

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

**O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: CARTOGRAFIAS DE UM  
HÍBRIDO NO CONTEXTO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE  
MENTAL**

Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

Natal/RN

2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

**O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: CARTOGRAFIAS DE UM  
HÍBRIDO NO CONTEXTO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE  
MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia Social da Universidade Federal do Rio  
Grande do Norte, sob orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dra.  
Magda Diniz Dimenstein, como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Natal/RN

2008

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A tese intitulada “O Serviço Residencial Terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização em saúde mental”, elaborada por Ana Karenina de Melo Arraes Amorim, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Natal, RN, 23 de outubro de 2008.

#### BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Roberta Carvalho Romagnoli  
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

---

Prof. Dr. Artur F. A. Perrusi  
Universidade Federal da Paraíba

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Liège Uchôa Azevedo de Araújo  
Secretaria Estadual de Saúde

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Aparecida Dias  
Universidade Potiguar

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Magda Diniz Dimenstein (Orientadora)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

*Tudo aquilo que em mim sente, sofre de estar numa  
prisão; mas a minha vontade chega sempre como  
libertadora e portadora de alegria.  
O querer liberto: é esta a verdadeira doutrina da vontade  
de liberdade – e, assim, a vós ensina Zaratrusta.  
Não mais querer e não mais determinar valores e não  
mais criar: ah, sempre longe de mim fique esse cansaço!  
Também no conhecimento, sinto apenas o prazer da  
minha vontade de criar e evolver; e, se há inocência em  
meu conhecimento, tal acontece porque há nele vontade  
de criação.  
(Friedrich Nietzsche, 1885/2005, p. 116)*

## AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Magda Dimenstein, amiga bruxa, nômade intercessora, mulher forte, orientadora apaixonada, por todos esses híbridos que é, por ter me deixado chegar e ficar junto e, assim, ter operado tantos desvios na minha vida, ampliando seus sentidos e por acreditar neste projeto como o projeto de “uma vida” e torná-lo possível e potente.

Às professoras Dra. Roberta Romagnoli e Dra. Simone Paulon, minhas intercessoras mineira e gaúcha, respectivamente, pela alegria dos bons encontros, pela inspiração em seus trabalhos no campo da saúde mental e pela carinhosa, cuidadosa e rigorosa leitura desta tese, cujas contribuições foram valiosas e indispensáveis ao exercício cartográfico nesta escrita.

Ao professor Dr. Artur Perrusi, pela disponibilidade e generosidade em ler este trabalho, em diferentes momentos, trazendo sempre valiosas contribuições.

À Dra. Liège Uchoa, pelas informações cedidas, pela generosa atenção que sempre nos presta, pelo importante trabalho que vem realizando em nosso Estado no campo da saúde mental e pela disponibilidade em ler este trabalho.

À professora Dra. Maria Aparecida Dias, pelo acolhimento e disponibilidade em ler esta tese e por estar amiga e ternamente comigo muito além dela.

Aos professores Dr. José Ricardo Ayres e Dr. Ricardo Teixeira, pelos bons encontros e pelas valiosas “missões” aqui em Natal que muito contribuíram para as idéias que aqui apresentamos.

Aos moradores do SRT de Natal, por me deixarem entrar em sua casa, pela acolhida e pela vida potente e resistente que motiva este trabalho.

À equipe de cuidadores do SRT Natal, pela confiança em me deixarem conhecer o seu trabalho, por acolher a minha companhia, pelos bons encontros, pelos risos, pela delicadeza e pelo compromisso com o trabalho de cuidar, que tanto me ensinaram.

Aos gestores e técnicos da saúde mental de Natal, em especial à Maria do Carmo e à Conceição Valença, pelas informações cedidas, pela atenção e disponibilidade em acolher este projeto, pelos convites em participar das discussões junto aos serviços, grande fonte de pensamento e aprendizagem e pelo compromisso com que desenvolvem suas ações fazendo-nos acreditar na potência de transformação neste campo.

Ao meu marido Carlos Henrique, meu amor, meu companheiro de vida, por acreditar neste meu trabalho como um projeto de vida, por suportar minhas ausências e dores e pela maravilhosa e admirável capacidade de me fazer rir nos momentos em que a alegria é absolutamente necessária.

À minha filha Gabi, minha estrela dançante, por chegar a minha vida como portadora de tanta alegria e força, me potencializando todo dia a inventar (n) a vida.

Aos meus pais, pelo amor, pela dedicação da vida inteira, pela fé em mais este projeto da minha vida, por construírem um “em casa” cheio de alegria, por me

revelarem o prazer dos livros e do campo “psi” e por me ensinarem que a potência da vida está na delicadeza dos bons encontros.

Ao meu irmão Luciano, pelos prazerosos encontros, por sua mansidão invejável, pela admirável solidariedade e amizade com que sempre posso contar.

Ao meu “Quinho”, irmão dessa e de outras vidas, pela amizade, pela maravilhosa cumplicidade, por compartilhar comigo as alegrias do pensar e por sua militância política em favor dos “desejos de mundo”.

À Sônia (“Inha”), meu anjo da guarda, pela companhia e pela dedicação com que cuida da minha família e da minha casa, tornando meu trabalho possível.

Ao meu amigo Jader, grande companheiro neste doutoramento, com quem tive a alegria de trilhar o nomadismo dentro e fora da academia, por ser a pessoa mais generosa e divertida que conheço e por saber, como poucos, realizar o exercício político da amizade.

Ao meu amigo Alex, grande intercessor nas trilhas da vida e da saúde mental, pela presença gentil e carinhosa de sempre, pela feição e escuta rigorosa das idéias e pela potência das máquinas de guerra que erigimos juntos.

Ao meu amigo João Paulo, companheiro recente e intercessor potente, pelas indispensáveis “coberturas”, pelos bons encontros, pela presença sempre amiga, alegre e acolhedora.

Aos amigos “lapianos lapidados”, Cida, Conceição e Carlinhos, pelo prazer de tê-los como colegas de trabalho, pelas alegrias da vida compartilhadas, pela força e apoio, pelos maravilhosos encontros.

À Sâmelá (e também à Soraya), essa mulher híbrida, forte, inteligente e extremamente sedutora, por compartilhar comigo as dores e alegrias de muitas realizações, pelo prazer de pensar junto e por acreditar que a vida sempre pode mais.

À Roberta e Cândida, minhas queridas “chefinhas”, pelo apoio, carinho e compreensão nesse tempo em que fui mãe-doutoranda-professora e não pude estar tão presente como gostaria; pela competência e seriedade com que constroem uma formação em Psicologia consistente.

À Pompéia, Eliana e Silvia Fernanda, grandes amigas na vida, pela interlocução sempre potente e possível, pela presença indispensável nos momentos mais importantes da minha vida e por compartilharem comigo esse gosto vital pela vida acadêmica.

Aos amigos da base de pesquisa, pelas alegrias, sugestões e críticas tão valiosas.

Aos amigos queridos da UnP, professores e alunos companheiros de jornada, por fazerem da Universidade um lugar de vida prazerosa em que é possível uma formação em Psicologia diferente, pelo apoio e incentivo constantes.

Aos amigos e familiares pernambucanos pelo apoio e torcida mesmo à distância.

## SUMÁRIO

Resumo .....	IX
Abstract .....	X
<b>Nota inicial.....</b>	<b>11</b>
<b>Das inconformações à proposição de uma cartografia.....</b>	<b>12</b>
1. Das inconformações pulsantes, a vida move e produz diferença.....	13
2. Do campo de produção da pesquisa.....	17
3. Perspectiva cartográfica: uma disposição para investigar e criar.....	24
<b>Mapa 1 – O Serviço Residencial Terapêutico no contexto da desinstitucionalização.....</b>	<b>36</b>
1. Reforma psiquiátrica, Desinstitucionalização e Políticas Públicas de Saúde: as condições de possibilidade do serviço residencial terapêutico.....	36
2. Os Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: importância, expansão e desafios.....	48
3. O Serviço Residencial Terapêutico como um híbrido problematizador e as peculiaridades do SRT Natal.....	56
<b>Mapa 2 - Cartografando a loucura em cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes.....</b>	<b>68</b>
1. É fácil perceber os “homens de lata” produzidos pela psiquiatria!.....	68
2. Biopolítica e Resistência: pensando os rumos da Reforma Psiquiátrica.....	79
<b>Mapa 3 – Cartografando o cuidado no Serviço Residencial Terapêutico: capturas, resistências e proposições .....</b>	<b>98</b>
1. Pensando o cuidado na transição Hospital Psiquiátrico– SRT: (des) construção, dificuldades e resistências.....	99



1.1. Construindo a passagem.....	102
1.2. Dificuldades e resistências no processo de transição.....	118
2. A Equipe e o Trabalho de Cuidado no SRT: características, condições e desafios.....	127
2.1. A configuração da equipe e a (des) construção das funções em jogo.....	127
2.2. Articulação com a rede de saúde e co-responsabilidade no cuidado.....	135
2.3. Do processo de trabalho e das tecnologias do cuidado – Somos técnicos, mas não trabalhamos num hospital!.....	146
2.4. Algumas proposições.....	161
<b>Entre os mapas, a intercessão possível e a potência do híbrido.....</b>	<b>164</b>
<b>Referências.....</b>	<b>170</b>

## RESUMO

Esta tese procura defender a idéia de que o serviço residencial terapêutico, enquanto dispositivo híbrido e recente do processo de desinstitucionalização em saúde mental, funciona como problematizador ao mesmo tempo em que indica desafios e potencialidades desse processo, da atenção em saúde mental e dele próprio na produção do cuidado. Para tanto, trabalhamos com a perspectiva cartográfica com a qual nos aproximamos da realidade como campo de produção de subjetividades cujas transformações e intensidades são os principais propulsores do pensamento. Desde tal perspectiva, foi possível produzir três “mapas de efeitos” dos encontros com os atores e coletivos envolvidos com o SRT e do estudo teórico realizado. No primeiro mapa cartografamos as condições de possibilidade desse dispositivo e a sua concepção no bojo do processo de desinstitucionalização e das políticas de saúde. Indicamos nele a configuração do SRT como um híbrido e problematizamos a sua proposição como um dispositivo de “reabilitação social” que pode funcionar como mecanismo de homogeneização social. Num segundo mapa, cartografamos capturas manicomiais em imagens e sentidos historicamente construídos da loucura presentes no jogo biopolítico contemporâneo e indicamos que as resistências a tais capturas precisam ser construídas na micropolítica cotidiana enquanto vetores importantes do processo desinstitucionalização em saúde mental. Por fim, num terceiro mapa cartografamos o cuidado produzido no SRT, através da análise da transição hospital psiquiátrico - SRT e do trabalho da equipe de cuidadores. Nessa cartografia, o cuidado, pela fragilidade no campo da co-responsabilização, revela-se atravessado por elementos manicomiais, disciplinares e normatizantes, mas também construído nas resistências que nascem dos vínculos, no campo intersubjetivo do trabalho de cuidar. Concluímos, então, que a potência do SRT e do próprio processo de desinstitucionalização estariam na construção e fortalecimento de redes micropolíticas de trabalho afetivo produtoras de vida e liberdade.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Saúde Mental; Serviço Residencial Terapêutico

**ABSTRACT****ABSTRACT**

This thesis seeks to uphold the idea that the therapeutic residential service, as hybrid device and recent process of deinstitutionalization in mental health, works as a problem producer while it also indicates challenges and potentialities in this process, the attention on mental health and on its own care production. To that end, we work with the prospect map with which we approach reality as the subjectivities production field which transformations and intensities are the major thought propellants. From this perspective, it was possible to produce three "purpose maps" from meetings with actors and groups involved with the TRS and the theoretical study carried out. On the first map we mapped the conditions of possibility of this device and its design in the midst of the process of institutionalization and health policies. We indicate on it the TRS configuration as a hybrid and we hassled its proposition as a means of "social rehabilitation" that can work as a social homogeneity mechanism. On a second map, we cartographed mental captures through images and ways historically built from madness presented in the biopolitical contemporary game and we indicated that the resistance to such catches should be built on a politic daily basis as important vectors of the institutionalization process in mental health. Finally, on a third map we mapped the carefulness produced in the TRS, by analyzing the transition psychiatric hospital - TRS and the caregivers' team work. On this mapping, the care, for the weakness in the co-responsibility field, is reveled crossed by mental, disciplinary and normality elements, but it is also built in resistance born from links in the intersubjective field of the caring work. We conclude, then, that the TRS power and the deinstitutionalization process itself were in building and strengthening affective labor micro political networks of life and liberty producers.

Key-words: Deinstitutionalization; Mental health; Therapeutic residential service

## NOTA INICIAL

*Não chegar a um ponto em que não se diz mais eu, mas a um ponto em que já não tem qualquer importância dizer ou não dizer eu. Não somos mais nós mesmos. Cada um reconhecerá os seus. Fomos ajudados, aspirados, multiplicados. (Deleuze e Guattari, 1995, p.11)*

No livro *A Aprendizagem ou o Livro dos Prazeres* Clarice Lispector escreve: “sentir é um ato, pensar é um fato e os dois juntos sou eu que escrevo o que estou escrevendo”. Essas palavras acompanharam-me por um bom tempo em textos que escrevi. Na escritura deste texto que aqui apresento, fui constatando que essas palavras tinham hoje para mim um sentido pela metade, uma espécie de meia verdade. Pensar e sentir estão misturados hoje e o maior exercício que venho fazendo ao escrever é o de desobjetivação a que Deleuze e Guattari nos convidam. Os dois juntos (pensar e sentir), misturados, indicando a “potência do pensamento”, não diz de mim, de um eu, de um interior que, com a Psicologia, aprendi a valorizar. O pensar diz de um “tornar-se outro”, diz de um exercício do fora, diz dos encontros. Por isso, a tese que aqui é apresentada procura, gaguejando, falar dos encontros, dos coletivos e das potências dos encontros com esses coletivos humanos e inumanos. Assim, quem assume a fala é o “nós” que, para além de um encontro de “eus”, diz que fomos “ajudados, aspirados, multiplicados”, diz desse desejo de ser sempre e a cada vez outras e outros e das intensidades que foram compondo a escrita feita a muitas mãos. Viva a potência de diferir!

## DAS INCONFORMAÇÕES À PROPOSIÇÃO DE UMA CARTOGRAFIA

*Pensar é sempre seguir a linha de fuga do vôo da bruxa.  
(...) É que não pensamos sem nos tornarmos outra coisa,  
algo que não pensa, um bicho, um vegetal, uma molécula,  
que retornam sobre o pensamento e o relançam.  
(Deleuze & Guattari, 1997, p.59)*

### **Cena um - Primeiras inconformações de um corpo afetado.**

Iniciávamos uma das nossas primeiras visitas a um conhecido hospital psiquiátrico de Natal, acompanhando uma turma de estudantes de graduação em psicologia que faziam a disciplina de psicopatologia ministrada por nós. Conhecíamos os pavilhões das enfermarias masculinas e femininas e o que presenciávamos assustava e comovia a todos. O quadro era muito próximo daqueles presenciados várias vezes em outros hospitais psiquiátricos pelos quais já havíamos passado na formação. Mas, ao final da visita, uma cena chamou particularmente a nossa atenção: duas senhoras, já bastante idosas, uma delas cega, envoltas numa atmosfera que exalava urina e ambas olhando perdidamente para o nada. Diante dessa cena um dos alunos pergunta ao nosso “guia de visita” o que aconteceria com elas, ao que ele responde que nada, que provavelmente elas morreriam ali, pois tinham sido abandonadas.

### **Cena dois - Além do hospital, apenas a linha de ônibus e o desejo silenciado.**

Numa outra visita ao mesmo hospital psiquiátrico conhecemos um hospital-dia que funcionava no anexo e no qual os pacientes semi-internos, na maioria dos casos, egressos do referido hospital, recebiam tratamento através dos instrumentos terapêuticos tradicionais e de outras ferramentas alternativas, tais como grupos operativos e oficinas

de arte terapia<sup>1</sup>. Esse local parecia constituir um “lugar privilegiado” em relação ao resto da estrutura e condições hospitalares de tratamento. Numa dessas visitas, começamos a conversar com um usuário do serviço e ele nos contava que era do interior do Estado e vinha se tratar ali e passava as noites na casa de uma tia. Dizia que gostava de ir ao hospital-dia, que ali era bem tratado, mas que não conhecia a cidade, só conhecia a linha 28 do ônibus que o levava do hospital para a casa da tia e vice-versa. Conta-me esse fato com um desejo evidente de circular pela cidade e, ao mesmo tempo, com uma conformação dócil de quem não podia ir além da linha do ônibus.

### **1. Das inconformações pulsantes, a vida move e produz diferença**

Ao presenciar e viver essas cenas, uma série de inconformações começou a nos invadir<sup>2</sup>. Por mais que já soubéssemos dessa realidade, por mais que já tivéssemos presenciado o abandono de pessoas acometidas por transtornos mentais graves em grandes hospitais psiquiátricos, do processo de institucionalização e suas conseqüências, aquilo que vivemos nessas cenas afetou-nos como nunca antes. Produziu-se um estranhamento! De modo semelhante, por mais que estivéssemos vendo todo o interesse em cuidar dos pacientes de modo “diferenciado” em relação ao hospital, não pudemos nos conformar com o fato de que uma pessoa livre atravessasse uma cidade no trânsito entre o serviço de saúde e a casa onde morava e não pudesse conhecer e mesmo circular por essa cidade. A docilidade e o desejo silenciado desse homem e dessas senhoras comoveram-nos e fez a vida mexer em nós. Por que a vida livre não era possível para

---

<sup>1</sup> Este serviço de hospital-dia foi desativado em 2007.

<sup>2</sup> Utilizamos aqui a palavra *inconformações* como uma síntese dos sentidos possíveis que atribuímos àquilo que apresentamos como reflexões. O primeiro sentido seria o da *in-conformação*, da não conformidade, daquilo que não assume um lugar dado, não se enquadra em modelos dados. O segundo seria o da *in-con-formação*, daquilo que não permite (*in* - negação) e permite (com - em sintonia, acompanhado de) formas, formações, mapas a partir das reflexões que podem ou não produzir o novo. E o terceiro sentido seria o da *incon-forma-ação*, daquilo que não se conformando permite a produção de novas formas (mapas, cartografias) e ações (movimentos de transformação).

essas pessoas? Por que o manicômio ainda existe e aprisionava-os nos diferentes espaços de tratamento<sup>3</sup>? Que perdição e que conformação era essa? De onde isso vinha? Por que isto nos tocava? O que se estava fazendo a respeito? O que podíamos fazer a respeito?

Perguntas e mais perguntas. Dali em diante, sentimos que não havia mais como ficar indiferente, não havia mais como dizer que não tínhamos nada com aquilo. Não seríamos mais indiferentes por que a diferença apresentou-se para nós com toda a sua radicalidade. Já estávamos implicadas com aquilo e sentíamos no corpo toda uma turbulência revoltosa acompanhada de uma racionalidade curiosa, de tal maneira que não conseguiríamos não pensar e agir em relação a fatos como esses vividos no campo da saúde mental. Configurou-se ali uma implicação com a produção da diferença e uma disposição para a investigação. A vontade de produzir sentidos e transformações em relação àquela realidade e multiplicar a paixão dessas inconformações traduzem essas experiências como “acontecimento”.

Entendemos essas experiências como acontecimento uma vez que indicam a emergência de uma singularidade. Uma ruptura produziu-se ali para nós, catalizando fluxos de forças que pediam passagem e instigando a análise e a produção de conhecimentos implicados com a desnaturalização e transformação daquela realidade.

Acontecimento não é uma decisão, um tratado, um reino ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocábulo retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada (Foucault, 1981, p. 28).

---

<sup>3</sup> O termo manicômio aqui é usado em substituição a hospital psiquiátrico no sentido de reforçar o seu caráter asilar, segregante e tutelar a qual estão submetidos os seus “pacientes”. Neste sentido, de modo amplo, usaremos mais adiante a idéia de lógica manicomial como aquela que sustenta este caráter das e nas instituições psiquiátricas e não psiquiátricas, bem como na cultura em geral.

Nesse acontecimento-experimentação pudemos perceber como não havia nada de natural, de já dado, na realidade psiquiátrica que ali se apresentava com violência, assim como também já não éramos ali mais naturalmente psicólogos ou professores de psicologia conformados. Ou seja, fomos provocados e convocados a um devir outro, de tal modo a “querer” aquilo que nos acontecia, de tomá-lo como algo inevitável para nós dali em diante, tornando-nos dignos de tudo o que nos acontecia. Como nos sugere Deleuze (2003, p. 152):

Que haja em todo acontecimento minha infelicidade, mas também um esplendor e um brilho que seca a infelicidade e que faz com que, desejado, o acontecimento se efetue em sua ponta mais estreitada, sob o corte de uma operação, tal é o efeito da gênese estática ou da imaculada concepção. O brilho, o esplendor do acontecimento é o sentido. O acontecimento não é o que acontece (acidente), ele é no que acontece o puro expresso que nos dá sinal e nos espera. (...) ele é o que deve ser compreendido, o que deve ser querido, o que deve ser representado no que acontece. (...) Não se pode dizer mais nada, nunca se disse mais nada: tornar-se digno daquilo que nos ocorre, por conseguinte, querer e capturar o acontecimento, tornar-se o filho de seus próprios acontecimentos e por aí renascer, refazer para si mesmo um nascimento, romper com seu nascimento carne.

Esse outro nascimento de que nos fala Deleuze, efetivou-se ali e exigia significação. O transbordamento que o acontecimento produziu exigia significação, convocava a palavra e o pensamento. Assim, o movimento de pesquisar foi ganhando lugar e sendo mesmo uma exigência que ali se colocava no sentido do “enfraquecimento de certas dominações” como nos indica Foucault (1981) e na construção de um devir outro como nos convoca Deleuze (2003).

Recorremos, então, ao conceito de acontecimento em Foucault (1981) e em Deleuze (2003) para pensar a pesquisa como acontecimento e para desenvolvê-la como uma ação relativa ao acontecimento, ou seja, a pesquisa do acontecimento, como



Fonseca, Kirst, Oliveira, D'Ávila e Marsilac (2006) nos propõem. Entendemos a pesquisa como acontecimento, a partir de Deleuze (2003), uma vez que ela produziu-se na diferença em nós. A pesquisa emerge daquilo que, sendo impessoal e pré-individual (não está colado ou vem da subjetividade, está para aquém e além dela), produz um devir outro que impede a reprodução dali em diante do devir professora-conformada-de-psicopatologia-no-hospital e exige de nós a dignidade de dar sentido e agir em relação aquilo que nos acontece. Ao mesmo tempo, o ato de pesquisar exige um trabalho de si no presente de quem está implicada com a realidade da desinstitucionalização e exige também uma busca “genealógica” pelas singularidades, por aquilo que produz a diferença na “história efetiva” das coisas (Foucault, 1981), configurando a pesquisa como a busca dos acontecimentos. Nesses sentidos, a investigação foi se produzindo justo nesse interstício de acontecimentos, foi se produzindo “em meio a” esse trabalho de si, de implicação com tal realidade, de algo singular que insiste no próprio ato de pesquisa, e foi se produzindo como esse próprio mapear as singularidades que se apresentavam a nós na realidade.

Movida pelas intensidades que nos atravessavam é que a pesquisa foi se configurando, as questões acerca das práticas de saúde e cuidado e das forças políticas em jogo no campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica foram se produzindo e se multiplicando nos espaços em que circulávamos, sobretudo, aqueles que o doutoramento possibilitava, a partir do grupo de estudo e discussões de que participávamos. E, assim, foco possível ir delimitando um campo problemático, um foco para nosso fazer pesquisa.

## 2. Do campo de produção da pesquisa

Considerando a história e o contexto da reforma psiquiátrica brasileira, percebemos que essa constitui um processo em construção e um projeto com diferentes versões, dentre as quais a mais atual é aquela da desinstitucionalização como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como o foco e a principal referência da atenção à saúde mental (Amarante, 1994). No entanto, quando analisamos a realidade da saúde mental brasileira essa revela uma série de impossibilidades na concretização desse projeto de desinstitucionalização. Dentre tais impossibilidades está a redução da reforma a um processo de desospitalização sem a real desmontagem do hospital psiquiátrico enquanto estrutura assistencial.

Outra questão, que advém de uma exploração mais detalhada dessa primeira, diz respeito ao entendimento de que os impasses ao processo de desinstitucionalização como desconstrução podem ser compreendidos a partir da “lógica manicomial” que atravessa as mais diferentes realidades no campo da saúde mental, dizendo respeito aos “processos de subjetivação” aos quais estamos sujeitos na contemporaneidade para além desse campo específico de interesse (Alverga & Dimenstein, 2005). “lógica manicomial”, presente nos diferentes espaços e tempos de vida, diz respeito às diferentes formas de aprisionamento e controle da vida que superam as formas disciplinares de aprisionamento dos corpos em instituições como o manicômio (Foucault, 1988) <sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Mais adiante no trabalho exploraremos melhor esta temática relativa à disciplina e à biopolítica em Foucault. Aqui queremos apenas indicar que as “sociedades disciplinares”, a partir do século XVII, operam através de dispositivos de “poder sobre a vida” ou “biopoder” no controle e vigilância dos corpos individuais em instituições disciplinares e, no século seguinte, vai emergir outra tecnologia de poder, a biopolítica cujo objeto de controle passa a ser a vida nas populações, tal como propostos por Foucault (1999). Vale referir também que para estes autores a instituição não se diferencia da idéia de estabelecimento, como vão problematizar outros autores no conhecido “movimento institucionalista” (Barembly, 1992).

Para além dos muros e realidades físicas, o manicômio e sua lógica revelam-se entranhados na cultura, nas cidades, no cotidiano, nos diferentes espaços de vida, de modo invisível e sustentado, entre outros dispositivos, por saberes, poderes e práticas de toda ordem que despotencializam a vida, enfraquecem as formas de criação da vida de todos nós. Ou seja, o manicômio em sentido amplo se faz através de diferentes dispositivos disciplinares e biopolíticos que se operam no cotidiano, nos espaços micropolíticos da vida. Por perceber essa lógica operando-se na vida de todos nós é que aquela realidade nos convocava. A realidade daqueles internos no hospital psiquiátrico funciona como espelhos das prisões que erigimos para nós mesmos e às quais todos nós estamos sujeitos, mas cuja concretude é violenta demais para suportar. A clausura da loucura nos revelava a face prisioneira de nossos desejos, a possível anestesia de nossa potência de viver.

Diante dessa constatação, tornou-se imperativo lutar contra ou resistir às formas de dominação e exploração da vida e pela possibilidade da vida criar-se e diferir. O campo das políticas e da atenção à saúde mental aparecia como um campo de possibilidades concretas para essa luta. No entanto, entendíamos que a lógica manicomial atravessa a vida “a céu aberto” e pode ser identificada também na realidade cotidiana de serviços considerados avançados no processo de reforma psiquiátrica, os quais procuram prescindir do hospital, como é o caso, por exemplo, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Alverga & Dimenstein, 2005). Nos serviços substitutivos e em certos dispositivos terapêuticos, ao mesmo tempo em que encontramos possibilidades de construção da vida em suas formas de ruptura com relação à lógica manicomial, também encontramos certas “cronicidades” que reproduzem essa lógica e aprisionam a vida das pessoas que são objeto de cuidado numa espécie de dependência institucional e terapêutica (Barros, 2003).

Procuramos, assim, uma forma de nos aproximar da realidade dos serviços substitutivos de saúde mental a fim de produzir reflexões sobre a desinstitucionalização enquanto processo que envolve os modos como essa lógica manicomial tem operado e como se tem resistido a ela, de modo a produzir diferenças na realidade local e contribuir para o campo da saúde mental com o qual estávamos implicadas enquanto profissionais atuantes na formação de futuros técnicos (psicólogos) da rede de saúde. Então, um evento convoca a nossa atenção: a inauguração da primeira “residência terapêutica” do Estado do Rio Grande do Norte e da cidade de Natal.

As residências terapêuticas ou serviços residenciais terapêuticos (SRTs) são dispositivos instituídos pelo Ministério da Saúde, dentro da rede de serviços substitutivos em saúde mental do SUS, através da Portaria 106/2000 (Ministério da Saúde, 2004a). Segundo essa portaria, as residências terapêuticas são “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.” (p. 85) <sup>5</sup>. Tais “serviços” são os mais novos dispositivos substitutivos de atenção implantados, sendo reconhecidos como uma conquista importante nos processos de desinstitucionalização e de desospitalização propostos no movimento de reforma psiquiátrica no país.

Segundo a reportagem veiculada pela mídia local, a residência terapêutica de Natal seria o mais novo serviço de saúde mental implantado na região numa parceria

---

<sup>5</sup> As características, as regras básicas para o funcionamento, gestão e financiamento deste tipo de serviço, são regulamentados pelas portarias de números 106/2000 e 1.220/2000 do Ministério da Saúde (MS, 2004a). Além disso, a portaria 246/2005, de 17 de fevereiro de 2005, define incentivo financeiro para a abertura de novos serviços residenciais no país e a portaria 748/2006, de 10 de outubro de 2006, inclui a residência terapêutica em saúde mental na classificação de serviços de atenção psicossocial e no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – SCNES. Vale ressaltar que, apesar desta última portaria, ainda não constam o neste no SCNES no DATASUS dados relativos aos serviços residenciais terapêuticos até o presente momento.

entre os governos estadual e municipal para abrigar ex-internos do referido hospital psiquiátrico com o qual havíamos entrado em contato<sup>6</sup>. O grupo de moradores era composto de três mulheres e quatro homens que participaram da arrumação da casa, dos seus móveis, ganharam roupas e utensílios próprios. Dentre eles, um casal de namorados de longa data dentro do hospital que desejava casar. Para cuidar deles no dia-a-dia e em sua ‘reabilitação/reinserção’ social, dois técnicos da rede de saúde mental seriam seus acompanhantes terapêuticos. Posteriormente, a equipe se estenderia para sete pessoas, sendo quatro técnicas de enfermagem, uma assistente para serviços gerais, um psicólogo e uma assistente social. Num clima de festa, a inauguração desta residência coloca-se como um marco na política pública de saúde no Estado e no município e promete ser apenas a primeira de uma série de residências na intenção de diminuir efetivamente os leitos em hospital psiquiátrico e fazer avançar a reforma psiquiátrica local.

Diante desse evento, percebemos que algo se movia numa direção importante de transformação, mas ao mesmo tempo incomodava-nos a visibilidade que ele recebia a fim de configurar um “avanço na política local”. Que transformações teriam se operado efetivamente na vida daquelas pessoas que visitamos no hospital com essa possibilidade de vir morar numa casa? Como foi essa escolha diante dos inúmeros moradores do hospital? Essa seria de fato uma casa ou seria um serviço de saúde? E agora, como esses ‘moradores-usuários’ iriam circular pela cidade depois de tantos anos de clausura? Que formas de vida e cuidado novos seriam desenvolvidos nesse dispositivo residencial? De que modo iriam reproduzir e resistir à lógica manicomial nesse novo espaço? Que estratégias seriam possíveis? Essas foram algumas dentre as muitas questões que se produziram diante da presença desse novo equipamento da luta antimanicomial no

---

<sup>6</sup> Reportagem exibida em 18 de maio de 2005 pela TV Cabugi.

cenário local. Eis a diferença produzindo-se em nós e operando inconformações num **primeiro conjunto de questões** que compõem um campo de produção do qual construímos esta tese.

Assim, acompanhando o movimento das inconformações e inquietações que experimentava diante dos primeiros relatos que ouvíamos sobre a experiência do SRT e percebendo certa confluência dessas com aquelas inquietações vividas nas cenas disparadoras, resolvemos nos aproximar dessa experiência através da pesquisa. Decidimos, então, nos aproximar da realidade concreta da experiência do SRT Natal e realizamos inicialmente algumas visitas e observações no cotidiano do SRT, que nos possibilitaram uma primeira experimentação e um primeiro mapeamento das questões que ali se apresentavam para a delimitação de um campo problemático.

Encontramos nesse primeiro momento com as pessoas (técnicos, moradores e gestores) envolvidas num clima de incertezas, mas com uma grande disposição para fazer esse projeto da residência “dar certo”, aliada a uma responsabilidade muito maior do que se imaginava no processo de implantação. O peso dessa responsabilidade fez com que esse residencial se caracterizasse pela intensidade do cuidado disponibilizado pela presença de cuidadores 24 horas por dia trabalhando em regime de plantão. O trabalho de “construção” de uma moradia acontecia na mesma medida da desconstrução da institucionalização vivida de modo intenso pelos moradores no longo processo de internação hospitalar. As questões domésticas, a aprendizagem ou a retomada de tarefas relativas ao morar numa casa, os conflitos entre os atores envolvidos, as negociações próprias a uma vida doméstica é que estavam em cena, tanto para os moradores, quanto para os cuidadores. Nesses conflitos e negociações ficavam evidentes as singularidades, os diferentes modos de morar e ritmos de vida, as diferentes formas de contato com os outros e as permeabilidades às intensidades da nova experiência. Eram evidentes

também entre os moradores e técnicos as diferentes formas de pertencimento e apropriação do espaço da casa.

Toda uma efervescência de eventos e pessoas invadia aquela casa. A casa não parava. Os moradores ainda lentamente movimentavam-se, seguindo ainda o ritmo instituído no hospital. A circulação deles pela cidade era restrita e dava-se muito mais através de “fugas” que de “passeios”. E em uma dessas “fugas”, uma das moradoras é atropelada gravemente, tem diversos traumas e fraturas pelo corpo e necessita de cuidados médicos intensivos, ficando internada por três meses e, na volta à residência, diversas crises psicóticas ocorrem e é novamente internada no hospital psiquiátrico. Esse evento coloca em evidência outras demandas e problemas, sobretudo aqueles relativos aos cuidados nos diferentes serviços de saúde a que recorriam e ao fato de que o hospital psiquiátrico ainda colocar-se como necessário. Experimentamos aí um primeiro momento de impotência e fragilidade da experiência.

Além das necessidades específicas de saúde dessa moradora que foi atropelada, os outros moradores são, em sua maioria, idosos e necessitam de cuidados os mais variados, fazendo de sua circulação em diferentes serviços de saúde uma realidade freqüente. Daí um **segundo conjunto de questões** se coloca neste campo de produção: como o cuidado estava se operando nesta circulação na rede de saúde? Que forças atravessam e configuram as relações entre com os serviços de saúde na atenção a esses moradores? Que redes de saúde têm sido configuradas, percebidas e vividas concretamente? Que práticas de cuidado e que articulações/intercessões têm sido possíveis nessa realidade a partir dos desafios cotidianos? Que novos movimentos e que demandas o SRT coloca para a atenção em saúde?

