu tá procurando um novo local pra colocar o CAPS?"*, uma confusão não tão estranha, pois o CAPS já havia mudado de endereço diversas vezes após sua implementação.

Nas primeiras vezes em que o grupo se reuniu, me sentia ocupando o lugar da tutela, daquela que poderia definir o que era possível ou não fazer naquele espaço. Era óbvio que não teria como me despir totalmente do lugar de profissional (não que caiba a ele tutelar as pessoas), pois era um grupo do CAPS, proposto por uma trabalhadora do serviço. Em nossas atividades externas, eles me perguntavam o tempo de permanência em cada local, se poderiam fumar mesmo estando na rua. Em uma de nossas primeiras saídas, ao retornarmos Valdirene me perguntou se eu havia gostado do passeio, logo pensei: para quem era o passeio?

A relação técnico/usuários refletem as relações de saber/poder no cotidiano do serviço. Não que se buscasse uma visão "romântica" sobre a horizontalidade, mas entendíamos que a diluição de algumas fronteiras traria novas nuances a pesquisa, outras formas de se afetar e ser afetado.

Com o tempo parece haver uma mudança, o término do grupo não era mais marcado pela chegada ao CAPS, as pessoas retornavam para suas casas do local que fosse mais próximo para elas. Voltando da “fazenda” íamos cantando algumas músicas, um barco sendo reformado relembrou a todos uma canção dos “Paralamas”. No final os três ficam na parada de ônibus, não foi necessário me acompanhar até o CAPS dessa vez. Em várias ocasiões, o retorno ao CAPS consistia em ir até sua porta, ou adentrar brevemente para utilizar o banheiro ou beber água. Entretanto, eu permanecia no serviço seguindo minha jornada de trabalho. Poder voltar sozinha trouxe à tona uma dependência, que ainda não havia percebido: era eu quem era acompanhada, que teria dificuldade em voltar sozinha (por não conhecer a maioria dos nossos destinos). Os participantes do grupo assumiram a função de mostrar a cidade para a psicóloga que não conhecia muito bem seu território de trabalho.

Acompanhar o movimento do grupo, menos preocupada em conduzi-lo, foi possibilitando outras formas de nos relacionarmos, menos permeadas pelas relações de poder que atravessam a dupla usuário/profissional. Contudo, isso não aconteceu de forma linear, foi um constante exercício no decorrer da pesquisa.

Nessa forma de pesquisar onde o pesquisador é incluído no processo de intervenção é preciso interrogar-se constantemente sobre sua implicação. Como ir a campo aberto para novas conexões? Ficar atento para não fixar-se e poder transformar pontos em linhas. Fazer mapa e não decalque, um não reproduzir, mas um construir (DELEUZE & GATTARI, 1995). Então, como não sobrepor o lugar/função profissional do CAPS frente a uma abertura necessária enquanto pesquisadora?

Em certa ocasião, Valdivino, Juarez e Luiz Carlos estavam esperando na recepção do CAPS. O destino do nosso passeio já havia sido combinado e me informam: “*Vamos na fazenda*”. No caminho, Valdivino conta que, além da combinação do passeio, eles já haviam se articulado para compra do cigarro. Sendo assim, paramos no camelô antes de atravessarmos a passarela do trem. Durante o trajeto, que dura aproximadamente 30 minutos, conversamos sobre Natal, Ano Novo, atividades do CAPS. Falo sobre um novo grupo que estaria iniciando - o grupo de tabagismo - e Luiz Carlos afirma: “*Parar de fumar é coisa de careta*”. Percebi, naquele momento, o quão careta foi meu ato.

Surge a figura da estrangeira: sendo a única pessoa que não reside em Esteio, havia um constante interesse em me apresentar à cidade “*É tudo para seus olhos*”, diz

Luiz Carlos após a ida a mais um local que eu não conhecia. Ou quando afirmaram: *“Agora tu já conhece Esteio!”* no momento em que o grupo chega à conclusão de que não haveria outros espaços a serem visitados. Talvez como estrangeira, interessada em conhecer a cidade pelo olhar de meus cicerones, tenha sido mais fácil não me fixar na posição de prescritora de uma boa saúde.