Percebemos, então, que o dispositivo SRT, sendo novo e tendo uma configuração muito peculiar de um serviço que se propõe a ser uma moradia, pode

funcionar como um problematizador para o campo da saúde mental e, de modo mais amplo, para o campo da vida, um disparador de questões que lança a todos num mundo de imprevisibilidades e de invenção. Desse modo, resolvemos construir um percurso investigativo que nos possibilitasse analisar os problemas e desafios relativos ao cuidado suscitados pela experiência do SRT de Natal com base nas contribuições da literatura do campo e no acompanhamento da sua equipe de cuidadores. Para tanto, perguntamo-nos que problemas (e desafios, por conseguinte) seriam esses para os quais não se pode deixar de atentar quando queremos “fazer passagem”, “criar fluxos”, deixar a vida de expandir no campo da política e da clínica em saúde mental? Que desafios do cuidado são processados e superados nesse dispositivo? Em que podemos identificar a lógica manicomial operando, atravessando a vida, de outro modo a fazer proposições importantes na desconstrução dessa mesma lógica? Eis o **terceiro conjunto de questões** que conduz de modo mais específico o campo de produção no qual realizamos este trabalho.

Propusemo-nos, então, a investigar esses problemas e desafios que se processam e são superados ou não na realidade desse dispositivo e, junto à equipe do SRT, ir produzindo interferências nesses de modo que vida pudesse ter passagem no e através do trabalho de cuidado no contexto da desinstitucionalização em saúde mental.

Desse modo, esses três conjuntos de questões se apresentaram para nós na medida em que nos aproximamos da experiência do SRT e configuraram, então, o campo problemático em torno do qual construímos um percurso de investigação e trabalho através de uma perspectiva cartográfica. Tal perspectiva nos permitiu e nos exigiu a explicitação dos nossos posicionamentos, a análise de nossa implicação com o campo de produção que foi se configurando e a transformação dos modos de ver, dizer e viver que produzimos, observamos e com os quais nos envolvemos.



### 3. Perspectiva cartográfica: uma disposição para investigar e criar

*Nunca suscite um General em você! Nunca idéias justas, justo uma idéia (Godard). Tenha idéias curtas. Faça mapas, nunca fotos nem desenhos (Deleuze & Guattari, 1995, p. 36)*

A perspectiva cartográfica com a qual trabalhamos é proposta por autores como Kirst, Giacomel, Ribeiro, Costa & Andreoli (2003), influenciados pelo pensamento de Nietzsche, Deleuze e Guattari, no que se convencionou chamar de “pensamento da diferença”. A cartografia aponta especificidades da geografia para criar relações de diferença entre “territórios” e dar conta de um espaço, procurando “capturar intensidades”, disponíveis “ao registro do acompanhamento das transformações decorridas no terreno percorrido e à implicação do sujeito percebido no mundo cartografado” (Kirst et. al, 2003, p.92). Os principais objetos da cartografia seriam, então, os “territórios existenciais”, ou seja, as configurações existenciais provisórias e em processo (de territorialização, desterritorialização ou reterritorialização) e que podem ser mapeadas em suas relações e agenciamentos (Deleuze & Guattari, 1995).

Nesse sentido, a cartografia “não determina em si uma metodologia, porém, antes, propõe uma discussão metodológica que se atualiza na medida em que ocorrem encontros entre sujeito e objeto” (Kirst et al., 2003, p. 92).

Desde tal perspectiva cartográfica, trabalhamos com três traçados ou conjunto de linhas cujos encontros, cruzamentos, tangências e agenciamentos produziram “mapas de efeitos” dos nossos encontros, da nossa experimentação com os atores e coletivos envolvidos direta e indiretamente com o SRT, assim como com os textos e discussões teóricas. Estes traçados não configuram aqui etapas sucessivas no processo de pesquisa, nem tampouco categorias delimitadas para a análise de informações. É, antes, conjunto

de linhas em torno de temáticas, que foram se emergindo a todo o tempo no movimento de investigação e trabalho, e indicam modos de aproximação à experiência do SRT e à teoria e deram conta dos objetivos específicos da investigação.

Assim, num primeiro traçado ou composição de linhas que construímos, tal aproximação se deu de modo mais indireto através do acompanhamento de alunas de graduação que, sob nossa orientação, realizavam um trabalho de conclusão de curso a partir da observação do cotidiano da residência durante um ano, interessadas no cuidado que acontecia no cotidiano da residência. Depois, ainda compondo esse primeiro traçado, fizemos algumas visitas à residência e realizamos entrevistas com o técnico responsável pela “coordenação” da residência, com uma técnica do hospital psiquiátrico e com uma técnica da secretaria municipal de saúde (SMS) que participaram do processo de transição dos moradores entre o hospital e a casa<sup>7</sup>. Além disso, realizamos entrevistas também com os três gestores que foram responsáveis pela coordenação de saúde mental da secretaria municipal de saúde pública de Natal desde a implantação do SRT até a finalização deste estudo. Dessa maneira, esse primeiro traçado consiste numa composição de linhas mais duras e segmentadas própria de um levantamento de informações, numa composição mais rígida produzida pelas entrevistas, pelo estudo teórico sobre os SRTs no Brasil e pela análise de documentos oficiais sobre o SRT e seu processo de implantação na realidade local.

Nessas entrevistas e observações fomos encontrando e nos articulando com moradores, técnicos cuidadores e gestores e conhecendo a concepção sobre a qual se constituiu o SRT, o seu processo de implantação, os impasses, interesses e desejos em jogo, a configuração que a residência assumia naquele momento em termos de estrutura

---

<sup>7</sup> Conforme documento oficial do Ministério da Saúde (MS, 2004b), esta função de coordenador nos serviços residenciais terapêuticos não existe, já que estes devem estar vinculados e recebendo suporte técnico de outro serviço da rede especializada localizado, preferencialmente, no mesmo distrito sanitário. Discutiremos esta questão mais adiante.

física e de recursos materiais e humanos, funcionamento e organização do trabalho, bem como o cotidiano dos moradores a partir dos relatos dos técnicos. Assim, esse primeiro traçado ou conjunto de linhas nos permitiu atingir os objetivos de delimitar teoricamente as suas condições de possibilidade do SRT no contexto da desinstitucionalização e no campo das políticas públicas em saúde mental no Brasil e no RN e de conhecer as concepções dos gestores, dos técnicos do SRT e dos técnicos do CAPS de referência acerca do dispositivo SRT, suas características, organização e funcionamento, de modo que pudéssemos contextualizar desse dispositivo na realidade brasileira e local, numa perspectiva mais molar e voltada para os aspectos macropolíticos desse dispositivo.

Num segundo traçado ou conjunto de linhas, movidos pelos afetos e pelas inconformações diante do que vivíamos ao observar e acompanhar aquela experiência do SRT, decidimos orientar nosso trabalho para a equipe de cuidadores. E, desse modo, procuramos desenvolver a investigação no intuito de efetivamente contribuir com o que está sendo produzindo de interessante para as vidas em jogo naquela realidade. As estratégias metodológicas que elegemos procuraram trabalhar com a possibilidade do pesquisador “contribuir efetivamente com os problemas de um coletivo pesquisado, ou seja, sua capacidade de dispor de instrumentos teórico-metodológicos em prol dos objetivos existentes no grupo sob o qual sua ação vai-se debruçar” (Paulon, 2005, p. 20). Assim, fomos assumindo o lugar de colaboradoras e participantes da experiência que ali se construía e nos implicando com aquela realidade e seus movimentos.

Durante seis meses, acompanhamos todas as reuniões de que a equipe de cuidadores do SRT participava, quais sejam: as reuniões da equipe em si, as reuniões dessa equipe com a equipe do CAPS de referência e as reuniões no próprio SRT entre

cuidadores e moradores<sup>8</sup>. Todas essas reuniões aconteciam geralmente com a frequência quinzenal, de tal maneira que toda semana havia um ou dois tipos de reuniões, e constituíram espaços de encontro entre os técnicos e entre esses e os moradores e nos quais se travaram importantes discussões sobre a experiência do SRT, seus problemas, desafios e rumos. Dessa maneira, nesse segundo traçado ou conjunto de linhas foi possível conhecer as concepções dos técnicos do SRT acerca do trabalho de cuidado no SRT e cartografar os paradoxos do cuidado no contexto do SRT Natal e os principais desafios e problemas que o SRT tem colocado para o campo da saúde mental na realidade de Natal-RN, no seu processo de implantação e em seu cotidiano, a partir dessas concepções e da nossa aproximação/experimentação junto à equipe de cuidadores.

Nesses espaços das reuniões, fomos percebendo que cartografar tal experiência consistia em desenhar, em experimentar a trama de movimentações, a composição de multiplicidades e diferenciações que foram ocorrendo no nosso encontro com a realidade estudada. E isto exigiu de nós o desenvolvimento de uma postura ético-estético-política de acolher a vida em seus movimentos de expansão e invenção que atravessaram os encontros no campo de pesquisa. Como nos diz Paulon (2005):

Se contexto cultural e determinações subjetivas são constituições de um mesmo tecido, a questão que se apresenta ao pesquisador social é muito mais de apreender os movimentos coletivos de apropriação e invenção da vida que favoreçam a produção de existências singulares. (p. 21)

Rompendo com o legado cartesiano que construiu o método científico tradicional em que o sujeito-pesquisador e objeto-pesquisado ocupavam lugares fixos e

---

<sup>8</sup> A forma de registro dessas reuniões foi em diário de campo. No acordo feito com as equipes e moradores ficou decidido que o uso do gravador seria uma “interferência” desnecessária, assim como ficou acordado que poderíamos vir a fazer algumas anotações do que falavam e isso poderia ser utilizado neste trabalho. Já os registros das entrevistas foram feitos por gravação em áudio.

relacionavam-se mediados pela neutralidade, na perspectiva cartográfica os objetos podem instaurar-se no sujeito, produzindo

um estado de outramento, que consiste em tornar-se estrangeiro de si mesmo, possibilitando-lhe experimentar-se em novos espaços e modos de existência. Aqui o sujeito pode ser entendido como uma multiplicidade à espera de recursos para sair do conhecido e (re) fazer sua forma através de devires do mundo (...). (Kirst *et al.*, 2003, p. 96).

Dessa forma, o sujeito seria a multiplicidade de modos de viver, cuidar e pesquisar que puderam emergir do objeto – os desafios e problemas clínicos e políticos do cuidado que um SRT coloca para o campo da saúde mental - na expectativa de que novidades fossem apontadas, percebidas, construídas, possibilitando outros devires para as subjetividades envolvidas. E, nesse processo, nós, como integrantes da investigação, testemunhamos movimentos de conhecer, não nos pretendendo neutros, mas desimpedidos e tensionados pelo encontro com o mundo e sensíveis às descobertas e às estratégias de investigação que foram desenvolvidas e exigidas a cada encontro.

Foi desse modo que procuramos ocupar o lugar de quem está ao lado, acompanhando a equipe de cuidadores nos movimentos de construção das possibilidades de cuidar naquele contexto, vivendo e experimentando com eles as angústias, os impasses, os desafios, as impotências, as potências, as descobertas e os encantamentos que aquela experiência com a loucura no cotidiano fazia-os experimentar<sup>9</sup>. Fomos experimentando, no lugar de pesquisadora-cartógrafa, diferentes funções, dentre elas a de colega, pesquisadora, supervisora, professora, psicóloga,

---

<sup>9</sup> Aqui vale ressaltar que a equipe de cuidadores foi o grupo que acompanhamos de modo mais sistemático, em todos os seus encontros, num período de seis meses, além daqueles que aconteceram de modo irregular e assistemático anteriormente no período de dois anos desde a inauguração do SRT. Entendemos que o acompanhamento do grupo de moradores e dos demais técnicos em jogo (do CAPs, por exemplo) exigiria mais tempo e uma aproximação mais regular e sistemática do cotidiano dos moradores o que não foi possível realizar, em função do tempo disponível para a realização deste trabalho.

conforme os nossos encontros exigiam de nós diferentes escutas e formas de estar com aquele grupo.

A cada encontro que realizávamos com a equipe fazíamos-nos a pergunta: o que foi possível produzir hoje? O que se produziu aqui nesse encontro? Que efeitos essa produção pode ter na vida de cada um de nós, dos moradores da residência e de todos aqueles com quem nos relacionamos na vida? E essas perguntas a cada vez ganhavam diferentes respostas. Ora no sentido da diminuição das nossas potências de agir, quando a impotência e a paralisia tomavam conta de nós diante das dificuldades e impasses que se colocavam, ora no sentido do aumento de nossa potência de agir e, conseqüentemente, no aumento de nossas possibilidades de vida e de criação da vida pelos técnicos, pelos moradores e por nós mesmos.

E aqui a vida é entendida como “texto em permanente escrita” e o cotidiano como o espaço de encontrar este viver, suas práticas e invenções que se operam no tempo (Fonseca, 2003, p. 255). E nos encontros entre pesquisador e objeto que aconteceram no cotidiano, a cada vez ambos não são os mesmos e, assim, a única compreensão que pode ser realizada é sobre os fenômenos efeitos desses encontros, que só podem ser apreendidos no “espaço entre”, no sentido proposto por Serres (1993, citado por Mairesse, 2003), ou seja, no “lugar do mestiço”, no entre dois focos, o que contradiz a racionalidade do funcionamento homogêneo, equilibrado e o que assume um modelo dado.

Dessa forma, nesse segundo traçado ou conjunto, as linhas eram mais flexíveis e voltadas para o molecular, para aquilo que se produzia de singularidade nos fragmentos de discursos e imagens, numa relação não marcada e pré-definida com o tempo. Assim sendo, podemos dizer que a pesquisa funcionou como intervenção no sentido de um “vir entre”, “interpor-se” (Ardoíno citado por Paulon, 2005) no processo coletivo de

construção do trabalho de cuidado pela equipe de cuidadores, pelos técnicos e gestores envolvidos na experiência do SRT. Pensamos a intervenção como

Um caminhar mútuo por processos mutantes que, justo por não poder ser resumida ao encontro de unidades distintas (sujeitos de investigação X objetos a serem investigados), não pode ser pensada como uma mudança antecipável. Ao operar no plano dos acontecimentos, a intervenção deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela (Paulon, 2005, p. 21)

Dessa maneira, a aproximação com o campo de investigação foi se fazendo numa temporalidade diversa daquela de aproximação e construção teórica e conceitual do campo problemático ainda que uma estivesse necessariamente articulada à outra. Isso por que entre a elaboração e construção das questões de pesquisa e a operacionalização da investigação, rupturas foram se operando, surpresas foram se processando e mudanças foram acontecendo de modo a exigir novos delineamentos no encontro com a realidade investigada. Foi se operando todo o tempo um descompasso necessário entre o processo de pensar e as ações de investigação/intervenção, num jogo de rupturas, encontros, desencontros, interferências, paralisias e movimentos.

A disposição cartográfica foi se produzindo e produzindo **efeitos** (e não resultados) num “devagar e sempre” e num “divagar sempre”, numa condição espaciotemporal singular. Ou seja, a partir desses traçados ou conjunto de linhas ora mais rígidas e ora mais flexíveis, a produção dos mapas foi se operando num “devagar”<sup>10</sup>, num tempo aparentemente lento, com operações pontuais e sem regularidade, conduzida pelas imprevisibilidades e interferências na realização das entrevistas, na participação nas reuniões, nas visitas a casa e aos serviços. E foi se construindo também num

---

<sup>10</sup>Etimologicamente, o termo vagar, de onde deriva devagar, vem do latim *vacare*, *vacatio-onis* que designa “vertigem” e o termo vagante do latim *vacans -antis* designa “ócio, descanso, sossego”. Assim como o termo “divagar” designa ‘percorrer’, ‘andar sem rumo certo’, ‘vaguear’, ‘discorrer sem nexos’, ‘fantasiar’, do latim *divagare*, de *vagari*, deriva de *vagus* que designa errante (Cunha, 1986).

“divagar”, num percorrer os espaços sem um rumo predeterminado ou uma “rota de viagem” fixa. Ou seja, ainda que orientada pelo campo problemático e pelos seus próprios objetivos do trabalho de investigação-intervenção, as composições dos traçados foram produzindo “mapas de efeitos” a partir dessa errância na produção do pensamento, de modo que esses mapas não correspondem a um único conjunto uniforme de linha relativo aos objetivos específicos de investigação.

E, nesse processo, entendemos nossa sensação de insuficiência em relação ao “tempo”, a “sistemática” e a “regularidade” na nossa aproximação com a realidade do SRT e de todas as pessoas ali envolvidas como resquícios em nós da lógica cartesiana de construção da investigação, da pretensão de dar conta de um conhecimento longe de sua dinamicidade, que não admite as singularidades que atravessam e interferem no processo de produção de conhecimentos. Quando procuramos nos orientar pela perspectiva cartográfica, percebemos que esse processo se faz na vida, com a vida e pela vida em nós. Entendemos que aquilo que figura como limitações numa perspectiva cartesiana e positivista assume aqui o lugar da potência das singularidades na produção de conhecimentos a cada vez, a cada encontro possível. Como nos diz Deleuze (2002), ao falar sobre a filosofia de Espinosa, o método “não visa a nos fazer conhecer qualquer coisa, mas a nos fazer conhecer a nossa potência de conhecer” (p. 90). Foi a potência de conhecer de cada um de nós (pesquisadora, cuidadores, moradores, entre outros atores em jogo) que se revelou em cada encontro com o grupo de cuidadores.

Instituindo-se na explicitação das sensações e afetos que se deram nos encontros com o objeto, a cartografia produziu uma rede de significações que se evidenciou nos modos como os sujeitos perceberam, experimentaram e narraram, nos espaços de encontro da equipe de cuidadores, a passagem do tempo em suas próprias vidas naquele



cotidiano da residência. Por isso, o conhecimento que se produziu nessa investigação não pode ser tomado como algo generalizável, mas singularizante.

Portanto, aquilo que na pesquisa cartesiana pode ser chamado de descrição, narrativa ou discurso, a partir do ponto de vista cartográfico será chamado de produção existencial, ontológica ou cartografia do tempo. Assim, os movimentos de pesquisa serão os movimentos do viver (...) o que está em jogo nos processos do conhecer são os devires oriundos do mundo vistos a partir da singularidade do sujeito e na abertura de lugares que possam romper os sentidos conhecidos. (Kirst *et al.*, 2003, p. 100)

Tal posicionamento ético-estético-político na construção metodológica exigiu então cuidado e prudência. O cuidado caracterizou-se pelo exercício de uma atenção aberta e flutuante - “atenção à espreita” (Deleuze, 1996) – em relação aos atores e às significações das experiências, cenas e discursos sem a pretensão de um ordenamento dos mesmos. Além disso, o cuidado foi operado pela postura crítica sobre o que vivemos e experimentamos e sustentado pela disposição para o encontro com o saber do outro, tendo em vista que o que se sabe é sempre insuficiente diante do saber que o outro pode oferecer e partilhar.

A prudência foi exigida quando em cada experiência vivida e em cada momento de planejamento da pesquisa precisamos construir relações que potencializassem a construção de conhecimentos comprometidos com a vida, com a construção de novas possibilidades de vida livre para as pessoas. Teixeira (2004) afirma que o agir humano é movido pelo apetite, por aquilo que é mais útil à vida. Ser prudente é saber que estamos comprometidos com a potência da criação da vida e por isso precisamos investir nos encontros com aqueles corpos e naquelas experiências que permitam isso, que aumentem a nossa capacidade de ação. Isso não quer dizer que o que buscamos são sempre posicionamentos positivos acerca da realidade investigada, mas que buscamos os encontros potentes em críticas e na construção de políticas que valorizem e que

possibilitem a vida livre, seja pelo questionamento dos dispositivos em jogo, considerando suas fragilidades e possibilidades, seja pelo reconhecimento das experiências que vêm contribuindo efetivamente para essa construção e para a criação/invenção de novas formas de viver e cuidar naquele contexto.

Essa “potência de conhecer” e o movimento cartográfico que se fez nos interstícios dos acontecimentos foram produzindo esses “mapas de efeitos” e são esses mapas que constituem a estrutura deste trabalho em sua escrita. Escritos e atravessados por um plano mais “extensivo e de organização” e também por um plano “intensivo e de composição” (Deleuze & Guattari, 1996), os mapas representam os grandes eixos de análise do trabalho.

Dessa maneira, no primeiro mapa que apresentamos procuramos cartografar, num nível de análise macropolítico, as condições de possibilidade do serviço residencial terapêutico (SRT) tal como contextualizado no processo de reforma e nas políticas de saúde mental brasileira e local (Natal - RN); as concepções e características dos SRTs no Brasil - a partir das diretrizes oficiais do Ministério da Saúde e dos relatos de experiência de SRTs no país - e as concepções e características peculiares ao SRT de Natal. Tal cartografia nos permite sustentar a tese de que o SRT por seu caráter híbrido funciona como um problematizador, ao mesmo tempo em que indica desafios e potencialidades em três campos de análise. Num primeiro, mais amplo e complexo campo, o SRT problematiza os modos como nos relacionamos historicamente com a loucura e, por conseguinte, evidencia os desafios do próprio processo de desinstitucionalização em saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica no Brasil. Num segundo campo, ele indica problemas e desafios da atenção em saúde mental, nos modos de funcionamento da rede e suas articulações para a produção do cuidado, indicando a potência do trabalho em rede de cuidado. E, num terceiro e mais específico

campo, enquanto dispositivo da rede de saúde o SRT funciona como problematizador e potencializador dele próprio o do cuidado que nele se produz, a partir da configuração e dinâmica da equipe.

Desse modo, saímos do nível de análise macropolítico em relação ao serviço residencial terapêutico no primeiro mapa e apresentamos os próximos mapas, num nível de análise mais micropolítico no qual é possível identificar problemas, desafios e potencialidades nesses três campos.

Assim, no segundo mapa procuramos cartografar, num nível de análise mais micropolítico, as capturas e resistências relativas ao processo de desinstitucionalização da loucura, em suas imagens e sentidos historicamente construídos, enquanto um campo de lutas biopolíticas. Nessa cartografia trabalhamos a partir de alguns fragmentos de fala e cenas relacionadas direta ou indiretamente com a experiência do SRT Natal e que funcionaram para nós como focos de intensidade propulsores de problematização e indicadores dos caminhos de resistência.

Já no terceiro e último mapa, cartografamos alguns problemas, desafios e potencialidades da atenção em saúde mental e do próprio cuidado produzido no SRT de Natal em seu processo de implantação e composição e dinâmica da equipe de cuidadores com quem encontramos a potência do trabalho micropolítico em saúde e a possibilidade de “intercessão” em favor da vida. E, com base nessa cartografia, apresentamos algumas proposições com as quais acreditamos poder contribuir para o processo de desinstitucionalização em saúde mental na cidade de Natal e para a realidade de técnicos, moradores e gestores que se dispõem a estar na luta pela diferença e pela vida.

Em nossas considerações finais, apresentamos as principais conclusões a que chegamos e procuramos indicar também, a partir de algumas considerações sobre o que vivemos, pesquisamos e sentimos junto a esses “intercessores”, os limites e potencialidades do próprio trabalho e da pesquisa cartográfica empreendida.

Por fim, antes que o leitor prossiga no texto, vale ressaltar que as cartografias que aqui apresentamos são abertas e transitórias, pois, como nos sugerem Deleuze e Guattari (1995),

O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. Pode-se desenhá-lo na parede, concebê-lo como obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação. (p. 22)

Construídos aqui como “ação política” e também como “meditação”, desejamos que os mapas traçados possam ser rasgados, conectados a outras intensidades e que, sobretudo, sejam desmontados e possam se transformar por outros encontros. Por isso, não fazemos nenhuma representação gráfica para sugerir como devem ser. Entendemos que eles simplesmente são o que estão sendo aqui, nesse encontro entre autoria, leitor e texto. Desejamos que cada um, se achar conveniente, possa desenhá-los graficamente a partir das intensidades que, no “entre”, nas vírgulas, esse encontro suscitar.

Feita essa ressalva, vamos aos mapas!

## **Mapa 1 – O Serviço Residencial Terapêutico no contexto da desinstitucionalização**

*Nestas novas moradias da Reforma Psiquiátrica a modernidade dos oitocentos nos adverte que habitar e clínica podem ser um vagão ferroviário, uma outra máquina, um artifício, uma ferramenta, entre outras. A modernidade do agora nos sugere que as portas e janelas destes novos serviços devem estar sempre abertas, deixando entrar conflitos, memórias insurgentes produzindo experimentações de casas e clínicas provisórias, inacabadas, inspiradas nas alegrias e dores dos homens da imanência.*

*(Baptista, 2005, p. 8)*

### **1. Reforma psiquiátrica, Desinstitucionalização e Políticas Públicas de Saúde: as condições de possibilidade do serviço residencial terapêutico**

Amarante (1995) usa a expressão reforma psiquiátrica para referir os movimentos reformistas da psiquiatria mais recentes, embora faça a advertência de que a psiquiatria como científica já surge como uma “reforma”. Esse autor também problematiza o termo “reforma” para indicar que ele não diz da radicalidade dos movimentos que procuram efetivamente romper e desmontar o paradigma psiquiátrico e não simplesmente reformá-lo, como veremos adiante. Tomaremos, então, esse uso que Amarante faz do termo para uma breve análise desses movimentos enquanto condições de possibilidade para a proposição do dispositivo Serviço Residencial Terapêutico que procuramos problematizar.

A psiquiatria começa a ser questionada, no período de pós-segunda guerra mundial, dando origem a diferentes movimentos de reforma psiquiátrica. A esse respeito, Foucault (1997) defende a idéia de que “todas as grandes reformas, não somente da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno

dessa relação de poder: são tentativas de deslocá-lo, mascará-lo, eliminá-lo, anulá-lo” (p. 51).

Nesse sentido, enquanto tentativas com diferentes objetivos, tais movimentos questionam, com finalidades distintas, o papel e a natureza ora da instituição asilar, ora do próprio saber psiquiátrico (Amarante, 1995). Assim, a psiquiatria clássica no pós-segunda grande guerra desenvolve uma ‘crise’ teórica e prática que origina, num primeiro momento, movimentos, como o da comunidade terapêutica inglesa e o da psicoterapia institucional francesa, que criticam a institucionalização e a estrutura do hospital psiquiátrico. No entanto, esses movimentos sustentam a crença de que o hospital psiquiátrico constitui o espaço por excelência de cura e tratamento da doença mental e que precisa ter sua dimensão positiva afirmada através de mudanças internas<sup>11</sup>.

Num segundo momento, a psiquiatria é marcada pela extensão ao espaço público, com finalidades claramente de controle da vida das populações baseadas nas idéias de prevenção e promoção de saúde mental, como é o caso da psiquiatria de setor francesa e da psiquiatria preventiva norte-americana. Nesses movimentos, a saúde mental passa a ser objeto e foco de intervenção da psiquiatria que é assim deslocado, de tal maneira que essa disciplina “passa a construir um novo projeto, um projeto eminentemente social” (Amarante, 1995, p.22). Entretanto, esses movimentos, mesmo lançando a discussão da psiquiatria e da atenção em novas bases continuam sustentando sustenta os signos da loucura como doença e desvio, sem colocar em questão o saber-poder médico-psiquiátrico, ainda que uma importante mudança de foco tenha se operado.

---

<sup>11</sup> Este movimento tem suas marcas ainda presentes hoje nos movimentos que buscam preservar o hospital psiquiátrico, mascarando-o com iniciativas ditas de humanização, mas que em nada se aproximam da proposição da política nacional de humanização brasileira. Para maiores detalhes sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) – cujos princípios e diretrizes estão articulados e alinhados com aquelas da atual política nacional de saúde mental – ver Passos e Benevides (2006).

Realizando, de fato, uma ruptura em relação ao “paradigma psiquiátrico clássico” estariam os movimentos da antipsiquiatria inglesa e da psiquiatria democrática italiana (PDI). Esses dois movimentos imprimem críticas radicais ao saber-poder psiquiátrico, buscando realizar uma “desconstrução do aparato psiquiátrico”, entendido como “o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos” (Amarante, 1995, p. 22).

Dessa forma, as imagens e sentidos que a loucura foi assumindo e que convergem para a configuração, na modernidade, da estrutura asilar e com ela da “psiquiatria clássica” enquanto disciplina médica, como nos mostra Foucault (1978), serão alvo de outra sensibilidade. Uma sensibilidade que produz rupturas com essas estrutura e disciplina, procurando decompor essas imagens e sentidos e compor outros quadros de intensidades para essa experiência.

O movimento social concebido por Franco Basaglia e seus companheiros (PDI) busca a desconstrução da realidade manicomial para além da “queda dos muros manicomial” em sentido físico e a construção de novas realidades, segundo novas bases epistemológicas, políticas e sociais, operando transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura.

Esse movimento desenvolve-se baseado na idéia de desinstitucionalização enquanto “negação” e desmontagem do conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos em torno da “doença mental” e a partir do qual se sustenta a separação deste “objeto fictício” da “existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social” (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001, p. 89). Assim, a desinstitucionalização não se resume à desmontagem do manicômio, mas constitui um

Processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior. (...) o processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente (Rotelli *et al.*, 2001, p. 30)

A ênfase do trabalho em saúde mental deixa de ser a doença para ser a “existência-sofrimento”, deslocando, por conseguinte, a ênfase das ações para a “produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (espaços coletivos) de convivência dispersa” (Rotelli *et al.*, 2001, p. 30).

Nesta perspectiva, a saúde passa, então, a ser entendida não mais a partir de parâmetros de qualidade de vida e bem-estar definidos desde princípios biomédicos e regulados pelo Estado, mas como produção da vida possível e com sentido para os sujeitos em suas singularidades nos diferentes espaços de sociabilidade e solidariedade social em que circulam.

Para tanto, é preciso, não apenas negar a instituição psiquiátrica e seu aparato, mas operar constantemente uma análise crítica das condições históricas das relações de poder que a sociedade estabelece com o sofrimento e com a diferença. Isto caracteriza esse movimento como eminentemente político, pois convoca à organização social e à crítica das relações de poder, produzindo e inventando sempre novas relações com a loucura e com a vida, mais justas e libertárias, e nunca dadas. Eis a essência da idéia de “instituição inventada” e nunca dada, tal como proposta por Basaglia (1966/2005).

No Brasil, a influência dessa perspectiva coloca-se de modo decisivo para a configuração do movimento pela reforma psiquiátrica no final da década de 1970, quando um intenso movimento de redemocratização configurava-se no país dando lugar



a diferentes movimentos sociais<sup>12</sup>, dentre eles o movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse movimento teve por objetivo constituir-se como espaço de luta não institucional, *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, envolvendo trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade, constituindo o primeiro movimento no campo da saúde mental com participação popular (Amarante, 1995).

É nesse contexto que se inscreve a presença de Franco Basaglia no Brasil em 1978 e em 1979, juntamente com outros pensadores críticos como o próprio Foucault, Goffman, Castel e Guattari, que potencializaram o debate “sobre as diferentes perspectivas de compreensão da loucura e suas relações com os saberes, as instituições, a cultura e os processos sociais” (Nicácio, Amarante e Barros, 2005, p. 199). Esses debates produziram rupturas com os referenciais até então dominantes no contexto nacional, indicando “pela primeira vez, um caminho que não era o da modernização ou o do *aggiornamento* da psiquiatria” (op. cit., p. 199).

A partir dessas influências, é que o MTSM constituiu as bases teóricas e práticas do movimento de Luta Antimanicomial cuja força impulsiona e inspira a atual política nacional de saúde mental a partir da década de 1980, quando há a incorporação pelo Estado da reforma psiquiátrica e das transformações no campo da saúde em geral.

Vale destacar que, nessa década, em muitas regiões do Brasil surgem iniciativas de gerenciamento de sistemas e serviços públicos que contaram com a participação de militantes do MTSM, como é o caso do Rio Grande do Norte.

Tais iniciativas ganham força e corpo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que possibilitou, pela primeira vez, a participação de representações

---

<sup>12</sup> Entre estes movimentos estão, segundo Nicácio, Amarante & Barros (2005), o Movimento Nacional pela Anistia, as históricas greves de trabalhadores, a reorganização político-partidária e o movimento pela democratização da saúde.

da sociedade civil e não apenas de profissionais, técnicos e empresários da saúde e na qual se afirma uma nova concepção de saúde, isto é, “a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado” (Amarante, 1995, p.77).

Assim, como resultado dessa Conferência Nacional de Saúde, foi criada a Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Natal, no ano de 1986, sendo colocada como diretriz da política pública de saúde a criação de uma rede de atenção integral, com a municipalização da atenção e a territorialização dos serviços, acompanhando o movimento nacional de democratização da saúde.

Logo depois dessa conferência, em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM - que foi considerada um desdobramento da 8ª conferência e dá início a uma trajetória da desinstitucionalização e desconstrução de saberes. Segundo Daúd Júnior (2000) esse evento fortalece as idéias antimanicômias da reforma psiquiátrica brasileira, influenciando as políticas nacionais e municipais deste país através do lema “por uma sociedade sem manicômios”, fortalecendo o movimento político de desinstitucionalização.

É nesse contexto que as transformações relativas aos hospitais psiquiátricos passam a ser compreendidas não como algo que diz respeito a um novo modelo técnico-assistencial e que se encerra no interior do manicômio, mas a algo que exige a discussão sobre a finalidade deste e a sua relação com a estrutura social. Ou seja, inicia-se no Brasil um movimento que considera como necessário, como propunha Basaglia, “reentrar na cidade, reinscrever os problemas das pessoas internadas em sua dimensão existencial, produzir novas instituições, conectar a questão psiquiátrica no conjunto das contradições sociais” (Nicácio *et al.*, 2005, p. 201).

Nesse sentido, um dos passos importantes na concretização de tal perspectiva política no Rio Grande do Norte, foi a realização da II Conferência Estadual de Saúde,

em outubro de 1991, onde ocorreram discussões a respeito da implantação do SUS, contando com a participação de um significativo número de técnicos da área de saúde e também de lideranças populares. No relatório final desse evento concluiu-se que à saúde mental passava por dificuldades que decorrem de natureza sócio-econômica da população e da inadequação dos serviços para atendê-la, revelando assim a carência de uma política de saúde mental no Estado. Dentre as propostas geradas nessa conferência está a criação de um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica e proposição de uma política de desospitalização da atenção ao portador de transtorno mental (Paiva, 2003).

Dessa maneira, é na década de 1990, que as idéias da reforma psiquiátrica passaram a exercer influências sobre as políticas nacionais e municipais e que há a proposição do projeto de lei Paulo Delgado que exige a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e toda uma reorientação no modelo assistencial brasileiro, com a criação dos primeiros serviços substitutivos de atenção em saúde mental, tais como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) <sup>13</sup>.

O Rio Grande do Norte acompanha esse movimento e, segundo Paiva (2003), em 1992 é criado em Natal o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e, depois, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essas unidades de saúde mental baseavam-se nos princípios da reforma sanitária e se responsabilizavam pelo cuidado entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Contudo, a Reforma Psiquiátrica

---

<sup>13</sup> Estes serviços constituem uma rede de serviços extra-hospitalares e têm seu financiamento e funcionamento geral regulamentados pelo Ministério da Saúde através das portarias/SNAS nº 189, de 1991, e nº 224, de 1992 (MS, 2004a). Os CAPS constituem unidades de saúde regionalizadas que oferecem atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas por equipe multiprofissional, podendo funcionar por 24 horas, durante sete ou cinco dias úteis durante a semana, tendo como prioridade “atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” (Art. 1º, 1, da portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde) (MS, 2004a).

no Estado do Rio Grande do Norte não tem tido grande participação popular, sendo realizada pelas reivindicações dos trabalhadores em saúde mental. Por isso, agregando essencialmente técnicos, o movimento de luta antimanicomial no Estado tem se mostrado, ao longo do tempo, “um movimento desarticulado, frágil e sem expressão política” (Paiva, 2003, p.137).

Em âmbito nacional, foi apenas no início dos anos 2000, sob pressão dos movimentos sociais no campo da saúde mental e da retomada da coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde por uma de suas lideranças que se tornou possível avançar nas políticas de atenção à saúde mental. Foi nesse cenário que o projeto Paulo Delgado - com modificações importantes em seu texto original que retiram a exigência de extinção dos manicômios - foi aprovado como a lei 10.216 de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e a reorientação do modelo assistencial de atenção em saúde mental (MS, 2004a).

Acompanhando esse processo de conquistas em âmbito jurídico-político, destacamos como passos importantes na desinstitucionalização as portarias GM 106 e 1220, ambas sancionadas em 2000, criando e regulamentando o funcionamento e financiamento dos serviços residenciais terapêuticos no país (MS, 2004a).

No município de Natal (RN), também na esfera político-jurídica, é aprovada a lei 05281/01, sancionada em 19 de julho de 2001, cuja autoria é do vereador Hermano Moraes e que dispõe sobre a assistência psiquiátrica e a regulamentação dos serviços de saúde mental no Município de Natal no sentido de “promover uma redução progressiva da utilização de leitos em hospitais psiquiátricos em clínica e hospitais especializados, mediando o redirecionamento de recursos para o desenvolvimento de outras modalidades médico-assistencialista e participação comunitária” (Paiva, 2003, p.139).

Além disso, em 2003, foi criado o Programa De Volta para Casa que institui o “auxílio reabilitação psicossocial para a assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar” (conforme Lei 10.708 de 31/07/2003) (MS, 2004a) e em 2004 foram criados novos procedimentos no âmbito do programa de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS.

Em relação ao Programa de Volta para Casa, no Estado do Rio Grande do Norte há, até o momento, cinco beneficiários, sendo quatro deles moradores da residência terapêutica de Natal<sup>14</sup>. No entanto, outros possíveis beneficiários enfrentam dificuldades relativas à documentação necessária (geralmente relativa a dados de identificação que se perderam ao longo do processo de internação ou simplesmente não estavam disponíveis no ingresso no hospital), sendo esse um problema enfrentado nacionalmente (MS, 2005b; Furtado, 2006).

A redução programada de leitos em hospitais de grande porte (através do programa de reestruturação hospitalar – PRH – do Ministério da Saúde) articula-se com a ampliação do número de residências terapêuticas e com o programa De Volta para Casa, o que constituem, segundo Delgado (2006), os três pilares da estratégia atual de gestão para a desinstitucionalização em âmbito nacional.

No Rio Grande do Norte a redução de leitos vem acontecendo de maneira gradual. O Estado possui leitos psiquiátricos em três grandes regiões (Natal, Mossoró e Caicó) e possui atualmente 783 leitos psiquiátricos financiados pelo SUS até julho do presente ano, o que equivale a uma redução de aproximadamente 5,3% do total de leitos

---

<sup>14</sup> Conforme dados atualizados cedidos diretamente pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (MS/SAS/DAPE) e pela Coordenação Estadual de Saúde Mental em setembro do presente ano.

psiquiátricos SUS em dezembro de 2005, conforme dados do CNES<sup>15</sup> e dados fornecidos pela Coordenação Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Norte.

Outro dado que merece atenção, diz respeito ao tempo médio de permanência/de internação em hospitais psiquiátricos e o valor das autorizações de internações hospitalares (AIHs) para a psiquiatria enquanto especialidade médica. Em Natal a média de permanência supera os 40 dias e no Rio Grande do Norte essa média cai para pouco mais de 36 dias no município de Natal, sendo a especialidade médica com maior média. O valor das AIHs chega a quase R\$ 1.400,00 em Natal e a quase R\$ 1.200,00 no RN, perdendo apenas para o valor pago na clínica cirúrgica em Natal, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do DATASUS<sup>16</sup>.

Esses dados podem ganhar uma relevância ainda maior quando consideramos a realidade das pessoas internas em hospitais psiquiátricos por mais de dois anos, público alvo da política de SRTs. No entanto, ainda não há dados precisos sobre os chamados “crônico-residentes” no Estado e no Município de Natal. O que sabemos é que existem, até o momento, 21 (vinte e um) “crônico-residentes” no maior hospital público do Estado (aquele de onde os moradores do SRT Natal são egressos), conforme informações do próprio hospital.

Dessa forma, considerando esses dados, é possível afirmar que o movimento de reforma psiquiátrica em Natal, tomando a lei Hermano Moraes como parâmetro, tem caminhado no processo de desospitalização, mas a questão das internações de longa duração coloca-se na contramão desse processo e exige ações consistentes na esfera pública, tais como a criação de serviços residenciais terapêuticos.

---

<sup>15</sup> Dados disponíveis em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/leiintrn.def>, acesso em 18/09/2008.

<sup>16</sup> Dados disponíveis em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rn.htm>, acesso em 19/09/2008.

Cabe ressaltar que o processo de reforma em curso viabilizou a concretização de uma rede de saúde mental que, no Estado do Rio Grande do Norte, conta hoje com vinte e seis serviços substitutivos, entre CAPS I e II distribuídos em diferentes regiões do Estado<sup>17</sup> e o município de Natal conta hoje com oito serviços substitutivos, são eles: dois centros de atenção psicossocial tipo II (portadores de transtornos mentais graves), dois ambulatórios de saúde mental (um destinado ao tratamento do tabagismo, alcoolismo e outras drogadições e outro para atendimento psiquiátrico), dois centros de atenção psicossocial tipo AD (atendimento de usuários de álcool e outras drogas), um Centro de Atenção Psicossocial tipo i (atendimento infanto-juvenil) e um serviço residencial terapêutico, distribuídos nos cinco distritos sanitários da cidade. Há também no município de Natal quatro leitos psiquiátricos em hospital geral, mas encontram-se inativos.

No Estado do RN, a média de usuários atendidos nos CAPS I é de 165 usuários atendidos/mês, nos CAPS II é de 220 usuários atendidos/ mês, no CAPSi 155 usuários atendidos/mês e no CAPSad 190 usuários atendidos/mês. Em relação à expansão da rede de serviços substitutivos no Estado, há dois CAPS I em fase de estruturação e mais dois aguardando o incentivo financeiro. Segundo a coordenação estadual de saúde mental, a meta é que, até 2010, todos os municípios com população acima de 100.000 habitantes tenham pelo menos um CAPS. Há também um projeto de estruturação de leitos em treze hospitais gerais do Estado<sup>18</sup>.

Além disso, destacamos algumas iniciativas políticas importantes de articulação da Secretaria Municipal de Saúde, na gestão de 2003 a 2008, como, por exemplo, o

---

<sup>17</sup> Conforme dados fornecidos por e-mail pela Coordenação Estadual de Saúde Mental em setembro de 2008, em documento não publicado.

<sup>18</sup> Conforme dados fornecidos por e-mail pela Coordenação Estadual de Saúde Mental em outubro de 2008, em documento não publicado.

Fórum de Saúde Mental do Município, que foi realizado mensalmente no período de 2003 a 2006. Esse Fórum reunia os profissionais da rede de saúde mental, da rede básica e, muitas vezes, familiares, usuários e acadêmicos para discutir diferentes temáticas sobre a atenção à saúde mental. As discussões, entretanto, centravam-se em questões técnicas-assistenciais e burocrático-administrativas que esbarravam sempre nos argumentos relativos à inexistência de recursos físicos, materiais e humanos e na existência de hospitais psiquiátricos para onde ainda escoam tais recursos de modo significativo. Assim sendo, foi no âmbito desses encontros que se estabeleceram duas prioridades para a coordenação municipal de saúde mental: a realização do projeto de duas residências terapêuticas e a viabilização do apoio matricial na atenção básica, como estratégias importantes para o funcionamento e fortalecimento da rede substitutiva e a atenção à saúde mental de modo amplo.

A implantação de serviços residenciais terapêuticos colocando-se, dessa forma, como uma tarefa prioritária para a gestão municipal mais recente, mobilizou diferentes atores vinculados a Secretaria Municipal de Saúde, entre técnicos e gestores, bem como uma importante parceria com a Secretaria Estadual de Saúde Pública. Mas o que são estes serviços? O que eles representam no contexto da desinstitucionalização de modo a configurar como uma prioridade?

## **2. Os Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: importância, expansão e desafios**

Antes dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs) terem se convertido em dispositivos formais na rede de saúde brasileira, algumas poucas experiências surgiram, sobretudo a partir da década de 1990. De acordo com Delgado (2006), alguns hospitais



públicos criaram residenciais semi-autônomos para seus “pacientes-moradores”, a partir do final da década de 1980, utilizando o nome de “moradias” ou “lares abrigados” ou “lares protegidos”, dos quais os módulos residenciais no Hospital Colônia de Barbacena (MG) e os lares abrigados do Juquery (SP) são exemplos. Nesse período há pouca precisão quanto ao uso dos termos “lares abrigados ou protegidos” (designando projetos de moradias no interior dos antigos asilos) e “pensões protegidas” (que seria um antecedente dos lares, em geral, na iniciativa privada). No início dos anos 90 é que as residências terapêuticas passam a constituir recurso da rede de atenção psicossocial, tal como mostra a experiência pioneira de Campinas, que teve sua primeira residência terapêutica inaugurada em 1991 e hoje conta com 36 residenciais terapêuticos (Guarido & Campos, 2006), entre outras experiências em Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS).

Essas experiências exigiram regulamentação que foi concretizada pelo Ministério da Saúde no ano 2000 com a portaria 106 /2000 (Brasil, 2004a), cujo texto fixa o termo “serviços residenciais terapêuticos” (SRTs) definindo que esses são moradias “fora dos limites das unidades hospitalares” e enfatizando sua função estratégica na substituição da “internação psiquiátrica prolongada”. A portaria também ressalta, com algumas ressalvas, o caráter público das residências e estabelece o número máximo de oito moradores por SRT, apresenta a função dos cuidadores e vincula diretamente a implantação dos SRTs à redução equivalente de leitos hospitalares (MS, 2004a).

Nesse sentido é que o Ministério da Saúde indica que, no processo de reforma psiquiátrica em curso, a criação de serviços residenciais terapêuticos (SRTs) é imprescindível para a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (MS, 2004b).

Isto por que tais serviços têm por objetivo promover condições de vida para aqueles que, por história de longa internação e institucionalização em hospitais e manicômios judiciários e/ou por abandono, possuem vínculos sociais comprometidos ou inexistentes. E, assim sendo, esse tipo de serviço coloca-se como importante no processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental, tal como discutido na III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 e previsto na já referida lei federal 10.216/2001.

Além disso, os SRTs são considerados dispositivos necessários e estratégicos para o processo de desinstitucionalização no campo da saúde mental em âmbito nacional e internacional (Delgado, 2006; Vasconcelos, 2006; Furtado, 2006). De acordo com Vasconcelos (2001), os serviços residenciais devem cumprir o papel de evitar a transinstitucionalização - entendida como o deslocamento da clientela psiquiátrica para instituições similares aos hospitais (tais como asilos, casas de repouso, abrigos filantrópicos, etc.) - e a desospitalização seguida de negligência social. Além disso, esses serviços garantem que os recursos financeiros da área de saúde mental não sejam extintos juntamente com os leitos no processo de reorientação da assistência, mas voltados para a aquisição de patrimônio físico, para a capacitação de trabalhadores e usuários e para a montagem dos ambientes domésticos com a participação dos futuros moradores (Vasconcelos, 2001; 2006).

Outro aspecto dos serviços residenciais terapêuticos que merece atenção diz respeito a sua importância como um dispositivo que exige a articulação entre as redes de atenção à saúde, básica e especializada, bem como a intersetorialidade. Sua concepção e efetivação exigem a articulação de vários aspectos da vida social de seus moradores, mobilizando diversos recursos e apoios públicos, privados, individuais, comunitários,

jurídicos, financeiros, que vão desde a mobilização de recursos humanos especializados para o acompanhamento e cuidado no cotidiano desses usuários/moradores, até recursos materiais e financeiros advindos de benefícios sociais e previdenciários a que os moradores têm direitos.

Através da portaria nº 106/2000 e de documento relativo a essa modalidade de serviço (MS, 2004), o Ministério da Saúde estabelece a vinculação de cada SRT a um serviço de referência. Tal serviço de referência pode ser um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um serviço ambulatorial especializado em saúde mental ou ainda uma equipe de saúde da família com apoio matricial em saúde mental. Considera-se também que a implantação de uma residência terapêutica “exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio, e cuidadoso e delicado trabalho clínico com futuros moradores” (MS, 2004b, p. 7).

Em relação à articulação dos SRTs com serviços de referência (como os CAPS), no artigo de nº 5 da portaria 106/2000 estabelece que os SRTs devem estar “sob gestão preferencial do nível local e vinculado, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo” e que poderão funcionar em parcerias com organizações sociais, desde que supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental. Além disso, ainda segundo essa portaria, nesses serviços a que o SRT esteja vinculado deve haver uma equipe mínima, que atuará na assistência e supervisão das atividades do SRT, constituída por um profissional médico e dois profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica.

Dessa forma, uma das características dos SRTs é o suporte de caráter interdisciplinar de um serviço de referência (no caso de Natal, é o CAPS) e a circulação dos moradores pelos diversos serviços da rede de saúde e outros setores (jurídico,

assistência social, educação, etc.), de acordo com o princípio da intersetorialidade. Assim, diferentes equipes multiprofissionais estariam implicadas como co-responsáveis pela ressocialização dos moradores do SRT. Portanto, segundo Ministério da Saúde, “na casa abordam-se questões ligadas ao morar. As várias outras questões devem ser trabalhadas em outros espaços.” (MS, 2004b, p.14)

Para viabilizar esse novo dispositivo de atenção, o MS antecipa o pagamento de R\$ 10.000, 00 (dez mil reais) para cada SRT criado, a fim de prover a moradia de recursos materiais necessários (MS, 2004b) <sup>19</sup>. Além disso, como impulso nesse processo de desospitalização, o Programa de Volta para Casa prevê um auxílio mensal pago por um período de um ano pago diretamente ao morador, que tem, dessa maneira, o direito de gerenciar tal benefício utilizando para gastos pessoais, viabilizando seu retorno à vida na comunidade (Brasil, 2003).

Há uma grande variedade de estruturas e programas de residenciais no Brasil, tais como os lares abrigados, as casas de passagem, as famílias substitutivas e as residências terapêuticas (Vasconcelos, 2006) e todos com a “função mediadora na construção de um outro lugar social para a loucura” (Albuquerque, 2006). Essa variedade parece justificar-se para responder aos diferentes níveis de cuidado considerados necessários à “reabilitação psicossocial” da clientela psiquiátrica, e não apenas daqueles internos por longos períodos no hospital, ainda que este seja o principal grupo visado. Essas propostas orientam-se pela adequação contínua às exigências apresentadas pelos atores envolvidos, em seus diferentes contextos, nas várias esferas da vida, em direção à “reintegração social” (Albuquerque, 2006). Nesse sentido, “o princípio básico que orienta a proposta deste leque mais amplo de opções residenciais é

---

<sup>19</sup> A portaria 246/MS de 17 de fevereiro de 2005 dispõe sobre este incentivo financeiro para a implantação de serviços residenciais terapêuticos no país.

ofertar dispositivos adequados à variedade de quadros diferenciados de dependência e autonomia, à situação social, familiar e comunitária e ao desejo expresso em cada cliente.” (Vasconcelos, 2001, p. 81)

No Brasil, a maioria dos dispositivos funciona no modelo de residências terapêuticas, ou seja, como casas habituais na comunidade com suporte de equipe de acompanhamento e cuidado cuja intensidade e complexidade variam de acordo com o nível de dependência institucional decorrente de vários fatores (tais como idade avançada, co-morbidades, problemas sérios de locomoção e linguagem, empobrecimento severo da cognição em geral, etc.) (Albuquerque, 2006).

De acordo com dados mais recentes, há, em território nacional, 502 serviços residenciais terapêuticos cadastrados no Ministério da Saúde, distribuídos em 87 estados brasileiros, em 84 municípios, totalizando um número de 2.594 moradores<sup>20</sup>. Vale ressaltar que a distribuição dos serviços residenciais no Brasil não guarda nenhuma relação com o número necessário de serviços residenciais por região ou Estado. Nos diferentes Estados que possuem SRTs há uma oscilação no percentual de serviços implantados em relação ao total necessário de 45% a 1,75%, indicando que no Estado do Mato Grosso, por exemplo, estão implantados 45% do total necessário de SRTs, enquanto que no Ceará apenas 1,75% (Furtado, 2006). Além disso, existem estados brasileiros com centenas de leitos psiquiátricos que ainda não possuem nenhum SRT, o que chama atenção, sobretudo quando consideramos que as iniciativas concretas podem cumprir o papel de desmistificar os receios e fantasias e de referenciar os trabalhadores e futuros moradores em relação a este novo dispositivo (Furtado, 2006).

---

<sup>20</sup> A Coordenação Nacional de Saúde Mental nos forneceu estes dados por e-mail, enviado em 25/09/2008 em resposta a nossa solicitação, sendo a mais recente atualização sobre os SRTs e ainda não publicada em documento oficial.

De acordo com Delgado (2006), a expansão dos serviços residenciais terapêuticos ganha fôlego a partir do ano de 2002, quando o país inteiro contava com apenas 85 SRTs, e atinge em 2005 o número de 357 SRTs. Essa tendência vem crescendo até os dias atuais, com 502 SRTs, distribuídos em todas as regiões, sendo a maior parte deles concentrados na região sudeste do país, conforme dados recentes fornecidos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

No entanto, a expansão desses serviços ainda é lenta quando consideramos a demanda nas diferentes regiões do país. De acordo com dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, dos aproximadamente 42 mil pacientes internos em instituições psiquiátricas no Brasil, pelo menos 30% são de longa permanência (com mais de dois anos ininterruptos de internação), totalizando cerca de doze mil pacientes “moradores de hospitais psiquiátricos”, sabendo-se que este número pode ser maior e que sua proporção no total de leitos existentes tende a crescer (Delgado, 2006; Furtado, 2006). Há ainda o agravante em hospitais de grande porte, dentre os quais existem casos em que o número total de internos é de longa permanência, não havendo mais novas vagas, como, por exemplo, o hospital Alberto Maia em Camaragibe (PE) com 830 pacientes nesta situação (Delgado, 2006).

Considerando esse contingente de pessoas seria necessária a criação de mais de 2000 novos serviços residenciais terapêuticos em todo o país. No entanto, a expansão da rede de residenciais encontra inúmeros desafios. De acordo com Furtado (2006), os desafios e problemas para a expansão desses serviços vão desde questões relativas aos trabalhadores, à clientela, aos outros setores e à comunidade até questões relativas à gestão e ao financiamento dos SRTs e sua legislação.

Em relação à clientela, Furtado (2006) destaca como positivo o fato dos profissionais envolvidos nas experiências dos SRTs terem apontado como problemático o receio dos internos em deixar o hospital pelo desconhecido que esta experiência representa, e não outras eventuais limitações dos pacientes.

Em relação aos trabalhadores, é apontado como problemático o receio daqueles que exercem suas funções em hospitais de perderem seus empregos com a existência de serviços como esses, o que explicaria o seu baixo envolvimento no trabalho de implantação de novos residenciais. Esse ponto consiste num fator muito limitante à expansão dos SRTs, sobretudo quando consideramos que o envolvimento e a militância dos trabalhadores é fator fundamental para os avanços da reforma em todos os níveis (Torre & Amarante, 2001). Ainda a respeito dos trabalhadores, além da questão do envolvimento e disposição em participar do processo de implantação dos SRTs, está a questão do alinhamento com os princípios da Reforma e a capacitação técnica para sustentar no cotidiano as novas formas de atenção que este dispositivo exige.

No que diz respeito às respostas de outros setores, Furtado (2006) aponta a dificuldade em obter documentação oficial (certidões de nascimento tardias) dos moradores (em sua maioria, desprovidos de qualquer documentação) e efeitos negativos da interdição dos moradores por meio de parcerias com o Judiciário. Já em relação à comunidade, as eventuais recusas de proprietários de imóveis em alugar casas para SRTs e a posição refratária dos futuros vizinhos frente à possibilidade de terem ex-internos de hospitais psiquiátrico morando ao seu lado evidenciam o imaginário social relativo ao louco. Além disso, influenciam negativamente a expansão dos residenciais por duas vias: em termos concretos, por impedir o estabelecimento de um espaço físico para abrigar a iniciativa e, em termos simbólicos, ao emitir rejeição à proposta e aos

sujeitos e tudo o que tal rejeição pode produzir nos futuros moradores e técnicos que os acompanham (Furtado, 2006).

A gestão e o financiamento dos SRTs, na pesquisa de Furtado (2006), foram considerados os pontos mais problemáticos. Com relação ao gestor municipal (secretário), foram referidas questões relacionadas à sua baixa implicação com a questão dos egressos, aos rodízios de ocupantes nesse cargo e à baixa interação entre eles e os trabalhadores de saúde mental. Além disso, foram apontados como problemas: (1) o fato de que os SRTs podem ser vistos como serviços 24 horas cuja responsabilização ininterrupta inibe a implementação de novos serviços pelos gestores locais; (2) a incompatibilidade entre os modos de gestão de um serviço público de saúde (frequentemente burocrático e realizado pelo modelo dos serviços de saúde em sua maioria funcionando durante o dia) e as peculiaridades inerentes à manutenção de uma residência; (3) a falta de uma rede de saúde mental suficientemente instalada para acompanhar os moradores dos SRTs e (4) a pouca articulação com a rede CAPS (atualmente cerca de 6,7% dos CAPS acompanham egressos de longa internação em SRTs) (Furtado, 2006).

Diante de quadro de problemas e desafios gerais dos SRTs no Brasil apresentados na literatura, focalizamos a experiência do SRT de Natal de modo a pensar no que se tem ou não produzido em termos de alternativas nesses pontos enquanto condições para o cuidado em seus paradoxos no âmbito desse dispositivo. Para tanto, tomamos inicialmente como pontos de análise as concepções e características do SRT, assim como a articulação desse dispositivo com a rede de saúde e outros setores, considerando as peculiaridades dessa experiência em relação a outras desenvolvidas no país. Assim, procuramos levantar questionamentos e proposições acerca do cuidado no



processo de desinstitucionalização em saúde mental e sustentar a idéia de que esse dispositivo, por suas peculiaridades e hibridismo, pode funcionar como problematizador, tanto da atenção em saúde mental, quanto do processo de desinstitucionalização de modo mais amplo.

### **3. O Serviço Residencial Terapêutico como um híbrido problematizador e as peculiaridades do SRT Natal**

Na maioria das concepções de serviço residencial terapêutico que encontramos na literatura do campo esse serviço é entendido como dispositivo ou recurso terapêutico enfatizando o objetivo ou o ideal de reabilitação psicossocial no sentido proposto por Pitta (1996, p. 19), ou seja, como “restauração, no melhor sentido possível, de autonomia no exercício de suas funções na comunidade”. Ou seja, na maioria das concepções observamos a ênfase na busca de autonomia que permita o trânsito social e a aquisição, o desenvolvimento ou a retomada de certas funções sociais pelos moradores, como evidente nas seguintes formulações:

(...) uma nova modalidade de recurso terapêutico que foi agregada ao conjunto dos equipamentos inventados para atingir este ideal [a reabilitação psicossocial] (...). Saídas para aqueles que acabaram por não ter mais casa, por abandono familiar ou como conseqüência de incapacitação resultante da institucionalização prolongada, estas “moradias” surgem como uma possibilidade de *aquisição da autonomia*, com o mínimo de tutela (Guarido & Campos, 2006, p. 141) (grifos nossos)

Entre os diversos dispositivos assistenciais substitutivos em saúde mental, destacam-se os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), cuja proposta é *viabilizar a reabilitação social* do paciente egresso do hospital psiquiátrico, *situando-se o suporte social entre a*

*assistência e a moradia.* (Vidal, Vidal e Fassheber, 2006, p. 156) (grifos nossos)

Destaca-se, em especial, por ser um *dispositivo facilitador no processo de reabilitação* do paciente que deixa o hospital após uma internação prolongada. Inseridos em uma residência, *os pacientes reconstróem, nesse novo espaço, sua identidade*, e tecem diariamente uma nova rede social. Dessa forma, pode-se conceber esse serviço como uma *ponte entre o hospital e a comunidade*. Além de deslocar a assistência do hospital para o território, permite também a criação de uma nova relação entre a loucura e a sociedade. (Vidal et.al., 2006, p. 196) (grifos nossos)

Destacamos nessa última formulação a concepção de que os serviços residenciais serviriam como uma “ponte” entre hospital e comunidade que permitiria a construção de redes sociais e a “reconstrução da identidade”. Nessa concepção o hospital aparece ainda como lugar a que se pode recorrer, já que uma “ponte” pode tanto levar, como trazer de volta ao hospital, sustentando-se pela existência dos dois lados (hospital e comunidade). Além disso, o ideal de reabilitação social está presente como norte da proposta em todas as formulações e a idéia de identidade aparece como um valor a ser reconstruído nas subjetividades envolvidas, tal como fica evidente quando uma gestora nos fala acerca da concepção da experiência do SRT de Natal:

“Ela partiu da necessidade de dar conta da desospitalização por inteiro (...) e os CAPS não suportavam essa desospitalização no sentido da moradia de usuários que não tinham mais identidade, que moravam no hospital, pacientes com muitos anos de hospitalização. O desafio era romper com este vínculo com o hospital e fazer a inclusão destes pacientes na sociedade”. (D., gestora da SMS, em entrevista no dia 29/08/2007)

É possível observar nessas concepções, certo alinhamento com as diretrizes oficiais acerca dos princípios e diretrizes que devem basear o projeto terapêutico de cada SRT, a saber:

a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à *construção progressiva da sua autonomia* nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;

b) ter como objetivo central contemplar os princípios da *reabilitação psicossocial*, oferecendo ao usuário um amplo projeto de *reintegração social*, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. (MS, 2000)(grifos nossos)

As proposições de projetos terapêuticos nos SRTs devem, assim, estar voltadas para o ideal de reabilitação e reintegração social e a construção da autonomia nas atividades da vida diária como o que efetivamente tem norteado as experiências existentes.

Dessa maneira, o ideal de “reabilitação social” vigora como meta de retomada das funções sociais e da contratualidade pelos ex-internos, assim como o resgate de uma “identidade social” para estes. Percebemos, então, nessas concepções dos serviços residenciais como dispositivos para a “reabilitação social” traços do humanismo moderno cujas promessas trazem em seu bojo concepções ligada à institucionalização da loucura, à normatização da vida, à idéia de sujeito autônomo e à razão, que destoam da desinstitucionalização como crítica e desconstrução de saberes e práticas psiquiátricos configurados nos ideais da modernidade (Alverga & Dimenstein, 2006).

A esse respeito, Alarcon (2000) nos adverte como as idéias de liberdade, cidadania e ressocialização estão baseadas em pressupostos do humanismo moderno para uma vida moralmente aceitável, do qual Pinel é representante. Nesse sentido, ele indaga:

Será que as propostas das antipsiquiatrias – usando o termo como em Foucault (1997) – estariam implicando, na verdade, um retorno inadvertido à Pinel, contra a hegemonia de uma visão kraepeliana ou biológica? Um retorno com base na reelaboração da pergunta clássica da psiquiatria sobre a normalidade dos comportamentos, na medida em que recuperar-se o sujeito seria o caminho privilegiado para a libertação-cura, expressa na ressocialização, na cidadania, em suma: num pressuposto de vida moral? (p. 26)

Assim sendo, é preciso considerar no contexto da luta antimanicomial de que liberdade nós estamos falando, sob o risco de estarmos reproduzindo, aprisionados na lógica moderna da “boa vontade” (Alarcon, 2000), novos manicômios moralizantes para a vida e reduzindo a liberdade à simples aquisição de condições de contratualidade na vida social. Será que

ao borrarmos a fronteira simbólica e concreta entre a sociedade e seus loucos não estaremos, sob o pretexto de acolher a diferença, simplesmente abolindo-a? (...) será que a libertação do louco não corresponde, no fundo, a uma estratégia política de homogeneização do social? (Pélbart, 1990, pp. 132 - 133).

Ou a questão da liberdade implica em “enfrentar o dilema de saber como e se é possível ser a causa de si mesmo apesar do sujeito e das relações de poder que o enreda e o constrói”? (Alarcon, 2000, p. 36). Ou seja, a luta pela liberdade não implica em, considerando que cada sociedade produz seus mecanismos de poder, perguntar sobre a nossa disposição em fazer brechas, rachaduras nesses mecanismos, com as quais é possível nos constituirmos como subjetividades livres em nossa potência de diferir?

Nesse sentido, perguntamo-nos: os residenciais terapêuticos estão, então, sendo propostos para que os sujeitos (ex-internos) retomem uma vida moralmente aceitável no sentido do resgate das funções sociais, sem que questionemos os próprios fundamentos e valores de uma sociedade que não tolera a diferença e que há séculos os exclui na

qualidade de doentes mentais? Esses dispositivos vão funcionar como mais um mecanismo de homogeneização social, como nos adverte Pélbart (1990)? Ou, a partir das experiências singulares desses moradores, poderemos vislumbrar outras possibilidades de circulação social que não sejam a simples **adesão** aos parâmetros aceitáveis de socialização ou reconquista de “habilidades sociais”? Serão os residenciais dispositivos de transposição “segura e vigilante” da população “louca” dos manicômios para casas “assistidas” nas quais se opera ainda a conversão da diferença em sujeitos “normais” na vida social?

Essas questões complexificam-se quando consideramos que, do ponto de vista da política oficial relativa aos SRTs, a concepção desses vai se delineando necessariamente a partir da articulação com os serviços de referência, tais como os CAPS, que estariam com a responsabilidade pelo tratamento. Os CAPS seriam responsáveis por “assistir” e dar suporte técnico ao SRT. Entende-se que a referida vinculação a um CAPS (ou a outros serviços de saúde) como necessária à configuração efetiva dos SRTs como residências que “não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município” (MS, 2004b, p. 7). E, nessa rede, “o CAPS, ambulatórios e outros recursos comunitários devem ser privilegiados em relação às moradias como locais de tratamento. Ou seja, na casa abordam-se questões ligadas ao morar. As várias outras questões devem ser trabalhadas em outros espaços” (MS, 2004b, p.12).

No entanto, conforme essas mesmas diretrizes oficiais, nessas residências, cada morador deve ter um ou mais profissionais de referência e o estabelecimento de projeto terapêutico individual (PTI). Dessa forma, esses serviços devem ser encarados “prioritariamente como casas”, mas casas em que o cuidado faz-se no cotidiano com

acompanhamento de profissionais especializados ou capacitados para tanto e não como unidades de saúde em que equipamentos e técnicas específicas de tratamento seriam ofertados. Nas palavras do coordenador nacional de saúde mental: “compete ao CAPS apoiar e supervisionar o trabalho das residências, preservada a autonomia destas e ressaltada sua característica de moradia, casa, lar, e não especificamente espaço terapêutico” (Delgado, 2006, p. 27).

Nesse mesmo sentido, uma gestora responsável pela implantação do SRT em Natal diz que nas reuniões do grupo responsável pela concepção do SRT concluía-se sempre, ainda que não de modo claro e direto para todos, que este dispositivo seria uma casa e não um “serviço com oferta de tratamento”. E com essa compreensão é que se foi definindo como o SRT Natal funcionaria e qual seria o suporte técnico necessário. E, sobre tal entendimento, uma das gestoras ressalta a idéia de que esta seria uma “casa diferente”, diz ela:

“As relações ali [no SRT] devem se pautar pela idéia de que é uma casa, porém uma casa cuidada, uma casa tutelada, uma casa cuja responsabilidade não está exclusivamente com os moradores, mas também com os cuidadores. É uma casa com um funcionamento diferente”. (S. gestora da SMS, em entrevista no dia 14/08/2007)

No entanto, essa gestora, assim como os demais gestores e técnicos entrevistados apontam como a definição do que seja o SRT ainda está em aberto, e se perguntam sempre “o que é isso que é um serviço e uma casa? Ou “é uma casa em que estão lá circulando técnicos que não moram lá, inclusive com poder de decisão interna?”

Na prática, então, fica evidente que as diretrizes oficiais apenas orientam as experiências e concepções do que seja um SRT. O que há são diferentes posicionamentos, presentes nos relatos de experiência, em relação à concepção de que

os serviços residenciais constituem ou não serviços de saúde ou espaços clínicos.