Então, apesar de haver um endereçamento, houve um deslocamento na relação com os participantes: não se tratava de agradar a psicóloga do CAPS, mas mostrar o que havia de interessante no local, sentindo um certo orgulho de sua própria cidade e tentando transmitir isso a uma nova visitante. Em alguns momentos, eles também me alertavam sobre a peculiaridade dos locais: *“Não se assusta se tiver uns maconheiros lá!”*, ou quando demonstravam preocupação em saber meu interesse pelo município. Todos comentavam como havia sido agradável aquele passeio, então Luiz Carlos me pergunta: *“Agora tu já vai querer morar em Esteio?”*. Afinal, quando um estrangeiro é levado a passear implica também um certo cuidado com o visitante, poder trocar de posição (sair do lugar de quem cuida), também permitiu novas conexões.

Foi necessário ocupar o lugar de pesquisadora para me permitir ser conduzida, saindo do lugar de tutela. Entretanto, essa abertura também não seria necessária aos demais trabalhadores? Reflexos de como nos subjetivamos como profissionais, marcando as relações de saber/poder que estabelecemos com os usuários. Nas práticas rotineiras de um serviço, a excessiva demanda de trabalho pode automatizar nossas ações. Por mais que haja o desejo de produzir um cuidado não verticalizado, isso requer uma constante atenção e reflexão. Estar aberto para a troca, não se fixar em uma posição de quem detém o saber deve ser um exercício constante. Além disso, abrir-se para a cidade, para o conhecimento dos usuários também possibilitaria não nos “cronificarmos” nesse saber técnico.

A nossa ideia inicial era apresentar novos espaços aos usuários, possibilidades de ampliar a circulação pelo urbano; entretanto, o grupo funcionou com um dispositivo para eu conhecer a cidade e, no decorrer dos nossos encontros, vou me dando conta que não conhecia o município em que trabalho. O que eu atribuía como “cronicidade” aos usuários - a restrição dos trajetos casa/CAPS - era a mesma relação que eu estabelecia com o município, indo da minha casa [Porto Alegre] para o CAPS e vice-versa. Havia em mim uma pobreza na exploração dessa cidade.

Não saberia precisar de onde vinha a suposição de que eles não conheciam a cidade, assim como não havia me questionado, em profundidade, sobre o quanto eu a conhecia, uma problematização que também não parecia ser feita pela equipe do CAPS. Pensamentos naturalizados, ideias preconcebidas e não verificadas, atravessamentos na relação profissional/usuários. Certos estereótipos que nós trabalhadores produzimos e que reverberam naquilo que conseguimos perceber da realidade do outro. O analisador dinheiro também se presentifica aqui: equipes são compostas, em sua maioria, por pessoas que pertencem a uma classe social diferente da população que assiste.

Neste contexto, a afirmação de Rolnik (2006) sobre cartografar as paisagens psicossociais aponta como uma possibilidade: “A cartografia, nesse sentido, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornam-se obsoletos”. (ROLNIK, 2006, p. 23). Com o grupo, pude conhecer Esteio e também as relações que eles mantinham com cidade e, ao contrário do que supunha, não havia desconhecimento da parte deles. As próprias imagens produzidas por Valdivino me mostraram ângulos de uma cidade mais bela que, talvez, eu não conseguisse enxergar sem o intermédio do seu olhar.