Vejamos:

(...) é preciso enfatizar que uma residência terapêutica não é exatamente um serviço de saúde, mas, sobretudo, uma moradia, um lar que estimula a convivência social, a liberdade e a construção de novas possibilidades, à diferença dos demais serviços substitutivos existentes. Trata-se, por fim, de um espaço onde os moradores podem fazer aquilo de que foram privados por um longo período de sua vida. (Vidal *et al.*, 2006, p. 161)

Pensamos o dispositivo residencial não como um espaço clínico na concepção médica clássica, mas sim como um lugar espaciotemporal em que projetos de vida são levados em conta na construção subjetiva do próprio habitar polifônico do morador. (Sanzana, Campos, Machado & Echebarrena, 2006, p. 176)

A residência não é uma clínica. É preciso, portanto, que a equipe esteja atenta ao fato de que ela é um dispositivo da saúde, mas com o propósito de desconstruir relações estereotipadas, institucionais. (Ribeiro, 2006, p. 150)

Percebemos, então, presente nessas concepções o entendimento de que os SRTs não são espaços em que se opera “a clínica” como “lugar de tratamento” no sentido convencional, com equipamentos de cuidado legitimados tradicionalmente nos serviços de saúde. Há também o entendimento de que são espaços em que “a clínica” que se opera não é aquela que tradicionalmente se faz. Negar esses espaços como “clínicos”, para alguns, parece ser a via para o entendimento dessas moradias como espaços de desconstrução dos modelos e relações institucionalizadas presentes em outros equipamentos de saúde. Para outros autores que relatam experiências de SRTs, no entanto, a idéia de clínica parece ter lugar nesses espaços, mas precisando ser construída em novas bases que permitam a liberdade, a convivência social e as diversas construções subjetivas possíveis e singulares a cada morador.

Interessa observar também como são colocados problemas em relação ao próprio termo “serviço residencial terapêutico” em sua formulação oficial, como nos disse um dos gestores em Natal:

“Incomodava-me o fato de que se estava criando uma equipe, transformando mesmo aquilo num serviço e, antes de sê-lo, deveria ser uma casa. Mas o próprio nome coloca como um serviço, antes de ser uma casa e que é terapêutico. Como morar pode ser terapêutico? Pergunto isso por que se eu fico em casa por muito tempo eu fico louco!” (R., gestor da SMS, em entrevista no dia 18/04/2007)

Tais incômodos do gestor apontam para uma especificidade da experiência de Natal, na qual foi configurada uma equipe de cuidadores (sete ao todo) para acompanharem 24 horas os moradores em regime de plantão. E esse gestor assume o cargo de coordenação de saúde mental do município no momento em que o SRT tinha sido inaugurado já com essa equipe recém-configurada. Na compreensão desse gestor esse dispositivo deveria ser uma casa, mas sua configuração como tal não é necessariamente terapêutica. De modo diferente, outros dois gestores (que ocuparam o mesmo cargo que aquele em momentos distintos), entendem que o próprio fato dos moradores saírem dos muros manicomial já é, em si, terapêutico, ressaltando, assim, a natureza terapêutica do dispositivo residencial sem que estejam disponíveis dos recursos terapêuticos tradicionais (consultas médicas, psicoterapia, oficinas, etc.). Há dessa forma uma concepção de que esse dispositivo configura-se como terapêutico por que deve proporcionar a criação de outras condições de vida, a experimentação de um morar não manicomial. No entanto, é preciso atentar para o fato de que a sua existência e estruturação física como uma casa e um serviço extra-hospitalar não garantem, em si, que ele seja terapêutico e desinstitucionalizante no sentido da desconstrução da lógica manicomial e disciplinar vivida no hospital. E esse risco de captura manicomial existe,



pois, dependendo do modo como a vida dentro e fora da casa for sendo construída, viver nesse dispositivo pode ser “enlouquecedor”, como aponta um dos gestores.

Considerando essas questões relativas à concepção do SRT como um serviço natureza terapêutica e, ao mesmo tempo, como um dispositivo residencial, podemos afirmá-lo e qualificá-lo como um híbrido. Por sua própria designação, os SRTs são “híbridos” de serviços de saúde e residências, dando mais lugar para um ou para outro conforme a construção de cada experiência ao longo do tempo, a própria concepção e limites do trabalho de cuidado a ser desenvolvido, o papel das equipes e a articulação com o CAPS ou serviço de referência, trazendo diferentes efeitos, possibilidades e limitações na construção da vida dos usuários-moradores. Esse hibridismo coloca-se de modo evidente uma vez que o SRT é concebido legal, técnica e administrativamente como um serviço - com equipe de técnicos, com responsabilidades e que assumem o cuidado e a tutela dos moradores com todos os problemas e desafios que isso traz – e também como uma residência na qual os moradores possam experimentar o morar e a partir do qual possam viver a possibilidade de circular na cidade. Nesse sentido, é que Baptista, Zwarg & Moraes (2001) afirmam que as experiências práticas dos dispositivos residenciais “constituem hoje um campo de experimentações extremamente fértil. São hoje um espaço híbrido para o profissional de saúde mental, ao mesmo tempo enriquecedor e inquietante” (p.65).

Propomos pensar tais serviços, então, como “híbridos” considerando a potência da própria significação deste termo em relação às experiências dos SRTs. Híbrido designa aquilo que é “resultante do cruzamento de espécies diferentes, que se afasta das leis naturais” e também designa “vocábulos compostos com elementos de diferentes línguas” (Cunha, 1986, p. 409).

Etimologicamente, o termo vem do grego *hybris*, que designa uma miscigenação de maneira anômala e irregular, uma “mistura que viola as leis naturais” e que “corresponde à desmedida”, ao “ultrapassar das fronteiras” (Ceia, 2008). Híbrido é a “composição de dois elementos diversos anormalmente reunidos para originar um terceiro elemento que pode ter as características dos dois primeiros reforçadas ou reduzidas” (Ceia, 2008).

Como nos indica Latour (1994), numa crítica ao pensamento disjuntivo da modernidade, operamos hoje o conhecimento e, por conseguinte, a vida a partir do hibridismo, ou seja, da não separação entre o natural e o cultural, entre o público e o privado, entre o conhecimento e a realidade. Numa crítica radical a estas separações, esse autor afirma que sempre houve híbridos (daí porque, segundo sua tese, jamais fomos modernos) e que a contemporaneidade, ao trazer à tona o conceito de híbrido e fazê-lo proliferar, enfatiza, acima de tudo, o respeito à alteridade e a valorização do diverso. Na verdade, para Latour (1994), somos combinações e composições de heterogêneos não puros como querem os modernos, mas misturados e coletivamente conectados na movência contemporânea.

E o que as experiências dos SRTs como dispositivos da rede substitutiva e suas diferentes concepções nos indicam é que precisamente essa mistura irregular, inusitada, “anormal” e de “anormais”, desafia a naturalização dos conceitos e práticas, assim como pode desconstruir o projeto de “purificação” ou homogeneização da vida e das subjetividades tão fortemente sustentado pelo paradigma psiquiátrico moderno que condenou a loucura. E dessa “mistura irregular, anômala” as idéias de “casa” e “serviço” são modificadas, ganham outros contornos que são fruto da própria mistura, fazendo surgir esse terceiro elemento, o híbrido, que não se reduz nem a um, nem ao outro.

Assim, convocamos a idéia de híbrido para qualificar os SRT por entendermos que precisamos considerar a potência dessa mistura, dessa diversidade e heterogeneidade que pode emergir desse cruzamento “desnaturalizante” do que seja casa e do que seja serviço, do que seja habitar e do que seja cuidar ou clinicar (Baptista *et al.*, 2001).

De modo diverso do conceito de “híbrido” da biologia, entendemos aqui o híbrido como “fértil” e capaz de criar novas vidas a partir dele. Ou seja, enquanto híbridos, os SRTs podem funcionar como dispositivos que podem fazer a vida se multiplicar, ganhar formas diversas a partir das singularidades. Atentemos, então, para essa “composição de elementos diferentes” e suas singularidades como uma possibilidade de construção de saídas, brechas, rachaduras na lógica manicomial que ronda esse dispositivo já em sua concepção e em suas diretrizes oficiais.

Por esse hibridismo abordamos o SRT como uma combinação heterogênea, repleta de conexões e coletivos em ação que pode funcionar, desde sua concepção, processo de implantação e funcionamento, como um problematizador em três campos de análise, a saber: 1) o amplo e complexo campo da reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização em saúde mental, considerando as imagens e sentidos da loucura na vida contemporânea; 2) o campo da atenção em saúde mental tal como se organiza na rede de serviços substitutivos, considerando o modo como foi conduzido o processo de transição hospital SRT e a própria articulação entre os serviços desde essa transição; e 3) o cuidado desenvolvido no próprio SRT a partir da composição e dinâmica de funcionamento da equipe de cuidadores. Assim, apresentamos a seguir o segundo mapa que é relativo ao primeiro campo de análise e, depois, o terceiro mapa envolvendo o

segundo e terceiros campos em que esse híbrido vai revelando seus limites e sua potência.

## Mapa 2 - Cartografando a loucura em cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes

*Quando o homem deixa de ser princípio ordenador, quando deixa de acreditar na unidade de sua vontade, ele retorna seu lugar, como mundo, como vontade de potência. O sujeito que vive a multiplicidade de seu querer é aquele que enfrenta o desconhecido de sua vontade e não impede a luta; dessa forma, ele reinstaura a plasticidade, a provisoriedade e a pluralidade da vida em seu corpo. (Mosé, 1999, p. 199).*

*São as palavras mais silenciosas que trazem a tempestade. Pensamentos que chegam com pés de pomba dirigem o mundo. (Nietzsche, 1885/2005, p.180)*

### 1. É fácil perceber os “homens de lata” produzidos pela psiquiatria!

Na varanda de um apartamento no Recife, no bairro da Tamarineira, podemos olhar para o pátio interno do Hospital Ulisses Pernambucano, um grande hospital psiquiátrico<sup>21</sup>. Estávamos eu e minha filha de dois anos observando alguns internos jogando futebol e outros simplesmente vagando pelo grande terreno repleto de mangueiras e muito vazio. Dirijo-me a minha filha e digo: “Olha, Gabi, ali é onde moram os doidinhos.” Ela olha para mim com estranheza e diz: “É não, mamãe, não é [sic] os doidinhos não! Eles são os homens de lata!” e reproduz o movimento robótico dos “homens de lata” que via nos corpos daqueles internos e que lhe lembraram aquele da história do Mágico de Oz<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Este é o mais antigo hospital psiquiátrico do Estado de Pernambuco, tendo sido inaugurado em 10 de janeiro de 1887.

<sup>22</sup> Na clássica história do Mágico de Oz, de Walt Disney, uma menina chamada Dorothy, perde-se num lugar encantado e a procura do mágico que a levaria de volta para casa encontra, entre outros personagens, um homem de lata que curiosamente “sofria” por não ter coração e, por isso, a acompanha na busca do mágico que poderia dar-lhe um coração.

No uso do termo “doidinhos”, em referência a personagens como o “bobo”, o “lelé da cuca”, o “maluquinho” das brincadeiras e contos infantis, há a designação de uma face cômica, desejante e “produtiva” da loucura e da vida em seus excessos. No entanto, ao apelar para esse uso somos advertidas pela menina de que essa não é a face da loucura que ali se revela. O que estava evidente era a mortificação, a captura das almas que ali circulavam. Pudemos, então, constatar como é fácil perceber a falta de “coração” naqueles corpos de “homens de lata” que caminhavam no pátio do hospital psiquiátrico. Como é evidente (até para uma criança de dois anos!) a falta de desejo, de “sopro de vida” (sentido lato do radical grego *psychè*) naqueles corpos anestesiados por medicamentos e institucionalização. São os “homens de lata” produzidos historicamente pela psiquiatria, que protagonizam (ou melhor, agonizam!) cenas como estas ainda tão comuns em nosso país. E a pretensão de “Dorothy em busca do Mágico de OZ” de querer “fazer ver” o que não estava ali, ou melhor, de tornar invisível aquela realidade intolerável foi facilmente colocada em cheque.

Como, então, essas faces da loucura se configuram? Que sentidos a loucura vai assumindo e que práticas e discursos se têm sobre ela? Como estes “homens de lata” foram inventados e aparecem no cenário contemporâneo? Tais questões nos exigem um diálogo com a loucura e seus sentidos e imagens a partir do que fomos convocados a “ver e dizer” em nosso encontro com a experiência do serviço residencial terapêutico Natal. Como um dispositivo desinstitucionalizante, o SRT tem por objetivo desconstruir o processo de conversão em “homens de lata” dessas pessoas hospitalizadas, possibilitando que o “sopro de vida” tenha lugar e movimento, que o desejo siga desejando nessas vidas marcadamente anestesiadas pela institucionalização. E, nesse contexto, é preciso pensar sobre essa desconstrução e, em que medida, resquícius de

“homens de lata” e de manicômios ainda se fazem presentes ali e em cada um que procura operar esse processo e se dispõe a produzir diferença.

Quando consideramos a produção da loucura e dos saberes em torno dela historicamente, parece-nos evidente como a loucura vai assumindo sentidos e contornos diversos de tal modo que percebemos hoje uma multiplicidade de sentidos para ela, que não segue uma única direção ou explicação, não se totaliza numa determinada forma. Como nos diz Lavrador (2006, p. 29): “alguma coisa se passa entre as loucuras que escapa e difere das normalizações e dos controles”. Sentidos que se “embaralham”, e cujas ambigüidades e indiscernibilidades não pretendemos aqui desfazer, mas apenas apontar.

Assim, em diferentes momentos, seja nas entrevistas, seja nos encontros com os técnicos, a loucura pôde “assumir o sentido tanto de loucura-desrazão, loucura selvagem, loucura desterritorializada, loucura instituinte, como loucura-doença mental, loucura institucionalizada, loucura cronificada, loucura reterritorializada e sobrecodificada, loucura instituída” (Lavrador, 2006, p. 28). Tais sentidos se misturam e não configuram duas linhas, seguindo uma lógica binária, pois dizem respeito à loucura como uma experiência que produz diferentes fluxos e sofre diferentes formas de capturas, ao mesmo tempo e em diferentes tempos e espaços, e cujos sentidos se confundem.

Dessa maneira, a “loucura-desrazão” indicaria os fluxos desterritorializados, a estranheza, o puro devir, o que ainda não foi capturado, aos excessos da vida em sua potência, ao que “consegue escapar das amarras do pensamento retilíneo e racionalista” (Lavrador, 2006, p. 28), numa referência a tragicidade da loucura indicada por Foucault (1978).

Em diferentes momentos, fomos atravessadas por esses fluxos, por esta “loucura-desrazão” nas conversas com as técnicas cuidadoras do SRT ao falarem do que esse trabalho junto aos loucos produzia nelas e em suas vidas. Como por exemplo, quando uma das técnicas confessa em meio a uma discussão sobre as dificuldades e sobrecarga do trabalho:

“Dá trabalho estar com eles [moradores], mas eu também acho o máximo quando vejo eles fazerem o que querem sem estar nem aí pras formalidades, entende? Sem medo. Isso só me mostra como a gente é que é preso, limitado. Quantas vezes eu não quis escancarar, mudar, desafogar as amarras e não pude? Eles me mostram que é possível revirar tudo, que a vida pode ser diferente!” (F., técnica do SRT na reunião de equipe do dia 26/11/07) <sup>23</sup>

Eis o encontro com a loucura produzindo diferença, revelando a potência da vida para essa mulher, técnica, cuidadora que fala numa espécie de alívio do “pouco de possível” que o trabalho com os moradores da residência lhe confere.

De modo semelhante, os encontros com a loucura, pela via dos afetos, produzem a alegria no cotidiano do trabalho como nos conta um técnico:

“Às vezes a gente está lá todo mundo reunido e vai se dando conta de quanto o trabalho é divertido. Os vínculos que se criam. Ainda hoje B. chegou junto de mim e disse: - Ei, diga a V. que dê um cigarrinho para nós porque nós já comemo, já enchemo o buchinho e agora queremos fumá! [sic] Então, assim, coisas muito engraçadas todo dia acontecem lá nesses encontros. É uma técnica de enfermagem que vira cabeleireira e faz a festa com as mulheres. E cada um vai todo dia inventando um negócio diferente.” (E., Técnico do SRT em entrevista no dia 31/01/07)

A alegria habita a casa dos “loucos”. A loucura subverte papéis, estruturas dadas, funções pré-estabelecidas, *scripts* prontos. A invenção tem lugar e, mais que isso,

---

<sup>23</sup> Todos os depoimentos proferidos em reuniões e que utilizamos ao longo do trabalho não foram gravados (ao contrário daqueles das entrevistas), mas são transcritos conforme nossas anotações. Por isso, fazemos a ressalva de que não são reproduções das falas tal qual proferidas, mas transcrições que procuram ser fiéis, sobretudo, às idéias expressas pelos participantes no coletivo.



é uma exigência desses encontros. E entre uma invenção e outra os vínculos são criados, o afeto circula no trabalho, no cuidado, na vida possível e potente de todo dia. Mas há também outra face da loucura que se apresenta...

A imagem da “loucura-doença mental” diz das capturas operadas pela tradição crítica da psiquiatria, da racionalidade moderna e dos discursos e práticas produzidas historicamente e que forjaram uma figura estereotipada e entorpecida para aqueles que “escapam” aos limites dessa racionalidade, como Foucault (1978) nos fez ver. São figuras como esta, marcadas por longos anos de institucionalização num hospital psiquiátrico, que chegam à residência terapêutica para “aprender a viver fora do hospital, para ter uma vida como gente!” - como nos afirma uma das técnicas que acompanharam os moradores na transição do hospital para a casa. A face da loucura que se apresenta ali, no início do SRT, era a loucura hospitalizada, eram os “loucos” marcados pela rotina e hábitos institucionais. Mas como estas figuras da loucura foram produzidas a ponto dessas pessoas terem “desaprendido a viver como gente”? Que saberes e poderes produzem esta figura?

Aprendemos com Foucault (1981) que, com o advento da modernidade, estabeleceu-se uma oposição (e não mais apenas uma relação) entre razão e desrazão e a valorização da racionalidade que funde os conceitos de loucura e desrazão como signos negativos e objetos de exclusão. Dentro do paradigma moderno, configura-se a “forma-Homem” padrão, o indivíduo, sujeito do conhecimento cartesiano, pautado no modelo hegemônico da racionalidade científica (Deleuze, 1988) <sup>24</sup>.

É nesse contexto, fundamentados nos princípios burgueses de ordenação social e produção de riquezas, que são produzidos discursos e práticas de internamento e

---

<sup>24</sup> Tal expressão “forma-Homem” é utilizada por Deleuze (1988) para diferenciar a relação da sociedade com a igreja conformada na figura da “forma-Deus” e a relação da sociedade com a ciência na qual emerge a figura da “forma-homem” na modernidade a partir dos princípios iluministas.

exclusão relativos à loucura que ganha o estatuto de problema social, sendo percebida “no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (Foucault, 1978, p. 78). É nesse contexto, fundamentados nos princípios burgueses de ordenação social e produção de riquezas, que se erguem os chamados “Hospitais Gerais” em toda a Europa – e cuja versão brasileira é as Santas Casas de Misericórdia no século XVIII. Como *locus* de exclusão dos pobres de toda sorte, dos extravagantes, dos que excedem os limites da razão e não respondem aos ideais capitalistas de então, esses estabelecimentos consistem em depósitos de massas de excluídos, nos quais a loucura é silenciada e dispersa na problemática geral da exclusão.

A Medicina e a Psiquiatria, em particular, aparecem então como saberes que, aliados ao Estado e sob o argumento humanitário, vão significar a loucura como doença e desvio da natureza, retirando da “natureza humana” esse estranho que amedronta a vida burguesa e prometendo restituir-lhe a sanidade e a razão que lhes são próprias. E, assim, aprendemos que a “loucura” tem lugar e nomes próprios: hospital e doença mental, respectivamente quartel-general e palavra de ordem da psiquiatria.

Dessa maneira, a tragicidade foi dando lugar à patologização da experiência da loucura, em função de demandas de ordem social, política, jurídica, econômica, que implicaram em outros modos de subjetivação e, conseqüentemente, em outros modos de relação com a loucura. E, além do estatuto de problema social, a loucura adquire o estatuto de doença em relação ao qual são estruturados novos arranjos de controle social e jurídico aliados aos argumentos médicos.

A psiquiatria pineliana separa a loucura da massa desrazoada, miserável e culpada e a reconhece em sua dignidade como doença. Assim, esse juízo por parte da

“razão” coloca entre parênteses o parentesco entre loucura e miséria, circunscrevendo a loucura ao seu domínio “humanitário”, como nos diz Basaglia (1979/2005):

O que antes era aceito como uma das possibilidades do humano torna-se agora objeto de uma piedade e de uma compreensão em que a responsabilidade pelo ato é imputada à desrazão, e não mais ao indivíduo, do qual, porém, a razão se apropria no momento mesmo em que o desresponsabiliza. (p. 263)

Desse modo, a loucura e o louco, dominados pelas amarras da racionalidade, são silenciados, objetificados, animalizados, excluídos e privados de desejos pelos valores burgueses. Como diz o sociólogo Zigmunt Bauman (2004, p. 154): “toda aposta na pureza produz sujeira, toda aposta na ordem cria monstros”. E foi essa aposta da psiquiatria na higiene e na ordem que relegou a figura de impuros e monstros da humanidade aos loucos que, enquanto tais, precisam da tutela da Psiquiatria.

Inaugurado com base em princípios “humanitários” e científicos que “libertavam” os loucos, como socialmente incapazes, e conduziam a loucura a um tratamento moral diferenciado, “punindo o indivíduo inteiro” (Basaglia, 1965/2005), o hospital psiquiátrico constitui uma estrutura na qual a medicina vai exercer seu poder desde um “regime disciplinar” (Foucault, 1988). Localizada no corpo, como desvio e patologia da natureza, a loucura é analisada, dissecada e tipificada em nosografias, de tal maneira que é pluralizada em diferentes “espécies”, conforme diferentes critérios médicos de observação e diagnóstico que vão sendo aperfeiçoados ao longo do tempo e nos diferentes contextos em que a psiquiatria opera. As nosografias são desenvolvidas para fins disciplinares, para dar conta da ordem dentro dos próprios estabelecimentos e organizar o tratamento, impedindo a “mistura” e o “contágio” entre as diferentes formas de adoecimento mental.

A disciplina ou regime disciplinar, segundo Foucault (1988), data dos séculos XVII e XVIII, surge nas escolas, hospitais, fábricas, prisões, resultando na docilização e disciplinarização do corpo dos indivíduos. A disciplina constitui uma “tecnologia”, num conjunto de técnicas de poder que incide sobre o corpo individual, atuando na minúcia, no íntimo, em cada detalhe dos gestos, dos movimentos, do espaço e do tempo de modo a esquadrihá-lo para aumentar-lhes a força útil na lógica produtiva do capital. O regime disciplinar consiste, então, neste sistema de domesticação que marca as instituições psiquiátricas, dentre outras, que são responsáveis pela normalização do corpo através de uma “anátomo-política do corpo” (p. 131).

Assim sendo, nessas instituições são desenvolvidas e exercidas diferentes formas de regulação da vida, os corpos são conformados em rotinas, horários, restrições de movimento e contato. Ou seja, os corpos passam por um processo de institucionalização de tal modo que a vida moralmente aceitável seja restabelecida entre aqueles que, por acidente ou disfunção da natureza, desviavam, excediam ou ameaçavam a “forma-Homem”<sup>25</sup>.

No Brasil, esta história da psiquiatria é “a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social” (Amarante, 1994, p. 74), tendo em vista que a psiquiatria aparece desenhada num projeto de reordenamento do espaço urbano a partir da chegada da família real no Brasil, há exatamente duzentos anos, o que

---

<sup>25</sup> Tal processo de institucionalização foi profunda e amplamente estudado por Erving Goffman no livro **Manicômios, prisões e conventos**, originalmente publicado em 1961. Estas instituições são por ele consideradas como “totais” por seu caráter de fechamento que é “simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que estão incluídas no seu esquema físico” (Goffman, 1961, p.16). As principais características “totais” estão no fato de que todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob a mesma e única autoridade; todas as atividades diárias são realizadas num grupo de outras pessoas, tratadas da mesma forma e que fazem quase sempre as mesmas coisas; todas as atividades seguem uma rotina fechada; todas as atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único para atender os objetivos da instituição e há controle das necessidades humanas pela organização burocrática de grupos através da vigilância e do exame constante. Estas idéias de Goffman (1961), juntamente com aquelas relativas ao regime disciplinar de Foucault (1999), influenciaram de modo importante Franco Basaglia (Amarante, 1996)

produziu importantes modificações de ordem social, política e econômica em nosso país. Dessa forma, o hospital psiquiátrico brasileiro é erguido sob um regime disciplinar e sustentado pelos ideais positivistas de “ordem e progresso” que organizam a vida social de então e que são, por assim dizer, importados da vida européia e suas instituições. Com uma diferença cronológica em relação à realidade européia, o hospital psiquiátrico brasileiro é erguido num contexto em que operam não apenas o regime disciplinar de controle dos corpos individuais, mas também outra tecnologia de poder que se integra à disciplina, uma tecnologia que Foucault (1999) vai chamar de biopolítica<sup>26</sup>.

Nesse contexto das instituições disciplinares, a medicina passa a ter, a partir da metade século XVIII na Europa e da metade do século XIX no Brasil, a

função maior da higiene pública, com mecanismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população (Foucault, 1999, p. 291).

Dessa forma, tais elementos históricos da loucura e da psiquiatria permitem analisar como a medicina é social e como, sobreposta ao poder disciplinar presente nas instituições psiquiátricas, uma “biopolítica” opera. Segundo Foucault (1999), esta outra tecnologia de poder aparece sem excluir a disciplinar, mas a “integra, modifica parcialmente e que, sobretudo, vai utilizá-la implantando-se de certo modo nela, e incrustando-se efetivamente graças a essa técnica disciplina prévia” (pp. 288-289).

A tecnologia biopolítica caracteriza-se pela gestão da vida incidindo já não mais sobre os indivíduos (como no sistema disciplinar), mas sobre a população que passa a

---

<sup>26</sup> Obviamente, existem outros condicionantes que marcam as diferenças entre o contexto europeu do brasileiro que não é nossa intenção tratar diretamente aqui. O que queremos destacar é que, no Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico é inaugurado na segunda metade do século XIX, quando na Europa o regime disciplinar e as instituições em que ele opera datam ainda do século XVII. Assim sendo, o hospital psiquiátrico surge no Brasil como uma instituição disciplinar, mas que está já configurada dentro de uma lógica biopolítica que se configurava na Europa a partir de demandas de ordenamento das populações e cidades.

ser controlada, regulada em seus processos biológicos (tais como a reprodução, a natalidade, a mortalidade e o nível de saúde). Ela dirige-se, assim, à vida dos homens, à espécie humana, e não aos corpos individuais, mas a todos os corpos vivos da espécie. Há, então, uma segunda ordem de poder que não é mais individualizante, como na disciplina, mas é massificante, uma vez que forma “uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida” (Foucault, 1999, p. 289).

Para tanto, a biopolítica vai lançar mão de mecanismos (tais como as estatísticas, as previsões, etc.) que têm funções de intervir naquilo que determinam fenômenos globais, amplos, populacionais, diferentemente dos mecanismos disciplinares que vão tratar de modificar tal indivíduo ou fenômeno especial nele localizado<sup>27</sup>. Dessa forma, há dois eixos ou pólos em que o biopoder opera: a disciplina e a biopolítica.

Os hospitais psiquiátricos, por sobreposição desses eixos do biopoder que neles atuam, a partir do século XIX têm uma dupla função de normalização: controlar os corpos individuais mentalmente perturbados, disciplinando-os através de uma “anatomo-política do corpo”, e proteger a população da desordem que estes corpos podem produzir na vida desta, regulamentando-a através de uma “biopolítica da população” (Foucault, 1988, p.131). Operam no hospital psiquiátrico, então, as tecnologias disciplinares de manipulação do corpo individual tornando-o dócil e útil e as tecnologias regulamentadoras que agrupam uma parte da população cuja doença ou perturbação mental e sua improdutividade ameaça a vida da população em geral.

Nesse contexto, a loucura passa a ser também um fenômeno fruto de processos biológicos que precisam ser mapeados e controlados a fim de garantir a produção e reprodução da vida em geral, respondendo a políticas de ordem institucional e estatal,

---

<sup>27</sup> Vale aqui ressaltar que o conceito de biopolítica vai ser retomado por outros autores (tais como Deleuze, Hardt e Negri e Pélbart) adquirindo também o sentido de potência de vida, potência de criação/invenção de vida que operaria nas sociedades contemporâneas como uma contra-força aos mecanismos de biopoder, de poder sobre a vida, tal como veremos mais adiante.

que então operam de modo articulado. Dessa aliança entre o saber psiquiátrico e o biopoder emergem os sistemas de vigilância e normas de vida que configuram as formas como a sociedade vai significar e se relacionar com o louco e a loucura e com as quais nos encontramos ainda hoje na realidade daqueles internos em hospitais psiquiátricos. Configura-se, então, “o paradigma psiquiátrico clássico” que

Transforma a loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito [moderno] precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma correlação e identificação entre punição e terapeutização, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e equilíbrio (Amarante, 1995, p. 46).

Nessa direção, é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, com a qual a psiquiatria, “coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção” (Amarante, 1994, p. 78). E é com esse poder sobre a vida que a psiquiatria “não se limita a estabelecer modelos ideais de comportamento individual”, mas sustenta uma ideologia segundo a qual ela deve “operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar de natureza humana” (op. cit. p. 78). E nessa “concepção modelar” do humano não cabem loucos, pobres e negros que representam a escória social e precisam então ser higienicamente banidos do espaço social<sup>28</sup>. Constitui-se, assim, uma psiquiatria com características marcadamente racistas e eugênicas, em relação às quais os movimentos de reforma fazem frente. Psiquiatria esta que resiste e apresenta-se como uma forte e velha senhora na vida dos asilos

---

<sup>28</sup> Remetemo-nos aqui ao brilhante e comovente livro “A cidade dos Sábios: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades” de Luís Antônio Baptista, publicado em 1999, sobre o percurso de uma negra escrava na cidade do Rio de Janeiro que nos narra estes esforços higiênicos.

brasileiros. Uma velha senhora que vigiou, puniu e controlou por vários anos as vidas de Zé, Lindalva, Ronaldo, Cláudia, Rosa, Alberto, Bernardo<sup>29</sup>, entre tantos outros moradores e ex-moradores de hospitais psiquiátricos, personagens desta história que, apesar de tudo, também resistem no sentido mais vital do termo.

Diante da constatação dessas resistências, nos perguntamos como operam hoje estas tecnologias de poder sobre a vida no contexto do Serviço Residencial Terapêutico? Como operam estes poderes na vida destas pessoas que, marcadas pela institucionalização, inventam a vida fora do hospital? Que resistências aos poderes constituídos pela velha senhora são estas? Retomamos, assim, o conjunto de questões colocadas sobre os mecanismos de poder presentes que indicam a lógica manicomial em operação.

## **2. Biopolítica e Resistência: pensando os rumos da Reforma Psiquiátrica**

*Ai de nós! Aproxima-se o tempo em que o homem não  
mais arremessará a flecha do seu anseio para além do  
homem e em que a corda do seu arco terá desaprendido a  
vibrar!*

*Eu vos digo: é preciso ter ainda caos dentro de si, para  
poder dar à luz a uma estrela dançante. Eu vos digo: há  
ainda caos dentro de vós!*

*(Nietzsche, 1885/2005, pp. 40-41)*

Para pensarmos sobre os regimes de poder em jogo no contexto dos SRTs, precisamos atentar para os movimentos da vida contemporânea, para os nossos modos de subjetivação no cotidiano. E quando dirigimos nosso olhar para tais movimentos, percebemos que a concepção crítica da loucura persiste e ganha proporção, apesar dos seus evidentes e violentos efeitos e dos movimentos políticos da luta antimanicomial e suas conquistas. Poderíamos dizer que não apenas aquelas imagens e sentidos da

---

<sup>29</sup> Nomes fictícios paraos moradores do SRT de Natal.



“loucura-doença mental” se reproduzem, mas que também corremos o risco de perdermos a possibilidade de experimentar a “loucura-desrazão”, como nos adverte Foucault, numa espécie de “profecia”:

Talvez, um dia, não saibamos mais muito bem o que pode ter sido a loucura. Sua figura terá se fechado sobre ela própria, não permitindo mais decifrar os rastros que ela terá deixado. (...) Tudo o que experimentamos hoje, sob o nosso limite, de estranheza ou do insuportável, terá alcançado a serenidade do positivo (Foucault, 2006, p. 210).

Aqui, a partir de uma “arqueogenealogia”<sup>30</sup> de discursos e práticas que evidenciam as mutações que vem acontecendo na experiência da loucura, Foucault anuncia a possibilidade de desaparecimento de sua face trágica e produtiva, restando apenas a doença mental ou nem ela. Foucault (2006) nos adverte que, pelo processo de controle dos sintomas psicopatológicos pela farmacologia, pela descrição rigorosa dos desvios de comportamento e pelo aperfeiçoamento de certas técnicas (médicas, pedagógicas e “psi”) a loucura será cada vez mais transformada numa entidade clínica normatizada e controlada, desfazendo-se o enlace entre loucura e doença mental que dura desde o século XVII.

O que tende a se esvaziar é esta ligação entre os signos loucura e doença, colocando na cena contemporânea o signo doença mental cada vez mais próximo das afecções orgânicas, tornando-o passível de controle e cura. E assim, apagar-se-ão os resquícios disruptivos e transgressivos presentes na “loucura” e que têm impedido o efetivo “isolamento” do signo “doença mental”. Essa projeção nos indica que estão cada vez mais evidentes os homens de lata produzidos pela psiquiatria!

E tais sentidos e imagens da loucura-doença mental vão revelando sua força e intensidade no cotidiano de todos nós. Sua presença revela-se a cada vez nos discursos e

---

<sup>30</sup> Utilizamos aqui o termo conforme Rodrigues (2007) quando trata da influência de História da Loucura de Foucault, em terras brasileiras.

práticas de vigilância, de controle dos excessos, de nomeação da patologia, de classificação, de ajustamento do comportamento a uma normalidade “desejada” e conseqüente homogeneização das subjetividades.