O estigma da “cronificação” foi se desdobrando no decorrer da pesquisa. Nesse aspecto, o contato com a cidade possibilitou inúmeras aberturas e outros olhares sobre meus companheiros de grupo; perceber o quanto eles dominavam os trajetos, que não se melindravam ao acessarem os diferentes lugares, como encontravam e cumprimentavam conhecidos e a maneira carinhosa como esses lhes tratavam. Eles foram me mostrando a “cronicidade” produzida pela própria cidade, as impossibilidades de ocupar o urbano e que as poucas coisas que tinham como espaço de lazer foram tomadas por avenidas, prédios e fábricas. A região foi perdendo suas características, aquilo que lhe era próprio, tornando-se um espaço muito pouco atrativo.

A compreensão sobre a desinstitucionalização e as novas formas de “cronicidade” (não mais restrita às pessoas que permaneceram por anos nas instituições asilares, mas aos usuários tem uma relação muito estreita com o serviço de saúde mental) foi tomando novos contornos conforme fui sendo apresentada à vida cidadina daquelas pessoas. Não se tratava de um confinamento/aprisionamento, o CAPS ainda

era um dos poucos, se não o único, lugar para se estar, afinal, pessoas economicamente vulneráveis permanecem à margem da experimentação e apropriação do espaço urbano.

Também pude olhar para algumas das forças institucionais e perceber reverberações delas em meu trabalho. Relações de poder “cronificadas” que, sem me dar conta, estava reproduzindo. Ficar aberta para aprender/conhecer com os usuários, me deparar com o olhar dinâmico e processual deles para o próprio CAPS, me fez repensar a minha relação com eles, com a cidade e com o próprio serviço. Assim, produziu-se uma torção na questão inicial: se a intenção era intervir nos usuários, na cidade, talvez, o maior efeito dessa intervenção tenha acontecido em mim mesma.

7. Considerações finais

Frente ao atual cenário político, com o desmantelamento das políticas públicas e uma já orquestrada falta de investimentos na área da saúde pública, faz-se necessária a afirmação da importância do SUS e de seus dispositivos. As críticas, aqui apontadas, ao nosso modo de fazer a reforma psiquiátrica, são colocadas no intuito de propor avanços à mesma. Mas também se faz necessário valorizar o que já foi conquistado e o que é possível fazer nas condições sociopolíticas que vivemos hoje, ou seja, poder habitar entre o ideal prescrito pelas políticas e as nossas possibilidades de efetua-las.

A própria reforma psiquiátrica não ocorre de maneira linear, em diversos momentos é necessário reivindicar direitos que já considerávamos garantidos. Um exemplo disso é o processo de desinstitucionalização no Rio Grande do Sul e o fechamento das instituições manicomiais que perduram há anos, apesar do pioneirismo do estado ao aprovar a primeira lei do país voltada à reforma psiquiátrica, a Lei Estadual nº 9716²⁵, criada em 1992. Provavelmente por estarem ainda muito atreladas a políticas de governo, as ações não são contínuas. Se na gestão anterior foi possível dar um grande salto na desinstitucionalização das pessoas asiladas no Hospital Psiquiátrico São Pedro e houve a ampliação de investimentos na Rede de Atenção Psicossocial, na atual gestão tivemos grandes retrocessos, incluindo fechamento de Serviços de Residenciais Terapêuticos.

Pensar o CAPS como local que perpetua a “cronicidade” e a relação com a cidade como algo embrutecido parece não dar conta das problemáticas aqui levantadas. Também apontar que “não se tem rede” pode soar como uma saída fácil para esse problema. Mas como fazer essa costura? Estender o cuidado em saúde mental a outros serviços eliminaria o resíduo manicomial do CAPS ou transpô-lo-ia para outro espaço? O que nos parece mais interessante é poder habitar o que existe para além dos serviços. Se a cidade atualmente é tomada como espaço de passagem, contrária ao encontro, caberia também ao CAPS propor atividades em outro tempo. Poder efetivamente trabalhar no território, fazer redes, incluindo essa diferença, sustentando outros lugares possíveis.

²⁵http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=15281&Hid_Texto=&Hid_IDNorma=15281

A pesquisa inicia com uma série de premissas de uma pesquisadora tomada pelo seu cotidiano de trabalho, que olha para um CAPS que “cronifica”, para uma cidade que rejeita e sai a campo cheia de ideias estereotipadas sobre a saúde mental. No encontro com meus companheiros de andança, vou me dando conta do quanto é restrito meu conhecimento sobre aquela cidade em que fui trabalhar. Eles foram me mostrando os lugares que ali existiam e que havia um esvaziamento de sentido nos espaços de convivência, mais do que uma falta de acolhimento por parte do urbano. Um desdobramento na questão inicial: a cidade também “cronifica”.

Ao transformar a realidade para conhecê-la, a pesquisadora também foi se transformando nesse processo. Ocupar o lugar de pesquisadora foi produzindo deslocamentos no meu lugar como trabalhadora. Movimentar-me pela cidade e perceber o que eu não conheço dela foi resignificando meu trabalho. Assim, a cidade e o encontro promovido pelo grupo foram me afetando e produzindo uma desnaturalização do objeto, um deslocamento, talvez, maior em mim do que o produzido naquelas pessoas que aceitam participar dessa jornada comigo.

Duplo estrangeirismo: além da cidade, pude me colocar como estranha ao CAPS, ver coisas que, apesar de tão próximas - e provavelmente por isso mesmo -, não estava conseguindo olhar. Como pesquisadora foi possível estar à espreita acompanhar os movimentos e poder habitar outros papéis, saindo da posição de cuidar, o que oportunizou novos olhares. Fazer a mesma coisa todos os dias não é necessariamente algo a ser combatido. Seguir o imperativo: fazer a mesma coisa todos os dias pode ser resistência, sendo nômade quando não se move, mas quando se habita o espaço. O CAPS podendo operar como lugar de parada, como sugeriu Valdivino: “um lugar para dar uma banda fixa”. O tempo dos usuários como uma forma de resistência quando uma circulação mais ampla pode estar atrelada a um imperativo de movimento, resistência a essa velocidade do urbano que nos invade. O CAPS atuando dentro dessa “lógica de condomínio” como um espaço de troca entre os pares e de proteção; a ambiência como possibilidade de produzir outro tempo.

Também pude olhar para a dimensão esquizofrenizante das práticas de cuidado, ao quisermos promover a autonomia dos usuários e reproduzirmos o lugar de tutela. As ideias manicomiais prescindem de uma estrutura manicomial. Foi importante me deparar com corpos não tão docilizados, capazes de “desobedecer” as normas do serviço. Como profissional, sustentar que tenham “outras coisas para se fazer na vida”

(que não estar no CAPS). É necessário produzir um cuidado que promova liberdade, mesmo que isso implique o não comparecimento ao grupo, por exemplo. Portanto, os trajetos, os fluxos dessa rede devem ser construídos pelos usuários, em uma lógica “usuário centrado”, mas sempre cuidando para não expandir os dispositivos de controle e cercear sujeitos.

O dinheiro também surge como um importante analisador: a restrição ao circular no urbano estaria relacionada à loucura ou à pobreza? Dinheiro como um ponto nevrálgico; sabe-se que a grande maioria de usuários dos serviços de saúde mental pertencente ao SUS também são atravessados por um recorte de classe, de um grau de escolaridade. Se a vida cidadina, em nosso modo de subjetivação contemporâneo, perpassa pelo poder aquisitivo, não seria diferente com os participantes do grupo.

Assim, se esses “novos crônicos” não carregam marcas dos hospitais psiquiátricos (roupas identificadas), carregam a marca da pobreza. Torna-se necessário olhar para a questão não se restringindo ao campo da saúde, pensar também em ações intersetoriais. Se, em sua maioria, os usuários de saúde mental possuem baixa escolaridade e possibilidades precárias de emprego, como estreitar relações e promover ações vinculadas à educação e ao trabalho? Não olhar a doença de forma isolada (separando-a do social) era um dos lemas defendidos pelos psiquiatras italianos. Poder falar sobre loucura e relacioná-la com outros marcadores de exclusão é uma forma de ampliar a questão e não limitá-la ao patológico.