Analisemos, então, duas cenas destacadas nos quadros abaixo através de três vetores: 1) a presença dos manicômios na vida contemporânea; 2) as marcas que essa presença produz e 3) os mecanismos que a sustentam.

### **Cena um: Loucos passeiam num shopping**

Numa entrevista, uma das técnicas que acompanham os moradores ex-internos nos fala do primeiro “passeio” pela cidade dos moradores no período de transição do hospital psiquiátrico para a residência da seguinte maneira:

*“O primeiro passeio foi pra o shopping. Não sei por que a gente escolheu o shopping, mas... nós fechamos o shopping literalmente! (risos) Pelo menos nos olhares nós fechamos. Todos os seguranças foram acionados, os rádios ligados, observando a gente. [Mas como se percebia que eram internos de um hospital psiquiátrico?] Ah, tinham alguns que ainda usavam a farda do JM [hospital psiquiátrico]. (...) Foi muito interessante por que quando eles olhavam pras vitrines admirados. E alguns diziam: porque que eu não posso ter uma roupa dessas? Como é bonito! E queriam pegar nas pessoas que passavam. Alguns viam as crianças e queriam pegar nas crianças num ato carinhoso, mas as pessoas recusavam. E aí na praça de alimentação, num público maior e eles daquele jeito comendo com a mão. Aqueles gestos assim... que o shopping parava olhando. E a gente percebia mesmo os seguranças todos em alerta” (A., técnica da SMS, em entrevista no dia 24/01/2007).*

Nessa cena as marcas da institucionalização e a lógica manicomial em operação vão se revelando em sua extensão e intensidades. Corpos ainda animalizados, entorpecidos e enlatados em “espécimes nosográficas” e vestes hospitalares não passam despercebidos. Convocam o olhar, suscitam o medo e a recusa. Sua estranheza escancara a diferença. Perambulando no templo do consumo, a loucura, em sua face trágica, é injusta e violentamente pobre e impotente.

A lógica manicomial produzida historicamente é aí reforçada por valores tipicamente capitalísticos faz mover a máquina desejante e opera sob a forma da recusa, da inacessibilidade ao consumo pelos loucos pobres, do olhar vigilante e temeroso presentes no shopping ou em qualquer espaço na vida contemporânea quando a diferença e a desigualdade social se apresentam de modo mais radical.

O que essa cena nos indica são os mecanismos de poder que controlam e regulam nossas vidas e nossa relação com a diferença e os diferentes. No shopping, templo também (e não por acaso) da normalidade e ícone da vida contemporânea, tais mecanismos tornam-se ainda mais evidentes. E mais: além do tempo e da história, estes mecanismos atravessam os espaços para além dos manicômios, participam e compõem a nossa vida. Assim, se facilmente identificamos os “homens de lata” nas figuras dos internos institucionalizados e medicalizados que passeiam inusitadamente num shopping, também é possível perceber nessa mesma cena- ainda que não tão facilmente - a presença sutil, intensa e cotidiana da lógica manicomial capturando os desejos dos passantes no shopping e convertendo-os em homens de lata, insensíveis e impermeáveis a alteridade, tão aprisionados que estão em suas necessidades de consumo e homogeneização. Pelo consumo, cada um mais igual aos outros constrói para si as amarras quase invisíveis da intolerância à diferença.

Mas como essa lógica opera em nossas vidas de modo a sustentar a face crítica da loucura-doença mental e a reproduzir os manicômios (os visíveis e os não tão visíveis) entre nós? Os mecanismos de poder que mantém essa lógica hoje são os mesmos fundam e sustentam os manicômios e a psiquiatria clássica? Eles operam em relação ao processo de desinstitucionalização e à própria luta antimanicomial? Como?

### **Cena dois: Ainda se luta em favor dos hospitais psiquiátricos!**

Andando pelas ruas, no entorno da minha casa, bem próximas ao principal manicômio local, encontro no cruzamento de duas grandes avenidas cartazes colados em muretas com a seguinte frase estampada em letras garrafais pretas e vermelhas: “Loucura? Loucura é a falta de leitos psiquiátricos!”. Descubro que os cartazes eram propaganda de um movimento iniciado no Rio Grande do Sul, pelo Sindicato dos Médicos deste Estado (SIMERS), e apoiado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) contra a política de saúde mental que visa à redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, sob o argumento de desassistência aos portadores de transtornos mentais que esta política estaria produzindo<sup>31</sup>.

Nessa cena fazemos uma constatação: a luta em favor dos hospitais psiquiátricos ainda é uma realidade! E mais: essa luta facilmente dissemina-se pelo país e vai progressivamente ganhando forças, poderosamente ganhando recursos da rica máquina hospitalar, sutilmente entrando em nosso cotidiano, espalhando-se pela cidade. De modo insuspeito, os cartazes figuram em diferentes cantos da cidade, os seus idealizadores invadem a televisão, associam-se a entidades e organizações de amigos, familiares e usuários no campo da saúde mental e, com base em argumentos “humanitários”, desqualificam a rede de serviços substitutivos ou a qualificam de insuficiente e incompetente. Resquícios pinelianos entre nós...

Tal constatação, dentre outras com as quais nos deparamos no cotidiano, nos faz concordar com Rodrigues (2007) quando, analisando o movimento brasileiro de

---

<sup>31</sup> Desde que o movimento foi lançado em julho de 2007, várias notícias foram veiculadas na mídia (Jornal O Globo de 9/12/2007 e site da ABP, notícia de 29/02/2008, por exemplo) e o referido movimento vem ganhando adeptos em todo o país (tais como os Conselhos Regionais de medicina e a Associação Brasileira de Usuários do SUS), assim como opositores (como os Conselhos Federal de Psicologia e suas regionais).

desinstitucionalização e sua configuração no período de redemocratização na década de 1980, afirma:

é inegável, todavia, que durante o mesmo período, com prolongamentos até o presente, mantém-se uma vigorosa defesa, por parte de setores outros, de variadas formas de enclausuramento da loucura, a um ponto tal que nos levaria a afirmar, caso a problemática aqui abordada fosse diferente, que tanto ou mais do que uma luta *antimanicomial*, temos desenvolvido no Brasil, um árduo processo de *anti-luta manicomial*” (p.55) (grifos da autora).

Essa afirmação nos conduz à pergunta: como, então, caminha o movimento de luta antimanicomial brasileiro inspirado nas proposições basaglianas de desinstitucionalização? A referida constatação nos indica dois caminhos de análise decorrentes um do outro. Um deles é aquele relativo aos argumentos que sustentam essa *anti-luta manicomial* de modo que possamos identificar quais são os mecanismos utilizados e como atuam as forças instituídas. Ou seja, cabe num primeiro momento refletir sobre por que as forças representadas por esse movimento em favor dos leitos psiquiátricos ganham espaço e operam cotidianamente em campanhas como essas. E esse percurso analítico está necessariamente vinculado à análise dos limites e problemas que a luta antimanicomial brasileira enfrenta, de modo a dar espaço para uma “*anti-luta manicomial*”. Outro caminho de análise é aquele que procura refletir sobre a potência da luta antimanicomial, indicando para o que devemos estar atentos nessa luta e quais os rumos que ela pode tomar considerando o panorama da nossa sociedade atual. Ou seja, nesse segundo caminho de análise nos perguntamos: para o que devemos estar atentos e contra o que resistir quando nos implicamos em lutas por uma sociedade livre e justa, como é o caso da luta antimanicomial, em que a saúde possa representar a construção de possibilidades de vida para todos e cada um na sociedade contemporânea?

Considerando o primeiro caminho de análise, podemos indicar que o referido movimento em favor dos leitos psiquiátricos sustenta-se em mecanismos biopolíticos que na sociedade contemporânea são potencializados pelo argumento do risco e do medo tão presentes atualmente. Periculosidade, contágio, marginalidade, exclusão. Eis o que representa a loucura “desassistida” nessa lógica do biopoder. Na sociedade contemporânea, como afirma Rodrigues (2007), “os riscos devem ser calculados: alienado o louco não mais d’Razão (ou d’Verdade), mas de Sua (Humana demasiado humana) Verdade (...) posso me reconhecer nele, decerto, mas como risco, jamais como invenção/criação de outros mundos possíveis” (p. 58).

Assim, não é pela saúde dos “loucos” enquanto construção de possibilidades de vida livre que se luta nesse movimento, mas para minimizar o risco de ter os “loucos” na rua, desassistidos, “perturbando”. No entanto, percebemos que se luta menos para afastar a desrazão do que para esconder e excluir a face da miséria e da pobreza nesses “depósitos” que pouco diferem dos “hospitais gerais” no “grande internamento”. Ou seja, o que perturba o shopping e exige vigilância parece ser menos a “doença mental”, que a miséria daquelas pessoas que caminham mal vestidas e comem como “loucos” as fartas guloseimas ali ofertadas no templo do consumo. E, nesse contexto, o hospital psiquiátrico continua, desde o século das luzes, a cumprir sua função social de manter afastadas as classes menos abastadas, mercantilizando a loucura que “com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados”, repito ainda Foucault (1978, p.63). Por isso, luta-se pela manutenção da velha aliança com o Estado no controle social da pobreza. Luta-se pelo aumento do número de leitos psiquiátricos e conseqüente manutenção do lucrativo aparato institucional psiquiátrico que têm sido hoje alvo da política de desospitalização e ampliação de uma rede substitutiva. Dessa forma, o hospital psiquiátrico e seus leitos figuram ainda (e como

figuram!) na realidade brasileira como principal *locus* da assistência aos portadores de transtornos mentais, aos pobres perturbados de toda ordem, respondendo a demandas que vão muito além de clínicas, mas são sociais, culturais e econômicas. E esse argumento é reforçado quando consideramos que há hoje no Brasil cerca de 12.600 pessoas literalmente morando nos hospitais psiquiátricos, o que representa 30% do total de leitos psiquiátricos existentes (Furtado, 2006). Isso equivale a dizer que 30% da demanda de leitos psiquiátricos são, sobretudo, de moradia e alimentação.

Pensando nas conquistas concretas da luta antimanicomial, sabemos que no processo de desinstitucionalização brasileira há uma política efetiva de redução de leitos psiquiátricos que tem conseguido avançar nos últimos 20 anos, de tal modo que dos mais de 72.000 leitos em 1996, contamos no final de 2005 com pouco mais de 42.000 (MS, 2005a).

Seguindo as diretrizes da política de desospitalização, em função dessa redução implica de leitos psiquiátricos, há uma efetiva ampliação de uma rede de serviços substitutivos, com a ampliação do número de 424 CAPS em 2002 (MS, 2005) para 1153 em 2007, distribuídos nas cinco regiões do país (MS, 2007).

No entanto, quando consideramos o número de leitos psiquiátricos ainda existentes, percebe-se que a oferta de CAPS, por exemplo, ainda é insuficiente para atender a toda a demanda no campo. Assim, enquanto a rede substitutiva não oferece cobertura suficiente para tal demanda, contra-forças à luta antimanicomial operam, ganham visibilidade (e poder) e multiplicam-se em campanhas como aquelas da cena dois que enfraquecem o processo de desinstitucionalização.

Entretanto, diante dos mecanismos biopolíticos atuais que sustentam e operam nesta “anti-luta manicomial”, a resistência não pode ser pensada como focada na

ampliação de serviços substitutivos para dar conta da cobertura assistencial. Ela precisa operar na complexidade e flexibilidade destes mecanismos na vida.

Em relação à complexidade do processo de desinstitucionalização tendo em vista que “a superação das instituições de violência é uma exigência ética, técnica, política e cultural” (Basaglia, 1985, p. 49), lembramos de Amarante (1996) ao propor que se pensem os pilares da desinstitucionalização em quatro campos essenciais, quais sejam: (1) o campo teórico-conceitual, que está intimamente ligado a desconstrução e reconstrução de conceitos que originaram e sustentam a psiquiatria, tais como doença mental, normalidade e anormalidade; (2) o campo técnico-assistencial, no qual se busca a criação de novas práticas e serviços como espaços destinados à socialização, trocas e produção de subjetividades e que se tornem substitutivos, ao invés de alternativos, ao modelo terapêutico tradicional; (3) o campo jurídico-político, que é responsável pela execução de novas possibilidades de cidadania, trabalho e inserção social para os ditos loucos de todo o gênero, através de uma revisão das leis sanitária, civil e penal; (4) o campo sócio-cultural, que engloba os demais à medida que tenta promover mudanças no imaginário social, através de práticas sociais que constroem a solidariedade e o respeito à diferença.

Esses campos, segundo Amarante (1995), são importantes porque evidenciam os obstáculos ideológicos, políticos e sociais que o processo da reforma tem passado desde seu início até os dias atuais, sendo considerado como um processo histórico, crítico e prático. E é, considerando essa complexidade e atentos para estes mecanismos em cada um desses campos na vida cotidiana, que podemos resistir à reprodução dos manicômios através de estratégias de criação de possibilidades de vida e de novas formas de lidar com a loucura.



Os mecanismos de poder que sustentam a lógica manicomial têm suas bases em certos regimes de “poder sobre a vida” (biopoder) que, como vimos, estão presentes desde a configuração da psiquiatria como disciplina científica e do hospital psiquiátrico como *locus* de tratamento da “loucura-doença mental”. Na contemporaneidade, tais mecanismos ganham outras configurações e dirigem-se aos modos de subjetivação e à própria noção de vida. Assim, no “passeio dos loucos ao shopping” não estão presentes apenas os mecanismos disciplinares e biopolíticos regulamentares da psiquiatria, mas em toda uma micropolítica da vida cotidiana operando através de outros mecanismos biopolíticos para os quais devemos estar atentos na luta antimanicomial.

Deleuze (1992) sugere que o “poder sobre a vida” encontra-se diluído hoje na chamada “sociedade mundial de controle”, através do cruzamento entre a norma da disciplina e a norma da regulamentação, produzindo outros mecanismos de poder. Essa sociedade substitui a chamada sociedade disciplinar, tal como proposta por Foucault. Segundo Romagnoli, Paulon, Dimenstein & Amorim (2008) esse tipo de sociedade surge depois da Segunda Guerra Mundial, como mutação do capitalismo e sustenta-se na crise das instituições disciplinares, o que conduz à configuração e implantação de um novo modo de dominação.

Tal mutação do capitalismo produziu, segundo Guattari e Rolnik (1986), um “capitalismo mundial integrado” que produz interferências constantes nos modos de subjetivação. Para esse autor, tudo o que é produzido pela “subjetivação capitalística” e que nos chega pela linguagem, pela família e pelos equipamentos que nos rodeiam não é apenas uma questão de transmissão de significações, mas também de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as máquinas de controle social (como a mídia, por exemplo) e as instâncias psíquicas que definem a maneira de viver e perceber o mundo e que funcionam segundo uma lógica de massificação e

homogeneização das subjetividades. Assim, o que fica evidente no passeio dos loucos ao shopping para nós é a massa homogênea dos consumidores que deixa a diferença escancarada, ainda mais explícita, entre os loucos não consumidores e os consumidores “normais”. Exercitando outra sensibilidade, numa perspectiva micropolítica de olhar, poderíamos dizer que os loucos escapam a tal homogeneização, seja pela institucionalização que os homogeneizaram em outro sentido, seja pela simples resistência da loucura em conformar-se a padrões.

Concebida dessa maneira, a produção de subjetividade se dá em diferentes níveis de existência e de modo a incidir sobre as representações, percepções e afetos, através de dispositivos que estão diluídos nas coletividades, para além das consciências individuais. Isso porque os indivíduos são entendidos como resultado da produção de massa – são serializados e modelados – enquanto que a subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo, no social ou mesmo na interioridade.

Na “sociedade mundial de controle”, de acordo com Deleuze (1992), controles implícitos da vida nos atravessam de modo insistente e insuspeito através do funcionamento em redes flexíveis e fluidas de informação e comunicação que conduzem seus domínios de ação sobre os processos de subjetivação. Há, com o enfraquecimento dos “muros disciplinares” no sentido físico, um transbordamento da lógica de poder para outros setores da vida, fazendo-nos “prisioneiros a céu aberto” (Pélbart, 2000, p. 29). Isto não implica, contudo, numa extinção das formas disciplinares de lidar com a loucura, mas, antes, uma pulverização da disciplina e da regulamentação por todos os espaços e tempos de vida. É assim que, não por acaso, os cartazes em favor dos leitos psiquiátricos nos assaltam no trânsito da cidade e podem nos mobilizar sutil e eficazmente para o movimento em questão.

Dessa forma, os mecanismos de controle e poder não estão mais evidentes ou claramente delimitados como nas instituições totais psiquiátricas tradicionais estudadas por Goffman (1961), mas estão presentes nos controles implícitos de espaço e tempo a que todos estão sujeitos nos processos de “fabricação de subjetividades” na contemporaneidade (Guattari & Rolnik, 1986; Deleuze & Guattari, 1995). E, nesses processos, os nossos desejos são alvo dessa lógica. Ou seja, na sociedade de controle configuram-se aquilo que Machado e Lavrador (2001) chamam de “desejos de manicômios”

que se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para lidar com ele (p. 46).

Há, então, uma dispersão dos mecanismos biopolíticos na sociedade atual de modo que, de acordo com Pélbart (2003) e Romagnoli (2007), o termo biopolítica, tal como proposto por Foucault (1988), sofre um deslocamento de ordem conceitual e política na concepção de Hardt e Negri (2005). Nesse deslocamento, o termo biopolítica articula-se com a própria noção de vida, deixa de ser prioritariamente a perspectiva do poder e de sua racionalidade sob o objeto passivo da vida das populações e “passa a designar potência de vida, tanto para ser explorada, serializada, homogeneizada, como para atuar como resistência” (Romagnoli, 2007, p. 99). Isto por que, para esses autores, a vida deixa de ser definida apenas por processos biológicos que afetam a população e passa a ser entendida como

inteligência, afeto, cooperação, desejo (...) aquém da  
divisão corpo/mente, individual/coletivo,  
humano/inumano, a vida ao mesmo tempo se pulveriza e  
se hibridiza, se dissemina e se alastra, se moleculariza e se

totaliza. Ao deslocar-se de sua acepção predominantemente biológica, ganha uma amplitude inesperada e passa a ser definida como poder de afetar e ser afetado” (Pélbart, 2003, p. 25).

E, assim entendida, essa “potência da vida” seria a sua própria capacidade de diferir, de variar que operaria tanto como sua tendência à reprodução e à captura na dispersão. Poder e resistência lançam mão das mesmas estratégias, relativas aos espaços micropolíticos onde a vida é capturada e também ganha força é inventada. Dessa forma, mediante estes novos mecanismos do poder, não cabe pensar a resistência apenas como negação ou oposição às forças em jogo, mas como a própria invenção da vida, a produção de “dispositivos singulares que não estejam a serviço da serialização instituída” (Romagnoli, 2007, p. 100).

Aqui vale ressaltar que consideramos o conceito de micropolítica não no sentido lato, como uma “política menor” ou numa oposição a idéia de macropolítica ou “política de Estado”. Entendemos micropolítica como estratégia de resistência diante das formas de sujeição contemporâneas. Como nos sugere Alarcon (2005), a micropolítica opera enquanto uma “luta contínua, perene, que se faz resistindo aos poderes miúdos, isto é, diferentes daqueles que se concentra nas formas jurídicas do Estado, mas que o sustentam de forma sub-reptícia na trama das pequenas relações do dia-a-dia” (pp. 253-254). Assim, é a partir das micropolíticas, tal como na luta diária entre a loucura e o manicômio, que se podem vislumbrar transformações de ordem macropolítica.

Em termos macropolíticos já alcançamos, como visto acima, um cenário favorável a partir das lutas pela configuração e efetivação de uma política pública que permite a progressiva “redução” dos manicômios, a construção de uma rede substitutiva e a formação de um conjunto de atores comprometidos com a desinstitucionalização

como desconstrução de saberes e práticas manicomiais<sup>32</sup>. No entanto, quando apontamos para a existência desta lógica manicomial e como ela opera nas subjetivações, indicamos que o foco na macropolítica é insuficiente. Isto por que, como sinaliza Pélbart (2000), o poder de criar, administrar e controlar a vida, aqui entendido sob a forma da lógica manicomial,

não vem só de cima, do Estado, ou da governamentalidade. É preciso admitir que acontece também “embaixo”: esse poder de criar e promover vida (...) é exercido por todos e qualquer um, sobretudo num momento de economia imaterial em que mais e mais a produção se estende a serviços e requerem e formatam subjetividade (p. 27)

Assim, a estratégia macropolítica na luta antimanicomial é insuficiente também por que é alheia ao cotidiano onde as singularidades e os processos de singularização (Guattari & Rolnik, 1986) estão em jogo produzindo diariamente resistências aos manicômios. Para Guattari e Rolnik (1986), os processos de singularização são os modos de subjetivação singulares que se opõem à produção de subjetividades serializadas no mundo capitalístico atual. Esses processos seriam uma maneira de recusar os modos preestabelecidos de subjetivar-se “para construir, de certa forma, modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular” (p. 17). Esse autor adverte que, na sociedade contemporânea, esses processos são capturados pela lógica serializante e homogeneizante, por que “tudo que é do domínio da ruptura, da surpresa e da angústia, mas também do desejo, da vontade de amar e de criar deve se encaixar de algum jeito nos registros de referência dominantes” (p. 43).

---

<sup>32</sup> Destacamos o termo **redução**, pois na própria proposição da política de saúde mental brasileira, a partir da lei Paulo Delgado, não há a **extinção** dos manicômios como norte, colocando, inclusive em termos macropolíticos, o poder que a “anti-luta manicomial” tem.

A estratégia macropolítica dessa luta também é insuficiente por que 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. E, 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 e que haja a potente permeabilidade com os espaços da cidade, do *socius*, como já indicava Basaglia.

É, nesse sentido, que certos movimentos nos chamam a atenção e destacamos aqueles vividos numa reunião entre técnicos do SRT, coordenação do CAPS de referência e gestores da secretaria municipal de saúde com a nossa participação. Nessa, ao discutirmos o caso de uma das moradoras que se recusa a participar das atividades do CAPS, duas das técnicas o SRT apontam a importância de criar alternativas no cuidado a esta moradora como, por exemplo, procurar sair mais de casa com ela e indicam que para tanto precisariam de mais apoio da rede de saúde. Diante dessa solicitação, a coordenadora do CAPS pede a palavra e lembra a todos um filme sobre “um caso de psicose” em que a família resolve sair de casa com o seu “psicótico” e esse sofre “muita recusa e preconceito das pessoas na rua”, fazendo refletir que é preciso “ter cuidado” ao sair “com os portadores de transtorno na rua” para não “sofrerem com este preconceito”. A coordenadora defende ainda que os técnicos precisariam ser melhores “preparados” para sair com os usuários e poderem “suportar esse preconceito”. A essa fala as técnicas do SRT respondem: “- As coisas não são bem assim na nossa experiência lá na casa, não! A gente tem saído com eles (os moradores) e eles sempre são bem acolhidos por onde temos ido”. E apresentam inúmeras evidências que desconstroem a preocupação da coordenadora do CAPS.

Dessa forma, percebemos que a lógica manicomial envolve-nos a todos, dentro e fora dos hospitais psiquiátricos, de tal modo que “as novas modalidades terapêuticas, tais como os serviços substitutivos, não garantem por si só a superação desse desejo de exclusão e de exploração que carregamos” (Alverga & Dimenstein, 2006, p. 301). Ou seja, implementar uma política de desospitalização não conduz necessariamente a um processo de desinstitucionalização enquanto resistência à lógica manicomial e a tudo que ela representa nos diferentes campos em que ela opera. Assim, devemos estar atentos ao fato de que “uma vez capturados em algum nível por essa lógica manicomial, as equipes inseridas nos serviços de saúde mental podem, sem se dar conta, reproduzir a institucionalização e, portanto, afirmar o manicômio” (Alverga & Dimenstein, 2006, p. 300).

Percebemos a afirmação do manicômio ao tomar a “loucura-doença mental” como foco no trabalho junto aos “portadores de transtorno”, no temor da coordenadora do CAPS em experimentar sair do serviço e, por esse temor, conformar e burocratizar o trabalho restrito ao CAPS. Aqui a prudência e o cuidado, condições para o trabalho em saúde, são tomados como argumentos que sustentam a lógica manicomial. Prudência e cuidado que, de outro modo, a experiência das cuidadoras do SRT, em vários momentos, revela ser conciliável com a experimentação do fora, com a circulação na cidade, ao inventarem a cada vez formas e estratégias de lidar com os manicômios invisíveis que operam no cotidiano.

E, para que a invenção tenha lugar, é preciso considerar que a luta pela liberdade e pela vida é também uma luta pelo “direito à desrazão” (Pélbart, 1990). Isto por que não basta acolher o louco, relativizando a loucura compreendendo historicamente seus determinantes sociais, se continuarmos mantendo “intacto um outro manicômio, em que confinamos a desrazão”. O desafio da luta antimanicomial estaria, para Pélbart (1990),

em libertar o pensamento da “racionalidade carcerária”, o que seria “uma tarefa tão pungente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios. Isso significa que no plano de nossa geografia cultural e política é preciso recusar o Império da Razão” (p. 134-135).

No entanto, nesta perspectiva biopolítica, a luta (micro) política consiste, antes, em resistir que recusar ao império da Razão no fazer cotidiano dentro e fora dos serviços de saúde, nos espaços de trabalho, de formação, de circulação na cidade. Não se trata de recusar, no sentido de negar ou se opor ao Império da Razão. Trata-se de, assumindo a presença sutil e capilar desse Império em nós e a ele resistir. Trata-se de resistir ao paradigma moderno que se fundamenta nos princípios de igualdade, fraternidade e liberdade no sentido da concessão de direitos e que se reproduz nos espaços de formação profissional em conformações tecnológicas baseadas nos humanismos dos “homens de boa vontade” que tutelam, argumentando em favor do cuidado, e reduzem as subjetividades a “indivíduos” limitados em suas possibilidades de saber, desejar, viver. Trata-se de resistir ao princípio humanitário de reinserir e reabilitar socialmente aqueles que estão marginalizados, culpabilizando-os e desqualificando-os como sujeitos “ainda não” sociais (em busca de cidadania). A luta pela emancipação da vida, como afirmam Alverga e Dimenstein (2006), não se resume a uma luta por direitos e cidadania como concessões inventadas pela modernidade e que não servem para aqueles que colocam em questão justamente o nosso modo de se organizar socialmente em que não há lugar para a diferença, as singularidades e a multiplicidade que a vida pode ter.

Nessa direção, Hardt e Negri (2005) quando analisam os movimentos de resistência na perspectiva biopolítica contemporânea, propõem que essa seja pensada operando a partir do que chama de “lutas em rede”. Entendendo que os mecanismos de



poder atuam sobre a vida hoje através de “redes flexíveis, moduláveis e flutuantes” - ampliando seu alcance, penetração, intensidade e capacidade de mobilização e conversão das subjetividades - esses autores propõem que pensemos a resistência também pela via das “lutas em rede” como produções biopolíticas possíveis.

O exército moderno produziu o soldado disciplinado capaz de cumprir ordens, como o operário disciplinado da fábrica fordista [como o doente mental disciplinado dos manicômios!] (...) Mais uma vez, a luta em rede, como a produção pós-fordista, não recorre da mesma maneira à disciplina: seus valores fundamentais são a criatividade, a comunicação e a cooperação auto-organizada. Naturalmente, esse novo tipo de força resiste e ataca o inimigo como sempre fizeram as forças militares, mas cada vez mais o seu foco é interno – produzir novas subjetividades e novas formas expansivas de vida dentro da própria organização (Hardt e Negri, 2005, p.121).

Tais lutas em rede seriam possíveis através do que chamam de “inteligência do enxame” como uma inteligência que diz dessa capacidade de infiltração, mobilização e articulação infundáveis, extensas e intensas a um só tempo, dos mais diversos agentes.

Os enxames que vemos surgir nas novas organizações políticas em rede, em contrapartida, são compostos por uma multidão de diferentes agentes criativos. O que adiciona várias camadas de complexidade ao modelo. Os membros da multidão não precisam tornar-se o mesmo ou abdicar de sua criatividade para se comunicar e cooperar entre eles. O que precisamos entender, portanto, é a inteligência coletiva que pode surgir da comunicação e da cooperação dentro de uma multiplicidade tão variada. (Hardt e Negri, 2005, p. 131-132)

Considerando essas características e modos de funcionamento dos mecanismos biopolíticos contemporâneos voltados para a criatividade e para a comunicação, seja em termos de captura, seja em termos de libertação, perguntamo-nos: como esses mecanismos têm operado na realidade concreta dos serviços substitutivos, mas precisamente, dos serviços residenciais terapêuticos? Que atravessamentos incidem na construção das possibilidades de vida para os moradores de residenciais terapêuticos e

que apontam para a reprodução/captura e para a criação/emancipação nos diferentes dispositivos e estratégias de cuidado e na sua concepção e configuração como serviço e casa? Considerando a realidade desse dispositivo produzido pela luta antimanicomial, a que devemos resistir e para o que devemos estar atentos a fim de não reforçamos ainda mais os argumentos a favor dos manicômios de toda ordem? Nesse sentido, que desafios, problemas e enfrentamentos o cuidado aponta no cotidiano micropolítico do trabalho da equipe do SRT? E o que propor diante deles? Eis as perguntas que norteiam a próxima cartografia.

### **Mapa 3 – Cartografando o cuidado no serviço residencial terapêutico: capturas, resistências e proposições**

*Palomar, que sempre espera o pior dos poderes e contra-poderes, acabou por convencer-se de que o que conta é aquilo que ocorre não obstante eles: a forma que a sociedade vai adquirindo lentamente, silenciosamente, anonimamente, nos hábitos, nos modos de pensar e de fazer, na escala de valores. Analisando assim as coisas, o modelo dos modelos almejado por Palomar deverá servir para obter modelos transparentes, diáfanos, sutis como teias de aranha; talvez até mesmo para dissolver os modelos, ou até mesmo para dissolver a si próprio. Neste ponto só restava a Palomar apagar da mente os modelos e os modelos de modelos. Completado também esse passo, eis que ele se depara face a face com a realidade mal padronizável e não homogeneizável, formulando os seus “sins”, os seus “nãos”, os seus “mas”.*  
(Calvino, 1990, p. 99)

Nas reuniões que acompanhamos, o “caso” de uma das moradoras foi amplamente discutido por trazer inúmeras questões e impasses na condução do cuidado para a equipe do SRT, para a equipe do CAPS e para os próprios moradores. Tais discussões colocavam-se como ricas em elementos para pensar o cuidado produzido no SRT e em outros dispositivos. Nessas discussões, as equipes do CAPS e do SRT pensavam em como iriam acolher novamente a moradora que, após sofrer um atropelamento em uma de suas “fugas”, passou três meses internadas num hospital geral e, quando voltou para o SRT, teve sucessivas crises psicóticas sendo, então, internada no hospital psiquiátrico de onde havia saído para morar no SRT<sup>33</sup>. O “caso”, tido por todos como difícil, mobilizava a todos e produzia nos técnicos envolvidos sentimentos de frustração, impotência, cansaço e mesmo rejeição. Três pontos convocavam nossa

---

<sup>33</sup> Vale ressaltar que estas discussões aconteceram, durante aproximadamente os dois meses que antecederam seu retorno ao SRT, em diferentes reuniões – reunião entre equipes CAPS e SRT, reuniões da equipe do SRT, reuniões desta com os moradores e reuniões das equipes com representantes da gestão.

atenção nas discussões: os questionamentos sobre a “escolha” da moradora para ir morar no SRT, a sua “não adesão” ao CAPS e as suas “fugas” constantes da residência. Esses três pontos funcionam para nós como “disparadores” na discussão acerca do cuidado no âmbito do processo de transição hospital psiquiátrico – SRT, da articulação SRT com a rede de saúde e outros setores, notadamente a relação SRT-CAPS de referência; e no âmbito do próprio SRT. Por que e como esta moradora havia sido escolhida? Quais os critérios foram utilizados na escolha dos moradores? Por que ela não “aderia” ao tratamento proposto no CAPS? Por que ela “fugia”, mesmo estando fora do hospital? Eis algumas das questões que circulavam nas reuniões e que orientam a cartografia que ora traçamos.

### **1. Pensando o cuidado na transição Hospital Psiquiátrico– SRT: (des) construção, dificuldades e resistências**

Quando analisamos os processos de implantação de SRTs no Brasil é possível identificar diferentes iniciativas e formas de conduzir o processo de transição entre o hospital e a casa, assim como diferentes critérios de seleção dos futuros moradores.

Em relação à forma de condução do processo, em Barbacena (MG), por exemplo, a implantação do primeiro serviço residencial aconteceu sem a preparação prévia dos futuros moradores, mas na segunda experiência, foram identificadas previamente as características e o desejo do grupo a ser desospitalizado. Já a terceira residência foi montada a partir da liderança de uma paciente que selecionou os pacientes que iriam morar com ela e os outros SRTs foram criados de acordo com as afinidades, preferências e características dos futuros moradores, além do interesse e simpatia de cada um deles por determinado bairro ou casa, tal como discutidos em diversas reuniões

realizadas com os moradores e o grupo de técnicos responsáveis pela transição (Vidal *et al.*, 2006).

Outro exemplo é o processo de Paracambi (RJ), no qual houve a implantação de 11 SRTs em um período de dois anos e, num segundo momento, estruturaram-se três casas de passagem, por ocasião da intervenção do Ministério da Saúde no hospital psiquiátrico da cidade, havendo a preparação dos futuros moradores nos dois momentos (Vidal & Guljor, 2006).

Em outras cidades do país, como foi o caso de Campinas (SP), de Santo André (SP), Porto Alegre (RS) e de Feira de Santana (BA), o processo de implantação de residenciais foi sendo feito a partir de discussões em equipe de profissionais e com os futuros moradores sobre a vida fora do hospital. Além disso, houve a articulação com cooperativas, programas educacionais, entre outros no processo de transição entre o hospital e a casa. Nessas experiências, os moradores participaram das escolhas quanto ao local, ao grupo a ser companheiro de moradia, entre outras coisas que implicavam mudanças na vida de cada um, assim como houve momentos de circulação na cidade no processo de transição.