Se no decorrer da pesquisa fomos percebendo que a questão da “cronicidade” também estava atrelada à vulnerabilidade econômica dos usuários, logo o CAPS deve ficar atento à miséria produzida pelo próprio serviço, na forma como ele se organiza, na maneira como os técnicos olham para os usuários, na reprodução de uma certa “ausência de obra” na “cronificação”. A burocratização e a normatização do CAPS também empobrecem o trabalhador e aqueles que frequentam o espaço. Poder olhar para as singularidades desses sujeitos, ao invés de ser tomado pela sentença do “crônico” - daquele que pouco tem a nos dizer e é pouco merecedor de investimento - pode ser uma das saídas para a “cronificação”.

Conforme apontado anteriormente, um dos objetivos da desinstitucionalização é o de transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos, especialmente com os usuários. Como pesquisadora pude me deslocar da minha posição de saber/poder enquanto técnica, abrir espaço para outras relações e deixar me surpreender

pelos saberes dos usuários. Nesse processo, fui percebendo que muito das minhas suposições eram infundadas e o quanto o meu “pressuposto” saber estava naturalizado. Tensionar essa posição, ficar atenta às práticas que produzimos enquanto trabalhadores de saúde é uma tarefa difícil, mas que deve ser sempre colocada em análise.

No decorrer da pesquisa, percebeu-se que o CAPS, seu espaço da ambiência, ainda é um equipamento de sociabilidade importante, ao menos no município em questão, pela pouca diversidade de espaços voltados ao lazer. Com isso, pretendemos deixar claro que não se trata de uma generalização. Provavelmente em outros municípios, com dispositivos diferentes, a relação de usuários de saúde mental e a cidade pode se dar de outra forma.

Durante o grupo não fui propositiva nas escolhas dos nossos trajetos. Com exceção do convite para o baile, todos os nossos destinos foram escolhidos pelos participantes, fui me deixando levar pelo lugar de “estrangeira” e aceitando as sugestões dos meus cicerones. Mas, na rotina de um serviço de saúde também é importante que os profissionais fiquem atentos a outros dispositivos da cidade, sendo propositivos na apresentação e construção de novos espaços a serem experimentados. Compartilhar o planejamento dessas atividades com os usuários; abrir-se para o conhecimento dos mesmos sobre seus territórios, tornar isso um processo a ser feito conjuntamente também ampliaria possibilidades de circulação pelo urbano. Trata-se, portanto, de tirar esse tipo de dispositivo, o sair para rua, de sua excepcionalidade, incorporando-o à rotina do serviço.

Um dos objetivos da pesquisa era o de expandir essa discussão para outros atores. A questão trazida como problema de pesquisa parece ter eco com os questionamentos da equipe, mas como instigar a participação de outras pessoas nesse percurso? Como levar a proposta de intervenção e a experiência produzida por ela às demais pessoas? A ideia de finalizar o grupo na própria ambiência partiu dessa vontade de contágio, as pessoas que lá estavam (profissionais e usuários) se engajaram na roda de conversa, dando indícios de ser um tema de interesse aos demais. Dar prosseguimento ao grupo, incluir outros profissionais, esboça-se como projeto futuro. Mas também poder incluir outros dispositivos e atores da rede, não ficando restrita ao campo da saúde. Se em nossas conversas percebemos a falta de inclusão de gênero e de algumas faixas etárias nas atividades de lazer e oficinas ofertadas pelos serviços do

município, ampliar essa discussão e dialogar com outras secretarias (esporte, assistência social, etc.) surge como algo a ser feito.

Outra possibilidade seria os próprios usuários apresentarem seus trajetos e a cidade para os novos trabalhadores/estagiários que chegam ao serviço. Incluir na rotina de funcionamento do CAPS a apresentação da cidade pelos próprios usuários: seja entre seus pares (em diversos momentos recebemos usuários vindos de outros municípios), seja para os profissionais.

Além disso, estimular ações onde os usuários também possam atuar sem a tutela do CAPS, iniciativas protagonizadas por eles, como grupos de suporte mútuo. Oportunizar atividades em espaços fora do serviço, não restrito ao horário comercial do CAPS, como ver um filme, participar de eventos promovidos na cidade, etc.

Se o CAPS é, muitas vezes, tomado como “o detentor do saber sobre a loucura” e a relevância do serviço é atribuída por marcas do poder psiquiátrico, durante a pesquisa fomos desdobrando essa questão. No município de Esteio, o CAPS ainda ocupa um lugar de grande importância na vida de algumas das pessoas que o frequentam, por ofertar algo que não encontram na cidade. Além disso, tem o papel de auxiliar na relação entre os usuários e o urbano, tarefa essa que deve ser feita tendo sempre em mente sua prescindibilidade nessa função, ensinando a pescar, como já nos apontaram os usuários²⁶. É importante deslocar o papel do CAPS como “o lugar” de cuidado para os usuários de saúde mental por conta de seu saber especializado, de uma centralidade biomédica, e retomar sua potência como agenciador na construção de um “outro lugar social para a loucura”, apostar no cuidado, nas tecnologias leves, nas trocas, nos espaços de encontro.

Nessa forma de conceber a desinstitucionalização, tomando-a pelo seu conceito ampliado, os serviços substitutivos ao modelo manicomial devem promover o cuidado em saúde mental em liberdade, ficando atentos para que essa “liberdade” não se restrinja a um único espaço. Trata-se, portanto, de incumbir-se da função de auxiliar nessa relação com uma cidade contemporânea onde o acesso é limitado quando há falta de dinheiro, tornando os espaços públicos esvaziados. Inventar novos modos de habitá-la, tensionar essas dificuldades, olhando para o urbano também pela sua possibilidade de construção de resistência, das micropolíticas.

²⁶ Referência à narrativa citada na página 16 (FLORES et al, 2015).

8. Referências

- AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Da Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n.4, p. 648-663. 2007,
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.
- AMARANTE, P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. **Saúde em Debate**, v.45, p.43-6, 1994.
- AMARANTE, P. **Loucos pela Vida** - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995a.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.3, p. 491-494, 1995b.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMORIM, A.; DIMENSTEIN, M. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.21, n.2, p. 319-336, 2009.
- BAPTISTA, L. A. Ode à cidade ou a violência da Literatura na desinstitucionalização da Saúde Mental. In: BAPTISTA, L. A.; FERREIRA, M. S. **Por que a Cidade?** Escritos sobre experiência urbana e subjetividade. Niterói: Editora da UFF, 2012.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, 2011.
- BARROS, G da S. Filtragem Racial: a cor da seleção do suspeito. **Revista Brasileira de Segurança Pública**. Ano 2 Edição 3 p. 134 -155, 2008.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: Notas introdutória sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra, B. & Amarante, **Psiquiatria Sem Hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília-DF, 2004.
- COSTA, L. A.; FONSECA, T. M. G.; AXT, M. A imagem e as ciências humanas: a poética visual como possibilidade de construção do saber. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 39, n. 4, p. 1153-1168, 2014.

COSTA, L. A.; FONSECA, T. M. G. Cidades sutis: dispersão urbana e da rede de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 21-30, 2013.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia** - Volume 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DESPRET, V. Leitura etnopsicológica do segredo. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 23, n. 1, p. 5-28, jan./abr. 2011.

DUNKER, C. A Lógica do Condomínio ou: o Síndico e seus Descontentes. *Revista Leitura Flutuante*, São Paulo, vol.1, nº 1, 2009.