Na experiência de Natal, a implantação do SRT nasce de uma iniciativa da secretaria municipal de saúde (SMS) em parceria com a secretaria estadual de saúde que originalmente indicava a implantação de dois residenciais. Assim, no já referido fórum de saúde mental do município, realizado em 2003, é configurada uma comissão que ficaria responsável pela condução do processo. Essa comissão foi originalmente composta por representantes dos serviços da rede de saúde mental (especificamente aqueles dos distritos sanitários em que as residências seriam localizadas), técnicos do hospital psiquiátrico (em que os futuros moradores estavam internados) e representantes da coordenação estadual e municipal de saúde mental. Os encontros do grupo de

trabalho eram inicialmente semanais, depois quinzenais e nele discutiram-se todas as questões para a proposta desde a identificação de quem seria o futuro morador até a concepção do que seria um SRT e de como esse deveria funcionar. Todo o processo foi conduzido desde o hospital, no qual eram realizadas as reuniões que tiveram início em agosto de 2003. Foram identificados inicialmente 42 (quarenta e dois) “crônico residentes” do hospital e, desses, 39 (trinta e nove) começaram a participar do processo quase um ano depois, em junho de 2004, conforme atas das reuniões<sup>34</sup>. Isso aconteceu depois da realização de discussões sobre a composição do grupo de trabalho, perfil dos possíveis moradores e sobre as dificuldades enfrentadas desde o início do processo dentro do hospital. Nesse processo de identificação dos possíveis moradores, as técnicas do hospital que participaram do trabalho passaram a buscar mais efetivamente pela família desses moradores e, dessa maneira, foram encontradas as famílias de três “crônico-residentes”, que puderam volta para casa de origem.

É válido observar como na condução do processo de implantação foram necessárias parcerias entre a gestão municipal e a gestão estadual, de modo a viabilizar e garantir que a implantação ocorresse frente às dificuldades e obstáculos colocados em relação à proposta por parte, principalmente, dos profissionais do hospital. Nesse sentido, apesar da responsabilidade pela implantação e gestão do SRT ficar a cargo da gestão municipal, a parceria com a coordenação estadual foi necessária durante grande parte do processo, conforme nos afirmou a coordenadora municipal de saúde mental no período de implantação do SRT.

---

<sup>34</sup> Os entrevistados utilizam a expressão “crônico-residentes” para designar os internos de longa duração que poderiam ser moradores do SRT. Esta mesma expressão é utilizada nas atas das reuniões a que tivemos acesso.

### **1.1. Construindo a passagem**

Em relação aos critérios de seleção dos futuros moradores, há também diferenças entre as diversas experiências, ainda que, na maioria dos relatos, o “grau de autonomia” ou “independência” para as atividades da vida diária (variando as concepções do que seja isso) e o desejo de morar numa casa fora do hospital sejam critérios comuns. Desse modo, a maioria dos dispositivos residenciais no país, que encontramos relatados na literatura, é de cuidados menos intensivos ou SRTs do tipo I, tendo em vista que se os critérios incluíssem um maior grau de dependência para atividades da vida diária, por exemplo, demandariam SRTs com maior complexidade em termos de recursos materiais e pessoais<sup>35</sup>.

Aqui vale referir que, no caso de Natal, durante a concepção e o processo de implantação do SRT, dez dos chamados “crônico-residentes” que já estavam em idade avançada e demandavam mais cuidados foram encaminhados, por determinação do Ministério Público, a uma instituição para idosos, num claro processo de “transinstitucionalização” (Vasconcelos, 2001 e 2006).

Dessa maneira, nesse processo de desospitalização, fica evidente que desde o começo optou-se pela implantação de SRTs destinados àquelas pessoas que demandassem menos cuidados e uma estrutura menos complexa. No entanto, apesar dos critérios adotados levarem em consideração o que foi entendido como “maior autonomia” na vida diária, o SRT foi configurado como do tipo II, com uma estrutura

---

<sup>35</sup> Segundo documento oficial sobre as residências terapêuticas do Ministério da Saúde (MS, 2004b), em termos gerais existem dois tipos de SRTs: SRT I – em que o suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente e o acompanhamento dos moradores é feito por apenas um cuidador com capacitação para este tipo de apoio que pode ser um trabalhador do CAPS, um do PSF ou até dos SRTs que tem trabalhador doméstico de carteira assinada com recursos do programa De Volta para Casa; SRT II - “é a casa dos cuidados substitutivos familiares”, focaliza-se na “reapropriação do espaço residencial como moradia”, sendo constituída por clientela “carente de cuidados intensivos, com monitoramento diário e pessoal auxiliar permanente na residência” e este tipo pode diferenciar-se quanto ao número de moradores e ao financiamento, “que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24 horas/dia” (p. 10).

de cuidados intensivos, com técnicos trabalhando em regime de “plantão 24 horas”. A opção por esta estrutura de cuidado foi baseada na avaliação feita pela comissão de que os “crônico-residentes” não teriam condições de ficar no SRT sem cuidados intensivos, dadas as marcas da institucionalização, medicalização e patologia ainda colocadas de modo importante mesmo naqueles considerados mais “autônomos”.

Primeiramente, no processo de configuração do grupo de moradores, foram identificados trinta e nove moradores do hospital que não tinham vínculos sociais e familiares e que estavam há mais de dois anos no hospital. Esses foram convidados a participar do processo, ainda que nem todos tenham se interessado. Como nos informaram uma gestora e dois técnicos entrevistados, a equipe trabalhou caso a caso, a partir dos prontuários e de discussão com os técnicos do hospital, identificando o “perfil” desses possíveis moradores. O trabalho foi feito com base “nas possibilidades, sabendo que era uma proposta possível e não uma certeza” e isso “foi claramente colocado para os usuários desde o início”, afirma a gestora entrevistada. Assim, participaram desse trabalho todos aqueles identificados como “crônico-residentes”. Nas palavras da gestora:

“E aí, foi interessante, por que a gente fez uma avaliação cuidadosa com todos os 39. A gente decidiu trabalhar com os 39, ao invés de a gente a priori definir quem iria para a residência. Era preciso considerar também o desejo deles, era preciso considerar a capacidade de socialização se era suficiente para viver numa casa com o outro, era preciso trabalhar esse retorno a sociedade. Daí, com os 39, além de fazer uma avaliação minuciosa com todas as áreas do hospital, do ponto de vista do hospital, isso era apresentado semanalmente, caso a caso, e a gente discutia aquela história. E eles começavam a ser trabalhados nesse sentido, no sentido de que existia essa proposta e começamos a discutir essa possibilidade com eles”. (S., gestora da SMS, em entrevista no dia 14/08/2007)



Nesse depoimento, merece atenção o fato de que “o ponto de vista do hospital” e a “análise de prontuários” foram elementos que compuseram uma “avaliação minuciosa” da escolha dos moradores. Nesse sentido, segundo o discurso da gestora, num esforço de articulação com o hospital de modo a viabilizar o processo, foram levadas em consideração a percepção dos técnicos do hospital envolvidos no processo acerca dos possíveis moradores sobre o que seria esta autonomia, além das descrições e observações do comportamento destes, presentes nos prontuários. Observamos, assim, como o processo de desospitalização foi atravessado por elementos da estrutura manicomial (exame, prontuário, observação do comportamento) e parte deles no sentido de sua desmontagem num novo dispositivo. No entanto, é preciso atentar para o fato de que tais elementos ao serem “diretrizes” para a composição do grupo de moradores, indica como a lógica manicomial mais do que atravessa, pode capturar mesmo o processo.

Os relatos da maioria dos gestores e técnicos envolvidos no processo de Natal ressaltam a não delimitação *a priori* do grupo de moradores. No entanto, a definição do grupo de moradores foi dada menos pelos elementos do processo de transição que dizem dos afetos, dos desejos e dos “projetos de vida e felicidade” dos futuros moradores e técnicos e mais pelos “estudos de casos” e elementos de observação dos comportamentos dentro da realidade manicomial, numa clara contradição em relação à idéia de desinstitucionalização como desconstrução da estrutura psiquiátrica sustentada por estes elementos. E, assim, as resistências propulsoras da desinstitucionalização ora se enfraquecem e dão lugar ao esquadrinhamento biopolítico da vida destas pessoas através do “exame” dos prováveis “casos” que poderiam ir para o SRT.

A presença desses elementos manicomiais na condução do processo não o caracteriza, entretanto, como homogêneo e totalmente manicomial. Houve tensões,

conflitos de interesse, mobilização de afetos todo o tempo, criando descompassos no processo. Isso fica evidente quando consideramos que uma das técnicas que viria a ser “acompanhante terapêutica” responsável pelo cuidado direto ao grupo no residencial começou a participar do processo de implantação quando o grupo de técnicos que vinha conduzindo o processo já tinha avançado na referida discussão “caso a caso” e começou a questionar as prioridades colocadas no processo de escolha.

“Havia um grupo dentro dos crônicos, que era um grupo bastante grande mesmo de pessoas que era muito dependente, que estava há bastante tempo no hospital e que precisavam de cuidados intensivos mesmo. E eu acho que aquilo causou muito impacto na gente, entendeu? E eu tô dizendo isso das conversas informais mesmo que eu e E. tínhamos quando a gente ficava debaixo das mangueiras. A gente dizia que essa residência devia ser inicialmente para estas pessoas. Só que eu acho que em nível da instituição isso ia demandar mais custo, mais gasto não sei. E terminou, vamos dizer assim, se fazendo uma escolha, dentro daquele grupo, daquelas pessoas que tinham mais condições de ir para uma residência e quando se falava em condições, se falava em autonomia. Quando eu cheguei isso tinha sido muito discutido já. Eu já peguei as pessoas apresentando um estudo feito. A equipe do hospital fez um estudo daqueles residentes e foi apresentando caso a caso.” (A., técnica da SMS, em entrevista no dia 10/08/2007)

Assim, a questão da escolha por aqueles que tinham mais “condições”, através do “estudo caso a caso”, termina por excluir aqueles que demandavam mais cuidados e isso provoca impactos e descompassos na então equipe de técnicos cuidadores. Isto traz para o grupo a reflexão sobre a necessidade de não desassistir aqueles que necessitavam de cuidados intensivos de modo que a transferência para outra instituição de cuidados (no caso, uma instituição geriátrica) foi colocada como uma alternativa.

E, além desse “estudo” feito sobre cada possível morador do SRT, a escolha parece ter sido baseada também no desejo mesmo dos próprios técnicos do hospital e do vínculo estabelecido com alguns internos:

“E dentro desse movimento, a gente percebia também os escolhidos, os escolhidos espontaneamente pela equipe, afetivamente mesmo. Eu diria os afilhados. Teve toda uma discussão de abrir uma residência masculina e uma feminina, quando eu cheguei já havia essa discussão feita. Me parece [sic] que até baseado na experiência de outras cidades. Até que chegou um momento do impasse que era o casal que tinha no hospital, que eram os afilhados. E teve um momento em que alguém disse assim na discussão: por que não fazer uma residência mista? Eu não tenho certeza de que isso foi o que levou para a criação dessa residência mista.” (A., técnica da SMS, em entrevista no dia 10/08/2007)

A “escolha” dos moradores configurou-se dessa maneira num processo individualizado, “caso a caso” em que ficavam evidentes no grupo dos possíveis moradores aqueles “já escolhidos”. Dessa forma, o que a técnica da SMS indica na fala acima é que a escolha do grupo de moradores ao ser pautada nas afinidades entre técnicos do hospital e certos moradores acaba por diminuir a chance de outros internos (os “não afilhados”) ou mesmo excluí-los do processo, de modo que se pode perder de vista os projetos e os interesses dos próprios internos em participar.

De outra forma, podemos pensar, como componentes relevantes para o processo de desospitalização, os afetos e os desejos existentes nos vínculos criados dentro do hospital ao funcionarem como propulsores da máquina desinstitucionalizante. É a resistência operando pelos vínculos, em pequenas redes afetivas que puderam se construir entre os “crônico-residentes” e algumas técnicas no solo quase infértil do hospital. Nas entrevistas que fizemos com uma das técnicas do hospital que participaram de modo mais ativo do processo de transição, sentimos a intensidade desses afetos, a vontade de potência que vai, nos embates cotidianos, desconstruindo a estrutura do manicômio e fazendo a vida possível ganhar outros territórios. Diz ela sobre esse momento de transição:

“Eu estava ali lutando para que a vida deles mudasse. Eu entendia que isso era o mínimo que eles mereciam para uma vida digna depois de tantos anos no hospital, assim como eu continuo fazendo pelos que ainda estão aqui.”  
(C., técnica do hospital psiquiátrico, em entrevista no dia 13/08/2007)

Desse modo, podemos entender que a escolha e definição do grupo de moradores do SRT neste processo de transição tem o cuidado como um componente importante e definidor e não apenas como um fim do processo em si mesmo. Ou seja, o cuidado neste processo não pode ser visto como algo já dado necessariamente nas “ações de saúde” ou na realização de certos “projetos” em saúde, mas como elemento que se constrói e deve participar de modo importante na condução do trabalho. Entendemos aqui o cuidado como “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para esta finalidade” (Ayres, 2004, p. 74) e que tem como aspecto relevante o responsabilizar-se pelas ações em saúde, responsabilizar-se pela vida do outro de quem se cuida. Assim entendido, o cuidado, mais ricamente que tratar, curar ou controlar, constitui um “norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo e estético” (Ayres, 2001, p. 71) já que, no encontro entre o(s) trabalhadores de saúde e as pessoas-alvo das ações de saúde, uma técnica justifica a presença de um diante do outro, mas a utilidade desta só se justifica através de elementos intersubjetivos (relacionais e afetivos) que vão além da produção e manipulação de objetos. Para cuidar, afirma ele, há que se considerar e construir projetos, de modo que “é forçoso saber qual o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência” (Ayres, 2004, p.85).

Dessa maneira, nas ações práticas de planejar, gerir e conduzir o processo de escolha dos moradores e, depois, de transição para o SRT, não se pode perder de vista a dimensão intersubjetiva, assim como os projetos de vida dos “crônico-residentes” e dos moradores que devem constituir as diretrizes do trabalho. O desafio que se coloca, a partir da experiência de Natal, é de como, nesse campo intersubjetivo, acessar esse projetos de vida ou mesmo oferecer espaços para que sejam construídos frente às marcas tão presentes do manicômio nas vidas desses internos.

Nessa direção, Merhy (1997; 1999; 2001) entende as práticas de cuidado em saúde como processos de trabalho que produzem atos capazes de intervir no mundo dos problemas de saúde, provocando uma alteração no sentido da satisfação de uma necessidade e ou de um direito do usuário. E para que se atinja esse objetivo os trabalhadores em saúde lançam mão de tecnologias, as quais ele classifica como “duras”, “leve-duras” ou “leves”, conforme a materialidade e a estruturação/normatização da prática em questão.

Para Merhy (2001) as tecnologias duras são aquelas que envolveriam as várias ferramentas e máquinas que se pode usar nas intervenções em saúde, tais como exames de laboratório, raios-X, fichários de dados, etc. As tecnologias leve-duras dizem respeito aos conhecimentos sob a forma de saberes profissionais bem estruturados, como a clínica do médico, do dentista do psicólogo, etc. Nesse caso, a tecnologia é leve, pois constitui um saber adquirido e está inscrito na forma de pensar os casos de saúde na atuação sobre eles e, ao mesmo tempo, é dura à medida que é um saber-fazer bem estruturado, normativo e normatizável. Há também as “tecnologias leves” que constituem aquilo que Merhy (2001; 1999) chama de “trabalho vivo em ato”, através do

qual qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-cliente produz-se num encontro entre duas pessoas que

atuam uma sobre a outra, e no qual operam um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 1999, p. 9).

Esse terceiro tipo de tecnologia, tal como entendemos, consistiria o fundamento, em nosso entender, do trabalho de atenção no campo da saúde mental. Ou seja, analisando os valores e princípios que norteiam o campo da saúde mental, encontramos como elementos fundamentais as relações humanas interpessoais e suas composições de afetos, desejos, necessidades, que são, em si, os objetos da atenção/intervenção. Dessa forma, as práticas ou tecnologias que são operadas nesse campo constituem “redes de trabalho afetivo”, enquanto redes de produção de afetos, de formas de vida, de produção de subjetividade e de sociabilidade (Teixeira, 2004).

É nesse sentido que entendemos que o trabalho em saúde dirigido aos moradores do SRT, desde a concepção e processo de transição hospital-SRT, precisa estar baseado na construção dos projetos de vida destes e sustentado pelo “arsenal tecnológico”, sobretudo o “leve”, no âmbito das relações intersubjetivas e das redes afetivas de trabalho que podem ser construídas.

Em relação aos interesses dos moradores, foi levado em consideração aquilo que os técnicos identificavam como o “desejo de ir para uma casa”, de sair do hospital. Entretanto, a percepção desse desejo estava também vinculada ao trabalho de pré-

seleção feito, dentre os trinta e nove “crônico-residentes”, com base nas “condições” para ir morar numa residência que resultou na formação de dois grupos: um masculino e outro feminino, sendo cada um com cinco componentes (conforme ata da reunião dos técnicos do dia 19/05/2004). A partir dessa pré-seleção feita pela comissão, é que os possíveis moradores começaram a participar do trabalho de “reconhecimento do espaço urbano” com circulação na cidade, quase dez meses depois de iniciado o processo. As condições que definiram essa seleção eram entendidas como ter certa autonomia para realizar atividades na vida diária dentro de uma casa, a partir dos parâmetros daquilo que a comissão entendia como vida numa casa e da avaliação dos comportamentos observados e motivados pela institucionalização e pela patologia.

Pensar na idéia de autonomia “para as atividades do dia-a-dia” como um dos parâmetros na escolha e configuração dos grupos de moradores em SRT não constitui em si um problema. No entanto, parece-nos problemático quando se toma a autonomia ou a não dependência institucional como critério fundamental no processo, sobretudo quando consideramos que os SRTs existem para que a desconstrução da institucionalização seja operada no cotidiano e nas relações de cuidado desse dispositivo e não já dada *a priori*.

Nesse sentido, Paulon, Resende, Knijnik, Oliveira & Abreu (2007) afirmam que na experiência do Morada São Pedro, em Porto Alegre, inicialmente também se pensou em três critérios para escolha dos moradores, a saber: o desejo de sair do hospital, a autonomia para desenvolver atividades da vida diária (AVDs) e o fato de ter algum recurso financeiro para se sustentar. No entanto, ao longo do processo foi visto como tais critérios eram restritivos de modo que a “questão da autonomia, principalmente, passou a ser considerada mais como objetivo, proposta terapêutica das moradias, do que como pré-requisito para ocupá-las” (Paulon *et al.*, 2007, p. 125).

Além disso, a avaliação do que seria autonomia baseada na observação dos comportamentos no interior do hospital pode conduzir à idéia de que o “interno autônomo” ideal para morar num SRT seria aquele “interno perfeito”, no sentido atribuído por Basaglia (1965/2005). Ou seja, “aquele de quem se diz – com satisfação– estar adaptado ao ambiente, que colabora com o enfermeiro e com o médico, que se comporta bem em relação a todos, a nada se opõe e não cria complicações” (p.51).

Dessa forma, é que a moradora que produziu tantas discussões nas equipes do SRT e do CAPS foi escolhida. Baseada no critério da autonomia ou na possível conquista dela, a comissão escolheu essa moradora, pois era percebida no hospital como uma interna “relativamente bem adaptada à realidade do hospital” e por “relacionar-se tranquilamente com os outros” e que sempre expressava o desejo de sair do hospital por ser uma pessoa que sempre viveu na rua. No entanto, essa escolha foi ao longo desses três anos freqüentemente colocada em questão diante da inquietação que a vida na casa produziu nela e da necessidade de reinternação no hospital psiquiátrico<sup>36</sup>. O que as discussões em relação a essa moradora nos fazem pensar é que na convivência cotidiana numa casa, no coletivo de moradores e na circulação pelo ambiente urbano, o que se opera são transformações de toda ordem e aqueles considerados “autônomos” (o interno perfeito!) podem ir experimentando outras formas de estar no mundo e se relacionar com as pessoas que não são previsíveis no processo de escolha e escapam às formas de “intervenção e cuidado” previstas pela equipe de cuidadores. Ou seja, aquela interna avaliada como “tranqüila, bem adaptada, que a nada se opõe e não cria complicações”, na vida fora do hospital pôde experimentar a inquietação, a capacidade de contestação e

---

<sup>36</sup> Aqui destacamos que esta internação no hospital psiquiátrico foi necessária, tendo em vista que os leitos psiquiátricos existentes em Natal encontram-se inativos (conforme explicação da própria gestão) e não há ainda CAPS III no Estado do RN.



posicionamento diverso, ou seja, a não conformação dócil que a realidade do hospital impunha. Nas palavras de um dos técnicos do SRT:

“No prontuário dela lá no hospital a gente vê observações do tipo: tranqüila, calma, como se ela estivesse muito bem adaptada ao hospital Lá ela não dava trabalho. Mas quando ela sai e vê a rua, quando a gente mostra para ela outras possibilidades, outra dimensão do mundo, ela deixa de se conformar, ela passa a querer a rua. E eu vejo isso como positivo, o fato dela não desejar o hospital, de querer mais. E isso ficou claro para mim quando ela disse: - eu adoro a rua, viu. Se eu pudesse, eu morava na rua!” (E. técnico do SRT, na reunião entre equipes do CAPS e SRT, no dia 09/10/07)

O “desejo de mundo” (Fonseca e Kirst, 2004) ou a “ansiedade de rua” (como nomeava uma das técnicas) expressada pela moradora foi, em muitos momentos, compreendida pelas equipes como indicando uma “escolha equivocada” ou que a moradora não teria “perfil para a residência”, gerando muitos conflitos nas equipes, sobretudo entre este técnico que participou do processo de escolha e outros membros das equipes.

O cuidado “previsto” ou “planejado” pela comissão no processo de transição pela equipes do CAPS e do SRT é colocado em xeque todo o tempo pelas inconformações da moradora. Assim, tais inconformações exigem a invenção de outras formas de cuidado pelas equipes (de modo que não se precise recorrer ao internamento no hospital psiquiátrico) e indicam precisamente o efetivo processo de desinstitucionalização no sentido da desconstrução daquilo que a vida manicomial produziu. O seu “desejo de mundo” pode ir sinalizando para as equipes os limites de intervenção, as necessidades de invenção e a impossibilidade de uma escolha do grupo de moradores com base no critério da conquista de autonomia entendida como “adesão” e “adaptação” ao que está dado dentro ou fora dos serviços como recursos disponíveis para o cuidado. Mais do que uma impossibilidade, uma escolha assim baseada seria, no

mínimo, contraditória em relação à desinstitucionalização como um movimento insistente de desconstrução das formas dadas de cuidar e invenção de outras.

De outro modo, quando pensamos na conquista de autonomia como conquista de outros modos de vida não manicomiais a partir da invenção de formas de cuidar coerentes com o “desejo de mundo” e o “projeto de felicidade” de cada um, a autonomia pode funcionar como o principal indicador na avaliação e análise do que se tem produzido no SRT e na rede de saúde no sentido da desinstitucionalização.

O “desejo de sair do hospital” também não é algo já dado para todos os “crônico-residentes” de hospitais psiquiátricos, como pode parecer-nos a primeira vista, uma vez que a realidade fora do ambiente hospitalar pode parecer-lhes hostil e desconhecida após longos períodos de internação. Assim sendo,

qualquer simplificação em atribuir valor final às recusas iniciais dos atores envolvidos ou em considerá-las da ordem das vicissitudes e das alternativas do sujeito visto isoladamente do coletivo institucional e de como é construído pelo discurso que lhe é peculiar, precipita um equívoco (Albuquerque, 2006, p. 94).

Nessa definição do grupo de moradores, é válido observar que, mesmo com um trabalho no sentido da eleição de critérios, na sua operacionalização, outros elementos atravessam e transversalizam o processo de modo que fica difícil estabelecer, de fato, quem ou o quê determinou a escolha, como evidente no seguinte depoimento:

“E aí não me pergunte de critérios. Eu acho que foi definido um pouco por nossa vontade, pela vontade do povo do hospital, pelo movimento deles. Foi indo, foi indo, foi indo até que se definiram seis moradores e nós defendemos, por fim, a ida de R. por que ele tinha expressado várias vezes a vontade de ter uma casa.” (A., técnica SMS, em entrevista no dia 10/08/2007)

Dessa maneira, se pensarmos em termos de um processo de desinstitucionalização como desconstrução manicomial parece que o mais coerente seria

a construção coletiva travada desde o início com a participação de todos. Ou seja, o que as experiências têm mostrado é que o processo de desinstitucionalização precisa ser sustentado todo o tempo nos espaços coletivos de trabalho e discussão de modo que a exclusão de um ou outro ator interessado no processo não se opere em nenhum momento. Os internos e técnicos do hospital, os demais técnicos e gestores, bem como pessoas interessadas em contribuir no processo devem ter lugar desde a concepção do dispositivo. E, nessa construção coletiva, as escolhas são feitas a partir das tensões e desejos de todos os envolvidos, num processo de auto-análise constante das implicações de todos, como algumas experiências no Brasil têm revelado ser possível<sup>37</sup>. E aqui as idéias de Basaglia (1966/2005) podem nos orientar na construção de outra relação com a loucura desde o interior das instituições psiquiátricas a partir das necessidades que se colocam de transformação das relações de poder e sua organização:

O problema será como organizar uma comunidade que não deve ser determinada ou comandada, mas apenas dirigida por um poder que saiba limitar-se a encaminhá-la e coordenar-lhes as forças. (...) E é então que se descobrem – cada um por caminhos diversos, os caminhos da própria experiência - a inventar novos modos de organizar o que não pode e não deve ser organizado, (...) diante da necessidade de uma organização e da impossibilidade de concretizá-la; diante da premência de formular um esboço de sistema ao qual possa referir-se, para logo o transcender e destruir; **do desejo de provocar acontecimentos a partir de cima e da necessidade de esperar que eles se elaborem e se desenvolvam a partir da base**; diante da busca de um novo tipo de relação entre doente, médico e sociedade, na qual **o papel protetor do hospital seja igualmente dividido entre todos**; diante da necessidade de manter o nível de conflito apropriado para **estimular em vez de reprimir, a agressividade e o poder de se opor ao real**, embora sejamos os primeiros a fazer parte deste mesmo real. (pp. 58-59) (grifos nossos)

---

<sup>37</sup> Aqui destacamos a experiência de Campinas e a de Porto Alegre em que, cada uma com suas peculiaridades, a gestão dos processos de transição e as escolhas dos moradores e técnicos das novas moradias deram-se a partir de assembléias com internos e técnicos.

Ainda que escritas no âmbito da reflexão sobre a comunidade terapêutica, estas potentes palavras de Basaglia (1966/2005) nos advertem para estejamos atentos aos “desejos” que manicomializam as relações diante das “necessidades” da desinstitucionalização, cujo processo coletivo precisa partir da desconstrução de hierarquias de saberes e poderes. Ou seja, diante do “desejo de provocar acontecimentos a partir de cima” que coloca na mão dos especialistas o “estudo dos casos” e a “eleição dos critérios”, que se coloque a necessidade de que eles se “elaborem e se produzam desde a base” de modo que as decisões sejam tomadas horizontal e democraticamente pelo coletivo de interessados, assim como o manejo de conflitos e frustrações que o processo venha a provocar. E isto convoca, portanto, a horizontalização e democratização das ações e decisões, bem como o posicionamento ético e político de todos em sua capacidade de “se opor ao real”, ao que está dado e precisa ser transformado. E, para tanto, indicamos que na concretização das experiências de desospitalização operadas coletivamente desde o interior do hospital, com os enfrentamentos das forças ali colocadas, têm sido possíveis a partir das contribuições teóricas e metodológicas da análise institucional (Baremlitt, 1992) que podem ser valiosas nesse processo<sup>38</sup>.

Além disso, nessa construção, os elementos que se configuram do encontro desses atores (todos eles!) com a cidade, com as possibilidades de circulação, moradia e cuidado parecem ser fundamentais como vias que tangenciam o manicômio para prescindir dele, como rotas que abrem para possibilidades que vão além da própria proposta inicial e não limita as escolhas, mas cria alternativas, “inventa caminhos”.

---

<sup>38</sup> Fugiria às possibilidades deste trabalho mostrar a aplicabilidade da análise institucional neste contexto, mas, para tanto, remetemos o leitor aos trabalhos de Paulon (2004, 2005) e Paulon *et al.* (2007).

Um dos caminhos que tem se revelado viável no processo de implantação dos SRTs são as experiências de “casas de passagem” ou “unidades de transição”, que são moradias provisórias na transição hospital-SRT, a exemplo da experiência narrada por Albuquerque (2006) sobre o Centro de Reabilitação e Integração Social do Instituto de Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (RJ). Nessas experiências, a participação dos moradores em “dispositivos de passagem”, tais como o grupo “porta de saída”, também relatado por Albuquerque (2006), tem se revelado importante na construção da vida fora do hospital. Nesses grupos, foram incorporados certos princípios do grupo operativo, mas sem um direcionamento da tarefa, de modo que a construção da tarefa deu-se como uma construção coletiva a partir de temas que envolviam narrativas sobre a inserção no hospital, sobre como chegaram ao grupo e como seria depois da saída do hospital, bem como os modos como imaginavam a futura casa. Essas “unidades de transição” também acolhem situações que, em outro cenário, resultariam em internação em hospital psiquiátrico e avalia-se que essas situações poderiam ser gerenciadas por um CAPS III (Albuquerque, 2006).

Vale ressaltar que essas unidades constituem espaços em que as escolhas em relação à configuração do grupo de moradores, aos técnicos cuidadores e à própria casa vão sendo feitas durante o processo de transição com a participação dos moradores e técnicos.

Em linhas gerais, o que observamos é que a existência dessas unidades de transição pode ser pertinente enquanto parte do processo de transição hospital-SRT e nos casos em que a demanda do usuário é, de fato, de moradia provisória. No entanto, a existência dessas unidades pode ser problemática se elas não estão articuladas a um planejamento real e viável de construção de residenciais para aqueles com demanda de moradia não provisória que entram no programa, sob o risco de criar expectativas a

respeito da vida fora do hospital e irresponsavelmente frustrá-las, configurando essas unidades como extensão dos manicômios.

Além disso, é preciso considerar que essas unidades de passagem, como vêm acontecendo dentro das unidades hospitalares, o que por si só é problemático, não podem servir como “medida paliativa” para a situação dos pacientes de longa permanência, sob o risco de gerarem uma situação de acomodação diante da realidade dos mesmos, camuflando assim um efetivo processo de desinstitucionalização.

No caso de Natal, o processo de transição não contou com unidades de transição como essas, mas foi realizado um trabalho para permitir a transferência desses moradores para o SRT. Esse trabalho foi iniciado com reuniões com todos os “crônicos residentes” com o objetivo de pensar junto a eles a possibilidade de uma vida fora do hospital. Depois, a partir da referida pré-seleção do grupo de moradores para o SRT, esse trabalho foi sendo feito no sentido de viabilizar uma “integração fora do hospital”, no sentido do reconhecimento da cidade para que aqueles com mais chances de integrar essa primeira residência pudessem regressar ao espaço urbano. Esse trabalho foi realizado por três técnicas do hospital e pelos dois técnicos da rede de saúde municipal que foram, desde o início, identificados como “acompanhantes terapêuticos” dos residenciais. É importante observar como, nesse processo, os próprios técnicos foram podendo pensar no desafio da desconstrução do manicômio para eles e na história da loucura que atravessa e marca a própria história dos moradores:

“E eu me vi realmente pela primeira vez dentro de um hospital psiquiátrico. Apesar de ter trabalhado no NAPS, mas eu não tinha tido o impacto do que é transitar dentro de um hospital. (...) E cada vez que eu pensava na residência, eu olhava para as paredes do hospital. Então eu pensava: Meu Deus, como é que esse povo vai sair daqui, dessa imensidão? Como pode? É como se as paredes traduzissem a história deles, né. A história da loucura

mesmo!” (A., técnica SMS, em entrevista no dia 10/08/2007)

E foi a partir desse reconhecimento das marcas de uma vida institucionalizada, limitada e capturada pelos signos da exclusão e segregação, num trabalho de desconstrução das “paredes” erigidas pela história de cada um, que o processo de “reconhecimento do espaço urbano” sob outros signos teve lugar.

## **1.2. Dificuldades e resistências no processo de transição**

Nesse processo, as saídas do hospital converteram-se para os técnicos em diversos enfrentamentos que vão desde as precariedades das condições de vida e cuidado dentro do hospital até as dificuldades colocadas por técnicos do hospital que, de tão institucionalizados, não acreditavam que outras possibilidades de vida fossem possíveis para os futuros moradores e que, de tão temerosos, ridicularizavam a iniciativa exigindo um trabalho desde o início junto a esses técnicos:

“A gente encontrava muita resistência. Identificamos que era preciso fazer um trabalho dentro do hospital. Por que os outros técnicos tinham uma interferência nesse processo, sobretudo quando eles eram contrários à rede. Então vimos a importância de um trabalho ser feito no hospital. Então a gente fez um trabalho com todos os profissionais do hospital, apresentando a rede, o que era reforma (...), pra promover mesmo essa discussão. Identificávamos que os técnicos de enfermagem eram contra e viviam dizendo para os usuários que aquilo não ia dar certo. Tudo isso a gente foi trabalhando”. (S., gestora da SMS, em entrevista no dia 14/08/2007)

“A gente começou a fazer a saída do hospital pra rua. A gente passeava, ia pro teatro, pra praia. Era um grupo de 12 moradores. (...) Esse foi o momento de enfrentamento. Quando a gente ia sair com eles a gente escutava muita piada. Quando a gente ia sair com os pacientes, as pessoas [do hospital] ridicularizavam. Isso foi muito impactante. Como também foi impactante pra gente que essas pessoas

não tinham sequer roupas. Era uma verdadeira loucura! Trancavam todo mundo numa sala para arrancar roupa. Com as roupas doadas e ficavam: vou arrancar uma camisa pra fulano, vou arrancar uma camisa pra sicrano, era assim. Levanta o braço! Era essa coisa bem grosseira com eles, bem pouco humana mesmo eu sentia”. (A., técnica da SMS/ ex-técnica do SRT, em entrevista no dia 10/08/2007)

E entre a difícil constatação da recusa, da captura da vida e das privações a que esses moradores foram sujeitos e o encantamento com a real possibilidade de outra vida, o processo de transição foi sendo construído. Na insistência micropolítica cotidiana, as resistências desses técnicos e moradores impunham-se frente às amarras manicomiais evidentes em cada ridicularização, em cada obstáculo colocado. E o trabalho de resistência precisou ser operado em rede e, como nos sugere Hardt e Negri (2005), fazendo uso da “inteligência do enxame”, mobilizando o coletivo de técnicos do hospital. Resistências operando no despir-se das vestes manicomiais para afirmar a vida, na circulação dos fluxos possíveis. E desses fluxos possíveis, em cada história contada ou reencontrada diante de tantos registros perdidos e esquecimentos na institucionalização, vem o encantamento, a alegria ganha corpo, invade o trabalho e potencializa o processo.