FERRAS, M.C.F. (Org.). **Três tempos sobre a história da loucura**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**: revisado conforme acordo ortográfico. 2º ed. Curitiba: Positivo, 2008.

FLORES, A.A. *et al.* A experiência da produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia Gam brasileiro. **Caderno Humaniza SUS** do Ministério da Saúde, v. 5, p. 257-275, 2015.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973/1974). São Paulo: Martins Editora Livraria, 2012.

GUATTARI, F. **Caosmose**: Um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34. 1992.

KANTORSKI, L. P. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, supl. 1, p. 29-35, 2009.

KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, L. R.; BASSET, V. L. (Org.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Nau, p. 465-481, 2008.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec. p. 55-59, 1996.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec; 2012.

MAVROMATALI, M. **Mitología griega**. Atenas: Xaitali. 1997.

MARTINS, L. M. **O Diário de Campo Como Dispositivo para Análise de Implicação em Pesquisa**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, 2016.

- MEHRY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2002.
- MIZOGUCHI, D. H.. **Segmentariedades: passagens do Leme ao Pontal**. São Paulo. Plêiade, 2009.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, 2006.
- PALOMBINI, A. d. L. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica**. Tese de Doutorado, Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, 2006.
- PALOMBINI, A. L. *et al.* **Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.
- PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P.D.C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.
- PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia e Sociedade**, v.17, n.3, p. 18-25, 2005.
- PELBART, P. P. Manicômio mental – a outra face da loucura. In A. Lancetti (Org.), **Saúde e loucura** Número 2. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.
- PELBART P. P, **Nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago. 1993.
- ROCHA, M. L.; AGUIAR. Katia Faria de Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.
- ROMAGNOLI, R. C. *et al* . Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 30, p. 199-207, 2009.
- ROTELLI, F; AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Bezerra, B. & Amarante, **Psiquiatria Sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 41-55, 1992.
- ROTELLI, F; De LEONARDIS O; MAURI D. Desinstitucionalização, outra via. In: NICÁCIO, F. (org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; p. 17-59, 2001.

SALLES, A. C. R. R.; MIRANDA, L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 369-379, 2016.

SILVA, M. B. B. O técnico de referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? **Revista Vivências**, n. 32, p. 227-223, 2007.

SILVA, M. C. C. **Educação do lugar: saúde mental e pedagogias da cidade**. Dissertação de Mestrado em Educação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

SINHORETTO, J. et al. A filtragem racial na seleção policial de suspeitos: segurança pública e relações raciais. In: FIGUEIREDO, I. S. de; BAPTISTA, G. C.; LIMA, C do S. L. (Org.). **Coleção pensando a segurança pública**. Brasília: Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública. v. 5, p. 121-158, 2014

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.

TORRE, E.H. G.; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VENTURINI, E. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

VIRILIO, P. Minha Língua estrangeira é a velocidade, é a aceleração do real (Entrevista concedida a Guilherme Soares dos Santos). **Egov.UFSC**, 12 jan. 2012. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/entrevista-virilio-%E2%80%9Cminha-l%C3%ADngua-estrangeira-%C3%A9-velocidade-%C3%A9-acelera%C3%A7%C3%A3o-do-real%E2%80%9D> . Acesso em : 13 jun.2017

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2010.

9. Apêndice I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa proposta por Julia Bongiovanni, aluna de mestrado do Programa de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, sob a orientação da professora Rosane Azevedo Neves da Silva.

Essa pesquisa tem o objetivo de conhecer e ampliar as redes de circulação dos usuários de serviços de saúde mental pela cidade.

Como faremos a pesquisa? Em um grupo, semanalmente, vamos conversar sobre os percursos pela cidade que cada participante realiza e, posteriormente, vamos sair para conhecer esses trajetos. Vamos também conhecer outros lugares da cidade que acharmos interessantes. Tudo será feito em grupo, e cada um irá participar da forma que se sentir à vontade.