“Mas, a resistência da equipe do hospital era muito maior. Começava assim pelos questionamentos. Quem vai comprar comida? Quem vai financiar? Quem vai cuidar da casa? Quero ver fulano quando pegar numa faca! Essas coisas que rotulam que os loucos fazem rolavam muito na reunião. (...) Era muita pressão, mas por outro lado a gente queria mais, a gente queria ir além disso. (...) eu acho que o que mais mexeu comigo foi nesses passeios a possibilidade deles falarem da vida deles. Às vezes a gente tava assim na rua e do nada eles falavam alguma coisa da história da vida deles. E parte desse movimento eu acho que foi o que permitiu conhecer um pouco da história de alguns que no hospital tinham poucos registros e que a gente foi descobrindo nesses encontros. Eu me lembro de R [um dos moradores]. que nós saímos em torno de um ano e ele não dava nenhuma palavra. Ele só fazia o



movimento de ir com a gente, mas ele não falava. Depois de um ano que ele falou e disse que queria alguma coisa. Foi num passeio ao um shopping que ele pediu um café. Ele olhou para o quiosque e disse para mim: eu quero um café. (...) É uma coisa que me chamou atenção foi num passeio pela cidade que ele chorou ao ver o mar e falou que ele era de Touros, falou da família dele, falou da vida dele.” (A., técnica da SMS, em entrevista no dia 31/01/2007)

Dessa forma, a percepção dos técnicos de como o processo de transição configurava-se, ao mesmo tempo, como enfrentamento (trabalho de resistência) e construção de oportunidades junto aos moradores de construir a vida deles, falarem de seus desejos e de sua história, cujos elementos, ainda que fragmentários, emergiam a cada passeio, a cada imagem no reencontro com a cidade, não como um simples resgate do passado, mas como sentido para a vida presente, reencontro com o fora.

Nesse trabalho, a cada experiência, quando os moradores experimentam outras formas de estar no mundo, fazem-se presentes as resistências que técnicos e moradores têm de produzir para que a iniciativa do SRT seja sustentada na perspectiva da desinstitucionalização.

Depois de implantado o SRT, as dificuldades colocadas por alguns integrantes da equipe do hospital persistem, sobretudo após situações em que uma das moradoras sai de casa para andar pelas ruas passando dias desaparecida, o que é concebido por todos como “fugas”. Essas situações reforçam os argumentos de que esse tipo de dispositivo é um risco e está mal estruturado para dar conta do cuidado aos moradores. No entanto, a equipe de cuidadores, que inicialmente recebia apoio também de técnicos do próprio hospital que contribuíram e participaram ativamente do processo, insistiu argumentando com base nas transformações que eram observadas na vida dos moradores e suas conquistas. Vale salientar aqui o papel importante que essas técnicas

do hospital tiveram no sentido de enfrentar internamente as dificuldades colocadas e contribuir com a efetivação da proposta.

Em relação às dificuldades externas ao hospital, em alguns relatos de SRTs no Brasil, estas também variam de intensidade e forma de acordo com a distribuição dos residenciais na cidade. Esse é o caso, por exemplo, de Paracambi onde, nos onze residenciais que foram implantados ao mesmo tempo de maneira “diluída” na cidade em bairros de classe média e alta, os usuários ficaram anônimos e não houve resistência ou tensão por parte da comunidade. Já nas dez residências implantadas juntas ao mesmo tempo numa comunidade carente da cidade, próximas ao hospital, houve tensão na comunidade, ressuscitando o “fantasma da periculosidade” (Vidal & Guljor, 2006).

Albuquerque (2006) refere que na experiência do IMAS Juliano Moreira (RJ) a inserção dos moradores na comunidade não se deu com explicações prévias do projeto aos atores locais, em função da preocupação em “não transformar direito em concessão, sob pena de antecipar a possibilidade de recusa ou tê-la sob falso controle” (p. 102). Em relação a esse mesmo programa de residências, a aproximação com os vizinhos e a comunidade do bairro é vista como importante, mas nem sempre é tranqüila e acolhedora, dificultando a inserção social dos moradores, sendo o enfrentamento dessas dificuldades parte do próprio processo de reabilitação social (Sanzana *et al.*, 2006). Além disso, a experiência permitiu rever certo ideal de convivência da equipe de cuidado que esperava a boa convivência com todos que chegassem ou acreditava que os moradores pudessem prescindir da convivência hostil quando sob proteção (Albuquerque, 2006).

De modo semelhante, em Barbacena, quando solicitados, outros setores da sociedade, como igrejas, pastorais, associações de bairro e escolas, colaboram na reinserção dos moradores. E em relação à comunidade em geral, houve resistência

inicial em relação aos SRTs por falta de informação e preconceito, mas não há relatos de incidentes envolvendo moradores e vizinhos, havendo boa interação entre eles e até estabelecimento de vínculos de amizade e solidariedade (Vidal *et al.*, 2006).

Tais experiências indicam elementos comuns ao SRT Natal. Nesse, houve, por exemplo, dificuldades relativas à locação do imóvel, que durou quase um ano para ser efetivada gerando descrença no próprio grupo de moradores e técnicos. As dificuldades de locação do imóvel davam-se pela não confiança de que um órgão público cumprisse com os pagamentos do aluguel e pelo temor em alugar a casa para “os loucos”, muitas vezes identificados como desordeiros que não conservariam o imóvel.

Em relação à vizinhança, o SRT de Natal não enfrentou grandes problemas apesar de estar localizado num bairro considerado nobre da cidade e ter como vizinhas pessoas de classe média alta, o que se pode atribuir à própria indiferença dos vizinhos em relação à existência dessa “casa diferente”, dada à restrita circulação das pessoas deste bairro pelo espaço público, como é típico da dinâmica urbana atual<sup>39</sup>. Um dos episódios reconhecido pelos técnicos da equipe do SRT foi a reação negativa de uma vizinha que reclamou e ameaçou denunciar a polícia quando uma das moradoras, numa crise psicótica, gritou muito durante a noite.

Em outra direção, ao longo do processo, há movimentos de acolhida por parte de dois vizinhos que passaram a convidar os moradores para visitas as suas casas, para “lanchar e rezar o terço”. Além disso, há freqüentes doações de doces, salgados, refrigerantes e empréstimos de mesas e cadeiras plásticas para os eventos e festas na casa por parte de um *buffet* que é localizado na mesma rua. Além disso, nos encontros com a equipe de cuidadores era sempre presente relatos acerca da ampliação das

---

<sup>39</sup> Estudos como os de Mancebo e Maiolino (2005; 2007) e Zamora (1999) revelam que na contemporaneidade há um movimento de privatização da vida no qual as pessoas, sobretudo aquelas de classes sociais mais abastadas economicamente, restringem sua circulação pela cidade.

relações de amizade e solidariedade dos moradores com certos atores da comunidade, tais como o dono da cigarreira (banca de revista) próxima, os flanelinhas da rua, os vendedores da padaria, os seguranças de uma escola próxima e até o padre da paróquia do bairro que, a fim de motivar a ida de dois dos moradores à missa aos domingos, fornece-lhes cigarros. Há, assim, conquistas em relação à construção de redes sociais de apoio pelos moradores e, aos poucos, essas pequenas e importantes parcerias vão se fazendo.

As dificuldades, acolhidas e conquistas na inserção na comunidade apontam para a presença da lógica manicomial, mas também das resistências a ela, ultrapassando os muros hospitalares e para a necessidade de se pensar as estratégias e formas de inserção na comunidade dos SRTs e seus moradores. A esse respeito também variam as posições em relação a se deve ser feito e como deve ser feito um trabalho anterior junto às comunidades para o “acolhimento” dos SRTs (Vidal & Guljor, 2006). Este trabalho que tem se revelado importante no processo de transição, se não for realizado na perspectiva da integração dos moradores na comunidade e não da simples “aceitação” dos moradores por parte dela, pode reproduzir essa lógica manicomial transformando aquilo que é direito dessas pessoas de ter uma casa e circular na cidade em simples concessão ou ato de caridade. Por outro lado, é possível que, ainda no processo de transição, antes mesmo de morarem na casa, na circulação dos futuros moradores no bairro onde irão morar sejam vislumbradas possibilidades de articulação e a construção inicial de rede de apoio e cuidado. E isso pode ser possível mesmo com aqueles que não irão morar imediatamente em um residencial, mas estando ainda no hospital ou em unidades de transição, possam ampliar suas relações e construir vínculos sociais em diferentes espaços da cidade, desde haja iniciativas que permitam a circulação regular dos “crônico-residentes” na cidade. Isto por que, como afirma Teixeira (2004), o trabalho

em saúde não pode se referir apenas ao trabalho dos profissionais de saúde, mas “a todo um esforço coletivo, envolvendo a participação de múltiplos agentes sociais que, direta ou indiretamente, contribuem para a melhoria das condições de vida e saúde de indivíduos e populações. E é nesse sentido ampliado que estou pensando em redes e trabalho em saúde” (p. 2). Dessa forma, acionar os esforços coletivos, desde dentro do hospital e se estendendo para além dele, na construção de redes que ligam serviços, usuários, setores e atores os mais diversos, parece-nos uma condição essencial para o trabalho norteado pela desinstitucionalização em saúde mental.

Isto por que, o que se observa, de modo geral, é que as dificuldades relativas à implantação dos SRTs estão relacionadas ao paradigma psiquiátrico e aos dispositivos biopolíticos por ele sustentado na contemporaneidade, que, como vimos no segundo capítulo, transcendem os muros físicos dos manicômios, e operam no modo como cotidianamente nos relacionamos com a loucura nos diferentes espaços. O processo de desinstitucionalização nesse caso vai se configurando como um processo de negociações e construção cotidiana de estratégias de resistência à lógica manicomial que viabilizem novas possibilidades de vida para os moradores. E tais estratégias parecem-nos tanto mais eficazes quanto mais atores são mobilizados, ou seja, quanto maior é a sua capacidade de se fazer em rede, de se ramificar, atuando nos interstícios por onde as forças manicomiais se infiltram.

Dessa forma, aquilo que chamamos de processo de transição que envolve a circulação/integração dos “possíveis moradores” com a cidade e com a população em geral, assim como o enfrentamento das dificuldades que emergem nesse processo precisam existir de modo sistemático como movimento de dentro para fora do hospital, estendendo-se para outros “manicômios a céu aberto” e não existir apenas pontualmente na eventualidade e de acordo com a disponibilidade de recursos materiais para a

implantação de um SRT. Ou seja, é preciso desenvolver um trabalho em rede contínuo e insistente com internos, usuários e técnicos, articulando diferentes atores e serviços, como estratégia-chave da política de saúde mental no Estado e no município.

Assim, entendemos que uma rede substitutiva precisa ir se gestando também desde dentro do hospital, a partir da articulação entre gestores (municipais, estaduais e nacionais), técnicos e usuários, operando uma espécie de maquinaria para poder, das engrenagens manicomiais, produzir a diferença, num movimento que rompa e produza possibilidades de outros dispositivos e de outras vidas para moradores e técnicos. Ou seja, o trabalho de desinstitucionalização precisa ser, como nos sugerem Rotelli *et al.* (2001), “homeopático” por que feito a partir do uso das energias e recursos humanos e materiais da instituição manicomial que se quer desmontar,

mudando e decompondo os sistemas de ação e interação nos quais cada elemento está inserido: uma porta feita para estar fechada é usada, mas ativamente usada, para estar aberta – a abertura cria problemas, a gestão desses problemas modifica a cultura dos atores em jogo. (...) em suma, as estruturas e modos de trabalhar nos quais se concretiza o novo sistema de saúde mental nascem não do externo, ao lado e de suporte ao manicômio, mas através da reciclagem, da reconversão e da transformação progressiva das possibilidades financeiras, do pessoal, das competências existentes, dos espaços físicos etc. (p. 35)

Dessa maneira, parece-nos um equívoco pensar o processo de implantação dos SRTs, ou de qualquer outro serviço da rede substitutiva, como algo que se constitui de fora para dentro do hospital (ou completamente fora) e de cima para baixo. Ou seja, é preciso considerar que o trabalho de desinstitucionalização e suas diretrizes e concepções é problemático quando parte da gestão em saúde mental nas esferas centrais (coordenações de saúde mental, municipais e estaduais), em associação com os serviços substitutivos, apenas na eventualidade da implantação de um novo dispositivo sem um trabalho contínuo e insistente de articulação com o hospital. É preciso ir pelo meio,

fazer uso dos recursos pessoais e materiais existentes no hospital psiquiátrico, convocá-los para junto à rede substitutiva discutir as possibilidades de ampliação dessa rede com esses mesmos recursos, revertendo-os em favor da rede substitutiva e de outros dispositivos desinstitucionalizantes<sup>40</sup>. E, ao fazê-lo, é preciso estar sempre atentos a lógica manicomial que opera sempre em qualquer lugar e ir desconstruindo a idéia de que “em cima” (na gestão) e “fora” (nos serviços substitutivos) há imunidade em relação a ela.

Nesse sentido, desde sua concepção, o SRT funciona como um dispositivo que indica e evidencia problemas e desafios da rede. Enquanto um dispositivo híbrido, o SRT tem características peculiares em relação aos demais dispositivos da rede e, assim, sua implantação e sua manutenção possuem exigências e enfrentam as várias dificuldades apontadas. E tais exigências e dificuldades convocam um movimento efetivo de articulação dos diferentes atores, serviços e setores envolvidos, incluindo nesses as estruturas psiquiátricas hospitalares ainda existentes e hegemônicas na realidade local de Natal. Convocam também a desconstrução de um modo de conceber a “rede de saúde” em contraposição ao hospital psiquiátrico, dele afastada e desarticulada. Assim sendo, o SRT indica, ao funcionar como um problematizador, que é preciso pensar a rede de serviços substitutivos necessariamente articulada e infiltrando-se no hospital psiquiátrico e nele operando a fim de desmontá-lo.

---

<sup>40</sup> Aqui podemos pensar em dispositivos como a própria articulação com projetos e iniciativas no campo da assistência social, da cultura, das artes, etc., que inspiram a construção de outros projetos de vida para os usuários.

## **2. A Equipe e o Trabalho de Cuidado no SRT: características, condições e desafios**

*As coisas que me vêm ao espírito se apresentam não por sua raiz, mas por um ponto situado em seu meio. Tentem então retê-las, tentem então reter um pedaço de erva que começa a crescer no meio da haste e manter-se ao lado.*  
(Kafka citado em Deleuze & Guattari, 1995, p. 34)

### **2.1 A configuração da equipe e a (des) construção das funções em jogo**

As experiências existentes no Brasil revelam que, na prática, vários arranjos e configurações da equipe de cuidados nos SRTs são possíveis e nesses pode haver maior ou menor participação e responsabilização dos CAPS e ou outras unidades de saúde na realidade dos SRTs para acompanhamento e supervisão das atividades desses.

Em Porto Alegre, por exemplo, segundo Paulon *et al.* (2007), no projeto Morada São Pedro parte da equipe técnica do hospital foi transferida para os residenciais, configurando equipes próprias de cuidadores não mais vinculados ao trabalho no hospital. Nessas equipes estão os técnicos de “referência” para os moradores e, junto aos moradores, é que são desenvolvidos seus Projetos Terapêuticos Individuais (PTIs) e não nos serviços da rede de atenção em saúde mental cuja vinculação vem sendo construída.

Em outras experiências tal acompanhamento é feito por equipes dos CAPS do território em que se encontra o SRT, podendo ser essa equipe exclusiva para esse acompanhamento em relação às demais atividades do CAPS ou não, como acontece, por exemplo, em Campinas nos diferentes residenciais (Guarido & Campos, 2006). Vale ressaltar que nas residências com acompanhamento de equipe exclusiva do CAPS os



PTIs dos moradores não incluem visitas regulares ao CAPS, ao contrário daquelas em que a equipe não é exclusiva para o SRT.

Há também a experiência em que o CAPS tem equipe exclusiva de acompanhamentos dos SRTs mesmo fora do território de referência e outras em que o CAPS oferece apoio apenas em “intercorrências psiquiátricas”, sendo o acompanhamento feito por uma equipe de cuidadores não vinculados ao CAPS, como é o caso de Barbacena (Vidal *et al.*, 2006).

Na realidade de Natal, há a peculiaridade de uma equipe exclusiva para o SRT (não vinculada ao CAPS ou ao hospital) formada por cinco técnicas de enfermagem que trabalham “em regime de plantão” e receberam a função de “cuidadoras” (conforme denominação da própria gestão), uma assistente de serviços gerais (ASG) e dois profissionais de nível superior exercendo a função de “acompanhantes terapêuticos” (ATs) dos moradores e que têm a responsabilidade de coordenar essa equipe<sup>41</sup>.

Vale referir que, inicialmente, não foi pensada a configuração de uma equipe, mas de um técnico de nível superior que teria a função de “acompanhante terapêutico” dos moradores para cada um dos SRT a serem implantados<sup>42</sup>. Para tanto, receberam capacitação, participaram de eventos científicos acerca dos SRTs e do acompanhamento terapêutico e participaram do processo de transição hospital – SRT junto aos usuários,

---

<sup>41</sup> Aproximadamente três meses após a inauguração da casa uma técnica com função de AT pede para sair do serviço por motivos pessoais não relacionados ao serviço, ficando apenas este técnico de nível superior coordenando a equipe do SRT durante alguns meses até a chegada de uma nova técnica de nível superior. Além disso, após a saída desta técnica, saiu também uma das cuidadoras que logo foi substituída por outra. Atualmente, até a finalização deste estudo, o técnico que assumia a função de coordenar a equipe também estava afastando-se para formação em outro Estado e a função de coordenação da equipe passou a ser exercida apenas pela outra técnica de nível superior. Vale também referir a participação de duas estagiárias de psicologia compondo a equipe no período de um ano.

<sup>42</sup> Foi decidido, no entanto, que seria implantado apenas um SRT de modo que os dois técnicos ficaram responsáveis pelo SRT implantado. Esta decisão foi pautada, segunda a gestora responsável na época da implantação, na constatação de que a manutenção de um residencial envolveria mais recursos materiais e humanos do que se esperava no início da proposição.

já exercendo a função de ATs<sup>43</sup>. No entanto, durante o processo de transição foi sendo considerada a necessidade de uma equipe técnica maior que pudesse acompanhar os moradores durante 24 horas/dia e que teriam essencialmente a função de cuidadoras.

“Quando eles estivessem na residência que grau de autonomia eles teriam para fazer tudo aquilo que faziam acompanhados no processo de transição? Foi aí que a gente foi identificando que não tinha como deixar esse usuário sábado, domingo, feriado e à noite sozinho. E isso foi às portas de abrir a residência, entendeu? E esse trabalho durou um ano e meio. Como é que vai ser quando este usuário tiver sozinho, sete usuários dentro dessa residência a noite? Quando alguma coisa ocorrer quem é que vai lidar com isso? A gente foi vendo que a nossa responsabilidade era muito maior. E realmente a gente foi vendo que em certas situações eles não teriam como dar conta [sic] sozinhos. Então esses técnicos de enfermagem entraram *a posteriori*”. (S., gestora SMS, em entrevista em 14/08/2007)

Assim configurada a equipe para dar conta da “responsabilidade” que se assumiam no projeto do SRT, os seus componentes foram tendo suas atribuições definidas obedecendo a uma hierarquia de saberes em que os técnicos de nível superior com experiência em saúde mental coordenariam a equipe de técnicas de enfermagem (nível médio) e ASG que não tinham experiência anterior no campo, servindo de “referência” para elas. Dessa maneira, as atribuições do técnico de nível superior, pela sua capacitação e experiência em saúde mental, foram sendo definidas também como a de “capacitar e supervisionar” a equipe de cuidadoras, além de acompanhar os moradores em atividades fora da residência, tal como definido pela gestão.

“Aí a gente discutiu: como é que a gente vai fazer por que eles não são acompanhantes terapêuticos? Eles vão lá, dormem e tudo mais. Só que ao longo desse tempo a gente

---

<sup>43</sup> Tal função de AT foi definida com base em outras experiências no Brasil que indicam o AT como o recurso terapêutico mais adequado aos dispositivos residenciais e a própria orientação do Ministério da Saúde em documento oficial sobre estes dispositivos (MS, 2004b), como nos informou um dos técnicos com esta função e uma gestora.

pensou que uma das funções do acompanhante terapêutico é trabalhar com essa equipe por que ela precisa ter um olhar diferente. Por que ela não vai lá como quem vai para um hospital dar um plantão. Ela precisa se inserir na rotina daquela casa. Ele vai estar lá, a cada [sic] tantos dias, mas vai estar lá dormindo com eles, conquistando um grau de confiança deles. Ele vai ser um cuidador também. Foi aí que a gente estabeleceu que uma das funções do acompanhante terapêutico é trabalhar essa equipe.” (S., gestora da SMS, em entrevista no dia 14/08/2007)

Dessa forma, a idéia de um perfil técnico diferenciado está atrelada, no discurso da gestão, a ampliação da função do técnico de nível superior (capacitado para ser AT dos moradores) incluindo a “coordenação e supervisão” do trabalho da equipe técnica. Assim, o técnico de nível superior funcionaria como “técnico de referência” da equipe do SRT ao mesmo tempo em que a compõe. Mas, o que seria essa função de “técnico de referência” (ou de “coordenador”, como mais comumente é nomeado) e a função de “cuidador”? Como essas funções se relacionam na dinâmica da equipe?

No encontro com a equipe percebíamos que a dinâmica do seu funcionamento seguia a hierarquia instituída segundo a qual o “técnico de referência” conduzia as reuniões, dirigia muitas vezes as falas e construía, junto à equipe, as diretrizes do trabalho. As cuidadoras, por sua vez, orientavam, de certo modo, o funcionamento da casa junto aos moradores a partir das discussões com ele. No entanto, nessa dinâmica, todos os técnicos participavam da discussão sobre as dificuldades enfrentadas, os avanços observados e as necessidades dos moradores e de cada membro da equipe. Dessa forma, ainda que uma centralização do poder estivesse presente, percebíamos a circulação dos saberes e a experimentação de não-saber com todas as angústias que isso provocava nos diferentes atores, de modo que os conflitos tinham lugar, com a participação mais ativa de uns que de outros, num nítido jogo de forças na construção do trabalho e da vida. O que queremos indicar é que, apesar da definição de um lugar

instituído de “referência”, a dinâmica do grupo não seguia uma lógica autoritária e opressora, limitante do trabalho. Ao contrário, havia espaço para a invenção e participação de modo que as atuações do próprio “técnico de referência” em relação aos moradores eram muitas vezes contestadas no grupo, num movimento desinstitucionalizante e instituinte na dinâmica do grupo.

A esse respeito, lembramos de uma reunião realizada na própria residência com a participação dos moradores e parte da equipe de cuidadores. Nessa reunião, o “coordenador” da equipe pede para que uma das cuidadoras levante da cadeira em que ocupava, pois essa era a cadeira de um dos moradores (em que este costumava sentar). Essa intervenção foi, na reunião seguinte da equipe, discutida e fortemente contestada por uma das cuidadoras, sob o argumento de que indicava uma “proteção excessiva” do “coordenador” em relação ao morador e não permitia que o morador “negociasse” com a cuidadora pela cadeira se este a queria. Argumento que foi aceito pelo coordenador e refletido para a equipe. Ainda naquela reunião entre moradores e técnicos, uma das moradoras reclama ao “coordenador” os passeios prometidos e ainda não cumpridos, outro morador reclama o conserto dos banheiros, entre outras reivindicações. Vemos, assim, um jogo de forças se produzindo, a vida se afirmando sob a forma de contestações, reclamações, expressões do desejo em cada um, fazendo passagem dentro da organização hierárquica instituída.

As funções do “técnico de referência” envolviam desde lidar com questões administrativas relativas ao funcionamento da casa, orientação e acompanhamento do trabalho das cuidadoras, sendo aquela pessoa a quem recorriam diante das dificuldades do trabalho, até o acompanhamento dos moradores na circulação pela cidade e a realização de “intervenções clínicas” junto aos moradores. Assim sendo, apesar desse

técnico de referência possuir atribuições específicas e mais amplas que as técnicas de enfermagem, todos são entendidos como cuidadores.

“Pela minha formação profissional, no cuidado eu levo em consideração primeiro o sujeito e depois o sujeito que tem uma patologia, mas não se reduz a isso. O trabalho é muito mais que isso. Por que na minha atuação eu estou sempre apostando na transformação subjetiva deles no mundo, que envolve desde aprender a escovar os dentes até desenvolver formas de amar, que é singular a cada um. E dessa forma, no cuidado a eles eu não sou psicólogo deles, do mesmo jeito que as demais componentes da equipe não são técnicas de enfermagem deles, são cuidadoras. Todos somos cuidadores ali, por que temos de cuidar dessa transformação deles.” (E., técnico do SRT, em entrevista no dia 31/01/2007)

“É interessante por que o trabalho que eu realizo lá na residência é diferente de tudo que eu já fiz. Lá eu não sou enfermeira deles, eu faço muito mais do que isso. Lá eu cuido deles em todos os aspectos. Mas eu acho que a minha formação em técnica de enfermagem ajuda por que eu sei dar corretamente uma medicação, eu sei aplicar uma injeção se eles precisarem, eu percebo quando um processo inflamatório está acontecendo para cuidar deles da melhor forma”. (F., técnica do SRT, na reunião do dia 27/08/07)

Dessa forma, a definição do que seja “cuidador”, na compreensão dos componentes da equipe, não é dada tanto pelas “especialidades” e “disciplinas” profissionais quanto pela responsabilização na construção da vida em seus aspectos cotidianos, voltadas para as necessidades dos moradores. Entretanto, cabe observar que nessa construção do cuidado as ferramentas das profissões entram em jogo no cuidado e são entendidas como agregadoras no trabalho, ainda que não definidoras dele. Dessa forma, as experiências no trabalho de cuidado neste contexto “podem ser traduzidas em um exercício diário de transdisciplinaridade, em que o suposto saber acadêmico de toda a equipe é agora colocado em xeque” (Baptista *et al.*, 2001, p. 65).

Diante dessas reflexões do que seja o “cuidador” no SRT e da existência de uma equipe de cuidados específica do SRT e de um técnico de referência, nos perguntamos: o que cabe ao CAPS? Como as atribuições foram sendo definidas para esse serviço de referência para o SRT?

A presença desse técnico de referência na equipe e a própria existência de uma equipe exclusiva independente do CAPS é justificada pela gestão pelo fato de que o CAPS “de referência” não funcionaria 24 horas, além de que os seus técnicos não se dispuseram a assumir essa responsabilidade “a mais”, sob a justificativa de que não tinham condições de lidar com as exigências de um trabalho como esse, para além daquelas existentes dentro do próprio CAPS. Além disso, um dos técnicos aponta que essa configuração também se justificou pela tensão existente entre os serviços e a gestão municipal, de modo que a gestão decidiu colocar uma equipe independente. Há, assim, atravessamentos políticos frutos de uma história de tensões entre os atores em jogo, trazendo implicações para essa configuração peculiar do SRT.

Tal configuração da equipe do SRT Natal produz na relação entre os serviços uma série de problemáticas relativas à co-reponsabilização no cuidado aos moradores e à própria delimitação das atribuições que competem a cada equipe nesse processo, além de implicações no próprio trabalho de cuidado.

Assim, é preciso considerar que, nos casos como o de Natal em que há uma equipe de cuidadores no SRT e que recebe apoio da equipe do CAPS de referência, “é fundamental, pois, que a equipe do CAPS e a equipe da residência entendam quais os seus papéis no atendimento a esses moradores” (Ribeiro, 2006, p. 150). No entanto, dependendo do modo como essa articulação em rede é construída, a clareza ou definição de papéis vai se dando de modo mais ou menos difícil. No caso de Natal, o que

observamos é a falta de clareza sempre discutida e percebida como fruto dessa não articulação e, portanto, da não construção da co-responsabilização no cuidado desde o início, na própria concepção do SRT. Percebemos que essa falta de clareza em relação às atribuições pelo cuidado se agrava quando consideramos que são restritos os espaços de discussão e encontro das equipes existentes.

Nessa definição de papéis entre cuidadores que atuam diretamente no cotidiano dos SRTs e uma equipe técnica especializada de referência, alguns autores defendem que “o papel dos cuidadores para os ex-internos é fundamental, mas parece importante que seu caráter técnico seja mais reduzido do que nos CAPS: quanto mais for o cidadão, o amigo, o vizinho, será mais produtivo para o morador” (Guarido & Campos, 2006, p. 146). Dessa forma, na construção da co-responsabilização os autores apontam a importância de que a dimensão técnica do trabalho seja cada vez mais reduzida dentro da residência e desenvolvida nos CAPS, colocando a necessidade de se pensar a existência de uma equipe técnica exclusiva dentro do SRT como algo a ser avaliado em função das conquistas no trabalho de inserção social e das necessidades dos moradores.

A esse respeito, Scarcelli (2006) defende que é necessário “ampliar os horizontes para além da assistência, pois a casa, por exemplo, pode ser significada como mais um dos equipamentos assistenciais, e não como local em que se habita e que deve ser parte de uma rede social” (p. 74). Como, então, ir construindo os SRTs como casas que compõem redes sociais sem reproduzir novas formas de medicalização e relações manicomialis, respeitando as singularidades em jogo?

## **2.2 Articulação com a rede de saúde e co-responsabilidade no cuidado**

Um caminho que pode orientar as práticas é o desenvolvimento de parcerias dentro e fora da rede de saúde, ampliando as possibilidades de cuidado. Para tanto, nesse processo de cuidado, na perspectiva da desinstitucionalização, parece imperativo que o processo libertador caminhe junto a um “processo público de estabelecimento de responsabilizações” (Merhy, 2001, p. 4). Isto por que à medida que os moradores (e os ainda não moradores) vão construindo vínculos com mais pessoas e lugares, mais independentes em relação à rede de saúde vão se tornando na invenção da vida. Assim, o estabelecimento efetivo de redes de cuidado colabora nessa invenção, como nos diz Merhy (2004):

(...) a capacidade de se gerar mais vida com o caminhar na vida; o que traduzo também como a capacidade de indivíduos e coletivos gerarem redes que atam vida e como tal produzem-na. Este é um dos olhares que faço sobre a noção de autonomia: a multiplicação de redes de dependências (p. 7).

Pensando nessa multiplicação de “redes de dependências”, destacamos três eixos principais de co-responsabilização no cuidado que precisam ser ativados desde a implantação do SRT e preservados para a sustentação desse dispositivo:

- 1) A co-responsabilização na rede de saúde mental, especificamente CAPS – SRT, tendo em vista que os moradores frequentam semanalmente o CAPS e lá desenvolvem atividades planejadas em seus PTIs;
- 2) A co-responsabilização entre a atenção especializada e a atenção básica, tendo em vista a circulação do morador como usuário da rede de saúde;
- 3) A co-responsabilização entre todos no cuidado de cada um para além da rede de saúde, entendida como parcerias com a comunidade e outros setores, viabilizando os projetos de vida de cada morador.



Em relação ao primeiro eixo, existem diferentes experiências e estratégias de articulação entre os serviços de saúde mental, como vimos a partir da questão da configuração das equipes. Em Natal, a co-reponsabilização no cuidado vem sendo construída em reuniões quinzenais entre essas equipes do SRT e do CAPS muito recentemente realizadas de maneira sistemática<sup>44</sup>. No entanto, esse processo tem sofrido ao longo do tempo uma série de atravessamentos fruto da inexistência de articulação com o CAPS desde a concepção e o processo de transição. Assim sendo, a precariedade de espaços de diálogo se configuram, sobretudo, a partir das “urgências” sentidas pelas equipes, não permitindo o estabelecimento efetivo de parcerias entre o SRT e o CAPS e entre esses e demais serviços da atenção especializada na construção coletiva do cuidado, como observa uma gestora:

“Eu acho que o que a residência provoca na rede é muita interrogação. E acho que a rede ainda tem se isentado muito de procurar respostas. Eu acho isso preocupante. Por que têm pessoas na rede, além do CAPS de referência, que não se consideram responsáveis pela residência. E mesmo a construção dentro do CAPS é problemática. Por que o CAPS se considera co-responsável, mas me parece – e isso é uma avaliação minha e eu posso estar enganada – num nível de responsabilidade menor do que o que deveria ter em relação a pouca implicação ou ao modo como a implicação aparece na residência. [E como você explicaria essa pouca implicação?] Eu acho que é por que a residência ela lhe traz o desafio. Eu acho que talvez de tudo que a gente possa colocar na rede, talvez seja a que mais questione o modelo de trabalho que se tem. Por que é algo que lhe pede para sustentar essa política da reforma psiquiátrica por vinte e quatro horas por dia. (S., gestora da SMS, em entrevista no dia 14/08/2007)

---

<sup>44</sup> Vale referir que a sistemática destas reuniões observada no período do nosso estudo de campo foi em muito motivada pelo caso de uma moradora que precisou de internação psiquiátrica e iria retornar ao SRT exigindo o apoio de todos. Hoje, como temos acompanhado, as equipes voltaram a se encontrar muito pouco.

Nesse sentido, a gestora indica que o SRT traz para a rede de saúde como um todo a necessidade de mudanças nos modelos e processos de trabalho de modo que seja possível a construção coletiva em rede de cuidado a esses moradores.