Quais são os riscos de participar da pesquisa? A participação nesta pesquisa tem risco mínimo. Caso ocorra algum incômodo ou situação adversa durante a realização da pesquisa, a pesquisadora se compromete a fazer os encaminhamentos necessários.

Quais são os benefícios dessa pesquisa? A pesquisa poderá contribuir para acrescentar novas informações na elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários, ampliar os percursos a serem percorridos e contagiar outros usuários e profissionais com a proposta.

Quais são os direitos de quem participa da pesquisa? Você pode aceitar participar ou não dessa pesquisa e todos os participantes têm direito de desistir de participar a qualquer momento. A desistência não envolve nenhum prejuízo para a pessoa e não influenciará no tratamento no CAPS.

A participação será anônima? A pesquisa não irá identificar os participantes. Se os participantes desejarem ser identificados, seus nomes poderão aparecer na pesquisa e na dissertação, se preferirem ficar anônimos, poderão receber pseudônimos. Caso sejam produzidas imagens (fotografias), essas deverão preservar a dignidade, evitando

prejuízo ou estigmatização das pessoas. A liberação da utilização dessas imagens será exclusivamente para a dissertação.

O que será feito com o material da pesquisa? Os dados da pesquisa ficarão sob a guarda das pesquisadoras responsáveis pelo período de cinco anos, no Instituto de Psicologia da UFRGS (Ramiro Barcelos, 2600, sala 300D, bairro Santa Cecília, Porto Alegre- RS.). Se tiver qualquer dúvida ou precisar de algum esclarecimento você poderá entrar em contato com as pesquisadoras pelos telefones: Julia Bongiovanni (3473-0376), Rosane Azevedo Neves da Silva (3308-5465) ou, ainda, na secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (3308-5698), sediado na Rua Ramiro Barcelos, 2600; bairro Santa Cecília, Porto Alegre- RS.

Aceite de Participação Voluntária

Eu, _____, RG _____, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima descrita e concordo em participar dela. Também recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esteio, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do participante

Julia Bongiovanni
Mestranda do PPGPSI-UFRGS

Rosane Neves da Silva
Professora do PPGPSI-UFRGS

10. Apêndice II: Termo de Concordância Institucional

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL INSTITUTO DE PSICOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL

A pesquisa “Desinstitucionalização: outros itinerários possíveis” proposta por Julia Bongiovanni, aluna de mestrado do Programa de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, sob a orientação da professora Rosane Azevedo Neves da Silva, tem como objetivo criar um dispositivo que promova a ampliação da rede de circulação pelo território daqueles usuários que possuem uma longa trajetória de tratamento no CAPS II Aquarela.

A pesquisa envolverá a criação de uma oficina, onde se conversará com os usuários do CAPS sobre os seus percursos pela cidade e, posteriormente, se sairá para conhecer esses trajetos. Os participantes serão claramente informados de que sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao tratamento realizado no CAPS. A qualquer momento, tanto os participantes quanto os responsáveis pela Instituição poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a esta pesquisa.

A participação nesta pesquisa apresenta risco mínimo. Caso ocorra algum incômodo ou situação adversa durante a realização da mesma, a pesquisadora se compromete a fazer os encaminhamentos necessários. Quanto aos benefícios esperados, considera-se que a pesquisa poderá contribuir para acrescentar novas informações na elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários.

Os dados da pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pelo período de cinco anos.

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Em caso de dúvidas ou se houver necessidade de algum esclarecimento, a instituição poderá entrar em contato com as pesquisadoras Julia Bongiovanni (3473-

0376), Rosane Azevedo Neves da Silva (3308-5465) ou, ainda, com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (3308-5698).

Esteio, ____ de _____ 2016

Pâmela Freitas Machado

Coordenadora Municipal de Saúde Mental na Prefeitura Municipal de Esteio

Julia Bongiovanni

Mestranda do PPGPSI-UFRGS

Rosane Neves da Silva

Professora do PPGPSI-UFRGS