Nas reuniões que acompanhamos entre os serviços (CAPS e SRT) muito foi discutido no sentido acerca dessa co-responsabilização. Nessas, os técnicos do SRT reclamavam da falta do apoio do CAPS, apontando sua ausência em momentos difíceis para a equipe, como aquele em que uma das moradoras se acidentou e passou quatro meses internada em hospital geral, exigindo que a equipe do SRT se dividisse entre os cuidados a ela e aos outros moradores, além das crises psicóticas por ela vividas no período pós-internação. A partir desse caso, bastante discutido entre as equipes, foi refletida essa queixa da equipe do SRT em relação à responsabilização por parte dos técnicos do CAPS, cobrando a presença desse como serviço de referência. A equipe do CAPS, por sua vez, percebia o cuidado com os moradores do SRT como um trabalho “a mais” que não podiam assumir como reclamavam as cuidadoras. A equipe do CAPS justificava tal impossibilidade pelo atual momento de mudanças na equipe com perdas ainda não reparada de recursos humanos, como evidente no seguinte diálogo entre as equipes numa reunião realizada no dia 09/10/2007:

-“Para nós também é muito difícil, pois a gente aqui no CAPS mal dá conta dos usuários daqui. Lá são sete e aqui são, só nesse mês, setenta e cinco **mais** os sete. É muita coisa para se fazer aqui dentro e a gente não dá conta. Como E. falou a gente tem um problema sério de recursos humanos, e os de lá tem vocês e os daqui não tem ninguém, o negócio é só com a gente. E aí não dá” (J, técnico do CAPS)

-“A gente entende isso, a gente não está dizendo que vocês têm que estar lá o tempo todo, mas que é preciso haver uma comunicação. A gente precisa saber como eles estão aqui no CAPS, pra trabalhar com eles lá”. (N. técnica do SRT)

-“É isso. E, às vezes, a gente não sabe o que fazer com eles e vocês aqui lidam com esse tipo de paciente há muito tempo e a gente não. Muitas vezes a gente quer o apoio de vocês por que a gente nunca tinha trabalhado em saúde mental até agora e já faz dois anos que a gente ta sozinho, só com E.” (F., técnica do SRT).

A existência desses espaços de diálogo tem se revelado, portanto, importantes na comunicação e troca de experiências entre as equipes de tal maneira que a sua sistemática viabiliza a construção coletiva dos PTIs moradores/usuários, assim como o compartilhamento das dificuldades e alternativas encontradas no cuidado a cada morador. Para tanto, o trabalho da equipe de acompanhamento dos moradores não pode ser encarada como mais uma tarefa do CAPS. Ou seja, o CAPS deve gerenciar os cuidados e a forma de inclusão da equipe de cuidadores precisa ser diferenciada

(...) de modo que garanta um laço que a legitime como equipe do CAPS, sem que precise estar no cotidiano do serviço, realizando atividades permanentes (...) sua agenda deve ser a agenda dos usuários em desinstitucionalização no território. É importante ainda que se possa trabalhar com um grupo dedicado ao eixo da desinstitucionalização, do seguimento da comunidade (...). Trata-se de uma composição que precisa ser construída junto ao CAPS, implicando também a integração com programas, como o PSF. (Albuquerque, 2006, p.107)

Assim, pensando na realidade de Natal, há a possibilidade de pensar a equipe de cuidadoras do SRT como integrante do CAPS que seria responsável pelo “seguimento da comunidade”, de modo a aproximar e responsabilizar ambos os serviços no processo de cuidado aos moradores, ampliando também a perspectiva da atenção aos usuários do CAPS para além do serviço.

No encontro entre as equipes merecem atenção também as discussões sobre o retorno, após um período de internação, de uma das moradoras que sempre demanda passeios, de tal modo que “entra em crise” quando não consegue circular. As equipes

discutiram como essa moradora não “adere” aos serviços, pois deseja “ficar andando na rua” e foi vista a necessidade das equipes criarem estratégias de cuidado que considerassem esse desejo dela, oferecendo, com mais frequência a possibilidade de sair sem que isso se configure como “fuga” ou “risco de acidente”<sup>45</sup>. Foi avaliado como, para essa moradora, as atividades oferecidas pelo CAPS não atendiam as suas “necessidades de saúde”, de tal modo que ela passou a frequentar esse serviço em horários mais restritos durante alguns dias da semana. No entanto, as equipes não questionam a pertinência dessas idas ao CAPS como parte do trabalho de cuidado relativo a essa moradora.

Dessa maneira, essa pouca “responsabilização” pelo CAPS e a necessidade de apoio pelo SRT podem nos indicar, mais do que uma tensão fruto de embates políticos anteriores entre serviços e gestão, as dificuldades de desconstruir o modelo assistencial vigente. Dito de outro modo, o que essas dificuldades no âmbito da co-reponsabilização podem nos indicar é como o modelo de atenção, centrado nas condutas já instituídas (consulta médica, oficina terapêutica, escuta individual, grupos operativos, etc.) restritas ao interior do serviço, é insuficiente para atender as novas demandas colocadas no campo da saúde mental. E mais do que insuficiente, ele é resistente por que capturado pela lógica manicomial que impede a invenção e à permeabilidade ao novo. Nesse sentido, o discurso da sobrecarga de trabalho frente à carência de recursos humanos, físicos e materiais e a demanda crescente de usuários indica problemas na organização e gestão dos processos de trabalho na rede de saúde como um todo que convertem um modelo que deveria ser psicossocial em meramente ambulatorial, sustentado que é por esses pequenos “manicômios mentais” em nós, como nos mostrou o trabalho de Alverga e Dimenstein (2006).

---

<sup>45</sup> Esta moradora numa de suas “fugas” foi atropelada ficando gravemente ferida.

Dessa forma, as dificuldades na construção da co-responsabilização colocam-se quando as necessidades de saúde e vida dos usuários do CAPS (dentre eles os moradores do SRT) não são atendidas pelos dispositivos existentes exigindo a construção de ações “fora” do serviço, na circulação da cidade, no encontro com os recursos comunitários existentes, na articulação com outras forças e dispositivos sociais (Moreira, 2007; Albuquerque, 2006) <sup>46</sup>.

Entretanto, pudemos perceber que, também frutos desses encontros “de urgência”, aconteceram iniciativas importantes na construção da co-reponsabilização que mobilizaram ambas as equipes para operarem outras formas de cuidar. Um exemplo dessas iniciativas foi a parceria estabelecida entre componentes de ambas as equipes para atenderem aos pedidos de um dos moradores em voltar à sua cidade Natal. Alguns meses após ir para a residência, esse morador começou a expressar tal desejo, o que levou uma das técnicas a procurar saber de sua origem a fim de poder resgatar a sua documentação há muito perdida e, assim, poder conseguir para esse, entre outras coisas, os benefícios financeiros a que tinha direito<sup>47</sup>. Constatando como pertinente as informações do morador, essa técnica coloca para as equipes o desafio de ir até essa cidade para buscar no cartório local as referidas documentações. Dessa forma, é feita uma viagem com ele até a sua cidade de origem, no interior do Estado. Em tal viagem esse morador foi acompanhando por uma estagiária (cuidadora) do SRT e uma técnica

---

<sup>46</sup> Neste sentido, destacamos os centros de convivência como dispositivos importantes na rede e no trabalho de reinserção social. Segundo o Ministério da Saúde, “os centros de convivência e cultura são dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais. O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde (MS, 2005b, p. 36). Entendemos que a inexistência destes dispositivos na rede local, dificulta o trabalho de inserção social empreendido.

<sup>47</sup> Os benefícios previdenciários (a que este morador tinha direito pela idade) e do programa de Volta para Casa não podiam ser efetivados pela ausência de documentação, tal como o caso de outros moradores.

do CAPS. Nos passeios pela cidade, ele lembrou fatos importantes de sua vida, reencontrou pessoas que podem ser seus parentes e expressou o desejo de voltar a morar lá. Seus documentos foram resgatados e ele passou a receber os benefícios a que tinha direito e hoje planeja as possibilidades de uma vida nesta cidade. Dessa viagem, portanto, construíram-se possibilidades de vida para esse morador, numa iniciativa relativamente simples, mas foi possível a partir dessa parceria, da disponibilidade e da responsabilização de alguns componentes das equipes.

É nessa direção que a relação entre os serviços pode ser pensada a partir do que propõe Merhy (2004) para o CAPS enquanto serviços que ao

Estarem no olho do furacão antimanicomial, tornam-os lugares de manifestação dos grandes conflitos e desafios (...) e ousar dar conta dessas missões gigantescas é estar aberto a operar no tamanho da sua potência e governabilidade, adotando como um dos princípios o de ser um dispositivo para isso, o que implica em **produzir novos coletivos para fora de si mesmo**. (...) e seria muito interessante que tornassem isso um elemento positivo, como marcador contra os que possam imaginar que ele já é o lugar das certezas antimanicomiais. (pp. 2-3) (grifos nossos)

Quando pensamos na perspectiva da desinstitucionalização, a produção de coletivos contra as certezas e verdades absolutas de toda ordem e em favor da experimentação, assim como a articulação entre os diferentes dispositivos de saúde e da comunidade constituem exigências para que um trabalho efetivo de atenção às necessidades de saúde e vida dos usuários seja possível. Nesse trabalho, como disse Deleuze (1992), “as noções de importância, de necessidade e de interesse são mil vezes mais determinantes que a noção de verdade” (p. 162).

A esse respeito, destacamos também inexistência de articulação dos demais serviços de saúde mental com o SRT. Quando entrevistamos a gestão do distrito, ficou

evidente como essa questão da não articulação da rede coloca-se de modo importante quando as próprias gerências distritais não compartilham dificuldades e experiências, impossibilitando, por exemplo, que a experiência do SRT seja conhecida nos demais distritos sanitários e serviços neles localizados.

“Eu acho que esses serviços precisam conversar mais, se encontrar mais. Não quer dizer que não se falem, mas como é um desafio, todo dia é uma experiência nova. (...) Acho que falta mais a comunicação de serviço pra serviço. (...) Os técnicos vão e vêm, mas os serviços continuam, por isso precisa ser uma coisa mais amarrada a articulação CAPS, residência terapêutica e hospital. (...) [A partir dessa experiência do SRT o que você compartilharia com um outro distrito pensando na expansão da rede?] Não consigo lhe dizer pela questão da territorialização. Como nós somos mais antigos na questão da saúde mental, então, é tão voltada essa questão pra esse distrito que eu não consigo ainda enxergar o CAPS Oeste, o CAPSi Oeste ainda dentro dessa rede. É preciso que os distritos comecem a se movimentar nesse sentido.” (D., gestora da SMS, em entrevista no dia 29/04/2007)

Dessa maneira, observamos como a problemática articulação da rede, justificada pelo princípio da territorialidade dos serviços, inviabiliza a co-responsabilização dos diferentes serviços nos diferentes distritos no cuidado aos usuários, o que tem implicações diretas na atenção oferecida a esses e na própria expansão da rede que pode acontecer de modo problemático quando não há o compartilhamento das experiências.

Em relação à co-responsabilização pelo cuidado dos moradores entre a atenção em saúde mental e a atenção básica, diferentes experiências indicam a importância da articulação no cuidado aos moradores.

Guarido e Campos (2006) defendem a necessidade de boa relação com os centros de saúde e com as equipes de saúde da família na atenção aos moradores que, em boa parte, são população geriátrica e cujas necessidades são mais clínicas gerais que

psiquiátricas. Entretanto, há a tendência dos serviços em geral de vê-los como “doentes mentais” em primeiro lugar, sendo atribuídos às questões de saúde mental todos os problemas. A esse respeito afirmam: “vemos como é difícil para o profissional de saúde mental abrir mão do seu paciente, bem como é difícil para os profissionais dos centros de saúde o assumir.” (Guarido & Campos, 2006, p. 146)

Em outros locais, tais como em Barbacena e Santo André, os moradores são acompanhados pelas unidades básicas de saúde (UBS), por equipes do programa saúde da família (PSF) ou por ambulatórios de hospitais universitários. Além disso, nas situações agudas e nos fins de semana, são atendidos em serviços de pronto-atendimento e, em casos de internação, em hospitais municipais ou universitários. Nesses espaços, cada morador vai construindo relações (Ribeiro, 2006), mas há dificuldades relativas às falhas na rede de saúde e à falta de medicamentos nos postos de saúde que podem ocasionar descompensações nos quadros clínicos e psiquiátricos dos moradores (Vidal *et al.*, 2006).

Em Natal, observamos dificuldades semelhantes encontradas pela equipe do SRT no cuidado aos moradores que necessitavam de serviços da atenção básica. Os moradores utilizam serviços de saúde, oferecidos no território em que se encontra a residência, para consultas médicas, fisioterápicas, psicológicas e odontológicas, entre outras. No entanto, foi necessária a construção de parcerias e negociações com os serviços e com a própria gerência do distrito para que essa atenção fosse viabilizada. Esse trabalho foi necessário tendo em vista as especificidades ligadas ao fato de serem usuários com história de transtorno mental dentro de uma rede cuja articulação é frágil e de que, pela institucionalização, não costumavam circular na rede de atenção básica,



não possuíam qualquer documentação como é exigido de qualquer outro usuário da rede e ainda necessitavam de acompanhamento dos técnicos do SRT.

“Eles têm atendimento na atenção básica no São João [posto] e aqui na policlínica. (...) Então foi à unidade mais próxima para que as meninas e os estagiários de psicologia que estavam lá na época (e eles fizeram isso muito bem) de trazer esse usuário da psiquiatria para a atenção básica para que eles pudessem ser encaminhados ao cardiologista, ao neurologista, ao clínico geral. (...) Então, abrimos o prontuários de todos eles. Então tudo que eles precisam de consulta, o estagiário vai ao centro de saúde, marcam a consulta, ligam pra residência e eles vão lá. De lá eles já vêm encaminhados” (D., gestora da SMS, em entrevista em 29/08/2007).

“Negociou-se com a gerência do distrito que no Posto São João um de nós iria e marcaria sem entrar na fila, por conta dessa coisa deles serem portadores de necessidade especial, por conta dessa dificuldade deles irem sozinhos, por conta da dificuldade da gente chegar às 7 horas da manhã por que tem outras coisas pra fazer. Aí a gente se valeu, de certa forma, de que é um serviço da rede e de **forçar de certa forma o restante da rede**. Tem assim a comodidade nossa, é bom ter algumas facilidades por que desafoga mais o nosso trabalho, mas tem também a coisa de que a **rede tem que se abrir pra residência**. A gente podia ter seguido com eles o percurso normal que todo usuário segue na atenção básica, mas eu acho que a rede só ia **reconhecer a residência** dessa forma. E a gente encontra muita dificuldade de que o restante da rede saiba o que é a residência.” (E., técnico do SRT, em entrevista realizada em 31/01/2007).

Fica evidente nesses depoimentos uma série de dificuldades que vão desde problemas com a marcação de consultas enfrentadas por qualquer usuário do SUS, falta de informação, descuido com o paciente até a falta de capacitação dos profissionais e a não sensibilização para as demandas específicas desses usuários. Hoje, os moradores recebem atenção de um posto de saúde próximo em algumas especialidades médicas sem entrar na fila de espera, o que foi possível mediante esse “acordo” feito com a gerência do distrito sanitário. Assim, o que se tem é uma atenção especial que se obtém

por “concessões especiais” e não pelo direito que esses moradores têm, enquanto usuários da rede, de serem atendidos em suas reais necessidades de saúde, respeitando-se o princípio da integralidade da atenção. Aqui o desafio que se coloca é o da construção de redes efetivas de comunicação e ação entre a atenção básica e especializada de modo a atender a essas diversas demandas em saúde apresentadas por esses moradores.

No que diz respeito à co-responsabilização, num sentido mais amplo, de todos no cuidado de cada um, entendida como parcerias com a comunidade e outros setores, viabilizando os projetos de vida de cada morador na construção de redes sociais para além dos serviços de saúde, Guarido e Campos (2006) sugerem que a parceria com associações de familiares e amigos dos usuários de serviços de saúde mental, na gestão dos SRTs, pode enfatizar o caráter de residência e minimizar o de serviço de saúde, aumentando a proximidade entre cuidador e a pessoa cuidada, além de entenderem como fundamentais as parcerias com os setores de assistência social e habitação.

Nesse sentido, o que observamos em Natal são iniciativas ainda muito restritas. Tem sido feito um trabalho de articulação com a promotoria do idoso, no setor judiciário, para a obtenção de certidões de nascimento tardia que já viabilizou que dois dos moradores tirassem identidade e, assim, tivessem direito a benefícios como a aposentadoria e aquele do Programa de Volta para Casa. A técnica do SRT que é assistente social também tem desenvolvido um trabalho de articulação com os setores de assistência social para viabilizar a retirada de documentações dos outros três moradores que não possuem qualquer documento. No entanto, as parcerias intersetoriais ainda estão restritas a essa questão e as parcerias com a comunidade restringem-se aos contatos com vizinhos na obtenção de doações. A efetiva construção de redes sociais

ainda não se opera, estando o foco de ação voltado para a conquista de certas condições de cidadania para os moradores.

Assim, com base nessas diferentes experiências, percebemos que na construção efetiva de possibilidades de vida para esses moradores, a criação de redes sociais a partir dessas parcerias ainda é algo a ser desenvolvido. Concordamos, então, com Guarido e Campos (2006) quando dizem: “É preciso a rua. Não basta a casa. Não basta o sossego da rede que embala. É preciso a rede que tece os laços sociais perdidos. E isto significa a cidade, em todos os seus riscos e conflitos” (p. 147). E se é possível pensar no cuidado nesses espaços, como construí-lo na cidade com seus riscos e conflitos, com toda a sua realidade na vida desses moradores?

### **2.3 Do processo de trabalho e das tecnologias do cuidado – Somos técnicos, mas não trabalhamos num hospital!**

Em nosso primeiro encontro com a equipe de cuidadores do SRT, quando digo que estou ali para conhecer o trabalho que elas desenvolvem e como percebem o que fazem junto aos moradores, escuto depoimentos que falam do caráter inusitado e imprevisível do trabalho em relação aos outros realizados no campo da enfermagem ou da psicologia, que exigia de cada, todo dia uma invenção e uma desconstrução daquilo que pensavam antes como “ser louco” ou “ser doente mental”, num reconhecimento de que o trabalho estava permitindo outro posicionamento diante da diferença.

Assim, o trabalho a ser desenvolvido pela equipe exigiu, desde o início, o manejo da insegurança fruto da inexperiência nesse campo de trabalho aliado à desconstrução de certas imagens e sentidos da loucura que historicamente identificam o

louco com o estranho perigoso, com o doente mental que é o “paciente difícil”, o “paciente agressivo”, o “paciente que perturba”, atravessando o trabalho de cuidado todo o tempo. E, nessa desconstrução cotidiana e necessária, a idéia de um perfil para o técnico cuidador é pensada como baseada num “olhar diferente” em relação à loucura no sentido do exercício de não reprodução da lógica manicomial.

“A gente tem que ter todo cuidado com o perfil do técnico que lida com paciente de transtorno. Acho que ele precisa de um olhar diferente, ele precisa ser um grande articulador, inclusive com a sociedade pra estar rompendo as barreiras e a gente não corra o risco de cronificação dentro de uma residência terapêutica.” (D., gestora da SMS em entrevista no dia 29/08/2007)

Dessa forma, quando pensamos o trabalho de cuidado, podemos pensar sob o ponto de vista do processo de trabalho em si e das questões que são colocadas para o trabalhador, os desafios por eles enfrentados; e sob o ponto de vista do “produto” desse trabalho que é o próprio cuidado e os efeitos desse na vida dos moradores na construção dos seus “projetos de felicidade” (Ayres, 2004).

Consideramos o processo de trabalho em saúde como aquele que “toma centralmente um conjunto de sabedorias e práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo ‘problema de saúde’” (Merhy, 2001, p. 78) e que para tanto lança mão de certas “tecnologias” de modo que, no cotidiano, trabalhadores e usuários “produzem-se mutuamente, como uma máquina permanente de produções de subjetividades, de modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades” (Merhy, 2001, p. 72). Nesse sentido, pudemos perceber como esse trabalho foi sofrendo mutações e como as cuidadoras tiveram de lançar mão de tecnologias com as quais não estavam acostumadas a trabalhar na realidade de outros serviços de saúde.

“Na residência não tem rotina. Quando eu trabalhava no hospital eu já sabia o que tinha que fazer com os pacientes

naquele dia, sabia que tinha de contatar a família de tal paciente, de ver se o outro estava precisando de alguma coisa, que tinha um formulário pra preencher. Aqui não, a gente nunca sabe o que vai aparecer. Todo dia é uma coisa diferente, imprevisível, com demandas de tudo que é jeito” (N., técnica do SRT, em reunião do dia 27/08/2007)

“Lá no hospital ou mesmo lá no posto, a gente cuida do paciente, realiza determinado procedimento e depois ele vai embora e a gente não tem aquele vínculo. Aqui não, o vínculo é muito grande e sem ele a gente não trabalha. O tempo todo eles dependem da gente e a gente deles. Eu vou pra casa, chego morta de cansada, muito mais do que quando saio do posto, mas eu sinto falta dos danados (risos), fico pensando se tá tudo bem com eles. Eu me envolvo mesmo!” (F., técnica do SRT, em reunião no dia 26/11/2007)

Vemos, dessa maneira, que no trabalho que as cuidadoras desenvolvem no SRT “as tecnologias leves” são aquilo que o viabiliza essencialmente, no sentido proposto por Merhy (2001), o que exige que o trabalho esteja baseado em práticas de saúde que envolvam a escuta efetiva, o acolhimento das demandas dos moradores, o estabelecimento de vínculos afetivos e a criação de espaços de negociação e diálogo entre os atores envolvidos. E o trabalho de cuidado acontece, então, mobilizando afetos e criando determinadas demandas com as quais as cuidadoras não estavam acostumadas a lidar, exigindo delas a criatividade diante do cotidiano imprevisível, o permitir-se experimentar, buscando os recursos de que dispõem. Nesse sentido, num dos encontros na casa, uma moradora agradece emocionada a uma das técnicas pelo que ela fez quando ficou “muito agoniada” e a técnica conta o que aconteceu:

“Por volta das cinco da tarde C. teve uma crise. Ela se transformou completamente, ficou de um jeito que eu nunca tinha visto nesses quase dois anos que eu estou aqui. Ela ficou agitada, angustiada mesmo. Não foi agressiva não, ela tava era angustiada, agoniada, desesperada mesmo. E aí S. começou a ficar também agoniada e aí eu fiquei sem saber o que fazer. Falei: ai meu Deus! Só me restava rezar. Aí peguei uma bíblia que eu tinha, li o salmo 23 e comecei a orar por ela, para

aquela agonia deixar ela. Aí depois de um tempo, ela foi se tranquilizando, foi se tranquilizando e aí eu fiquei tão fraca que não consegui levar ela para o quarto. Só Deus sabe como ela conseguiu ir até o quarto. Mas aí não teve mais nada. Eu não queria falar isso pois as pessoas podiam dizer que eu estou botando religião no meio, mas eu fiquei mesmo sem saber o que fazer.” (F., técnica do SRT, na reunião do dia 24/09/2007)

Diante do sofrimento da moradora, a “técnica” coloca-se como cuidadora ao lançar mão de um recurso não convencional, que não é próprio da sua atuação profissional como enfermeira, e faz uma intervenção que acolhe esse sofrimento e produz um efeito terapêutico. Assim, defrontando-se com o não-saber e reconhecendo o sofrimento do outro pôde experimentar uma forma de cuidar que é puramente do campo das tecnologias leves, do manejo das intensidades no encontro com aquele de quem cuida. E isso só foi possível por que abriu mão de, naquele momento, ser a “enfermeira” e assume simplesmente o lugar de quem cuida. É nesse sentido que Sanzana *et al.* (2006) e Baptista *et al.* (2001) apontam para a necessidade que, nos dispositivos residenciais, de não trabalhar com modelos rígidos do que seja o cuidado e do que seja o habitar uma casa, desnaturalizando as práticas e dando lugar às singularidades.

Para tanto, colocam-se também como necessárias a “auto-análise” constante sobre as práticas e a própria implicação do cuidador nessas práticas, no sentido proposto por Franco (2006):

A auto-análise pode exercer a função de inibir a captura dos coletivos-equipes valorizando seu próprio conhecimento, suas iniciativas e a capacidade criativa. (...) Estimular os coletivos, isto é, as milhares equipes de saúde, é procurar torná-los, nesse processo, sujeitos desejantes, capazes de atuar no mundo conforme os preceitos de um projeto de mudança, pautado pela ética do cuidado, em condições de revolucionar o que se impõe atualmente, como uma realidade que vive na repetição. (p. 7)

E essa capacidade auto-analítica desenvolve-se no reconhecimento das capturas manicomiais no cotidiano do trabalho, bem como, das resistências em relação a elas no manejo do cuidado que produzem “efeitos” ou “resultados do trabalho” no sentido da construção da vida no SRT.

Assim, num momento em que a equipe expressava suas resistências quanto ao cuidado de uma das moradoras que colocava a todos numa situação de impotência, as cuidadoras falam da “instabilidade” do trabalho e expressam a dificuldade de ver os “resultados”:

“O trabalho lá no hospital não tem vínculo, tem uma evolução que vai pra frente ou não. Aqui a gente faz um trabalho que daqui a pouco pode voltar tudo pra trás, não tem a lógica de cura e isso magoa o profissional”. (F., técnica do SRT, em reunião no dia 22/10/2007)

“A gente fazendo um trabalho de rotina, a gente vê o trabalho render, vê a nossa competência. E aqui não se vê os resultados” (E., técnica do SRT, em reunião no dia 22/10/2007).

“O resultado que a gente vê hoje, amanhã já foi embora.” (L., técnica do SRT, em reunião no dia 22/10/2007)

Esses depoimentos nos convocam a pensar não só na qualidade do trabalho que é desenvolvido no SRT, mas também na própria percepção das cuidadoras sobre esse trabalho. Diferente em relação ao trabalho numa outra unidade de saúde qualquer, esse trabalho exige posicionamentos e mobiliza elementos com os quais elas não se sentem preparadas para lidar, gerando sofrimento para elas e produzindo diversos atravessamentos no trabalho e na relação com os moradores. São constantes os questionamentos na equipe sobre “direção” do trabalho e as expectativas em relação às “conquistas” de cada um. O que é, afinal, “avançar” nesse trabalho? Quais são os “indicadores de produção” presentes que conferem ao trabalhador uma perspectiva em relação ao seu trabalho? São algumas das questões que emergem diante das discussões

das quais participamos. E nessas discussões, entre frustrações e alegrias, percebíamos esse movimento de ir e vir, de avanço e recuo diante do que se estava “produzindo”, numa espécie de tateio “auto-analítico”. Nesse tateio foi possível perceber que a produção ali era “imaterial” e que se revelava para a equipe em cada transformação, grande ou pequena, nos “modos” de vida dos moradores, como evidente em diálogos como esse travado na reunião do dia 27/08/2007:

- “Eu muitas vezes me sinto impotente mesmo por que não sei se o que eu tô fazendo tem efeito para eles. A questão da auto-estima de S. mesmo, muitas vezes eu não sei o que fazer.” (F., técnica do SRT)

- “Mas eu vejo como S. melhorou com essas idas ao cabeleireiro que você faz com ela. Vejo como ela foi ficando mais vaidosa, querendo saber mais de si, dos cuidados com o corpo dela.” (N., técnica do SRT)

-“É. Eu vejo que ela evoluiu também nessa história, ela me pede para ir ao cabeleireiro com ela e aí ela conversa com as pessoas na rua, cumprimenta todos no salão, pergunta ao cabeleireiro quanto custa o trabalho dele. Essas coisas que antes ela não fazia” (F., técnica do SRT)

Dessa forma, vão se delineando de modo sutil as próprias diretrizes desse trabalho de cuidado à medida que a desconstrução da institucionalização junto a cada morador vai sendo realizada e, junto com ela, vão se desconstruindo também certos posicionamentos tutelares.

Ao fazer uma espécie de retrospectiva histórica do trabalho, podemos dizer que, num primeiro momento, logo após a inauguração no SRT de Natal, o trabalho de cuidado estava focalizado na construção de formas de morar numa casa, dos hábitos cotidianos no tempo e espaços domésticos e não hospitalares e de estratégias de cuidado para com cada morador e deles uns com os outros. Era a construção dos modos de vida possíveis para cada um. Nesse momento, observamos um trabalho muito mais individualizado, pedagógico e vigilante, que envolvia as insistentes tentativas de fazê-



los participar das atividades de limpeza e arrumação da casa, da elaboração das refeições, de contato com as pessoas que visitavam ou telefonavam para a residência. Sob o peso da responsabilidade que assumiam e no processo de desconstrução das marcas da longa institucionalização dos moradores, os cuidadores desenvolveram papéis próximos ao do atento professor ou de um cuidadoso familiar. As “saídas” eram sempre acompanhadas e restritas a ida ao CAPS ou outro serviço de saúde de que necessitassem e, muito raramente, para os demais espaços da cidade, o que dependia da disponibilidade dos técnicos em ir com eles. Quando não acompanhadas e avisadas aos técnicos, as saídas eram entendidas e nomeadas pela equipe como “fugas”, o que sempre motivava preocupação e discussões na equipe de cuidadores sobre a responsabilidade que assumiam.

Em relação a essas “fugas” merece atenção o fato de que o “técnico de referência” foi progressivamente trabalhando junto à equipe a idéia de que os moradores poderiam ir e vir de sua casa e isso poderia não ser entendido como “fuga”, “por que só se foge de onde se sente preso!”, mas como “passeio” ou o simples “desejo de andar pelas ruas”, apontando como a lógica manicomial estava presente na própria conduta da equipe em relação a isso. E junto a essa discussão emergiram outras sobre a posse da chave da casa e sobre as recusas a ir ao CAPS que indicavam a posição de vigilância e controle da equipe sobre a vida dos moradores, reproduzindo as estratégias biopolíticas disciplinares e reguladoras com as quais deveriam romper.

Num segundo momento, que podemos já identificar como o mais recente, percebemos na equipe a construção da confiança em relação aos moradores de modo a conferir a eles mais autonomia aliado a um exercício de pensamento mais crítico sobre estes posicionamentos tutelares. Dessa maneira, os moradores hoje vão e voltam do CAPS na maioria das vezes sozinhos e algumas “saídas” eles realizam sozinhos e outras

ainda são acompanhadas pelos técnicos ou “vigiados à distância”, revelando um exercício da equipe de poder responsabilmente criar possibilidades de que eles experimentem e usufruam da vida fora da casa. A esse respeito, uma das cuidadoras, numa reunião da equipe, conta de sua preocupação com dois dos moradores:

“Esse fim de semana mesmo, no meu plantão, B. e R. foram pra missa no horário normal que é às 17 horas, mas quando deu 19:40 e eles não voltaram eu comecei a me preocupar. Normalmente eles voltam às 19 horas e fiquei pensando: o que terá acontecido. Foi aí que chamei A. (outro morador), disse pra ele colocar a camisa para gente ir atrás de B. e R. Procuramos nas redondezas e nada. Aí a gente foi até a casa de E. (técnico “coordenador” do SRT) e dissemos a ele o que tinha acontecido e ele pegou o carro e fomos atrás deles na Igreja. Chegando lá, ficamos sabendo que a missa tinha mudado de horário e eles dois ainda estavam lá assistindo a missa. Olhei de mansinho de modo que eles nem me viram. Minha preocupação foi maior por que eles já são idosos e B. as vezes não assiste a missa e gosta de ficar perambulando na rua. Fico com medo mesmo de eles não prestarem atenção e um carro pegar eles. B. já fez amizade com todos os flanelinhas que ficam ali, todos conhecem ele. Até do padre ele já ficou amigo de tal modo que é ele quem fornece os cigarros pra ele, acredita?”. (E., técnica do SRT, em reunião do dia 27/08/2007)

Assim, observamos que o trabalho da equipe de cuidadores ainda é atravessado por elementos tecnológicos “duros” herdados da formação das cuidadoras e do próprio modo de organização do trabalho em saúde, tais como o “plantão”, o “livro de ocorrências”, o “controle da medicação”, o trancamento do “armário dos remédios”, entre outros. Entretanto, esse trabalho vai progressivamente perdendo sua dimensão técnica em termos pedagógicos e higiênicos, voltados para certa condução da vida e para a vigilância, e dando lugar ao acompanhamento na construção de mais e mais possibilidades de outras formas de vinculação social para os moradores. Dessa forma, o trabalho vai se ampliando, mudando de “foco” e aos poucos assumindo, como nos disse

um técnico, uma dimensão “menos tutelar e mais social” em que a equipe desloca o investimento das preocupações com a dinâmica da casa e se volta para a questão das relações entre os moradores e entre eles e outros atores sociais.

Nesses termos, o trabalho desenvolvido atualmente caminha para junto aos moradores construir a retomada na vida social – exigindo menos uma agenda já pressuposta pelos cuidadores e mais uma experimentação dedicada aos percursos e projetos individuais e coletivos dos moradores. Isto supõe o que Albuquerque (2006) chama de “uso crítico do território” de modo a não precipitar a incursão dos trabalhadores no processo privilegiando os recursos institucionais preexistentes, o que acabaria por restringir as trajetórias dos moradores aos serviços e programas instituídos e não construí-las como pequenas composições cartográficas no uso da cidade.

No entanto, de modo geral, as iniciativas de circulação na cidade como parte dos projetos terapêuticos dos moradores ainda é restrita, o que indica que é necessário desenvolver também uma espécie de “uso crítico” das tecnologias em jogo no cuidado, num exercício auto-analítico de reconhecimento das capturas presentes a cada vez que se “esconde uma chave”, que se “controla” o uso de certo mantimento, que se fica na casa “de plantão” e, então, poder ir produzindo resistências.

“A gente aqui está o tempo todo nessa luta, nessa atenção para ver se a gente está tutelando, controlando ou se a gente está realmente cuidando. Acho que, na verdade, a gente faz essas duas coisas ao mesmo tempo, não tem como. Mas acho que a gente precisa ir refletindo se o que a gente faz permite que eles avancem ou recuem nessa autonomia, na vida mesmo.” (E., técnico do SRT, em reunião do dia 10/09/2007)

O que esse técnico nos indica é que a produção do ato cuidador consiste em responsabilizar-se diante de uma intervenção que tem uma forte dimensão tutelar, mas

que pode estar implicada com ganhos efetivos de autonomia do usuário, como nos sugere. Assim, o agir em saúde, mesmo tendo sua dimensão tutelar, pode funcionar como um agir castrador ou como um agir libertador (Merhy, 2001). No primeiro caso, o ato de saúde implica na “expropriação dos ‘auto-caminhares’ dos diferentes indivíduos ou grupos, na sua dimensão enquanto uma máquina desejante, (...) são castradoras dos desejos e seus movimentos em produzir percursos que invistam no mundo, para tomá-lo e torná-lo em parte como seu” (p. 4). No segundo caso, o agir em saúde funciona como “potencializador das máquinas desejantes”, produzindo processos de responsabilização coletivos, cooperações e contratualidade na construção da vida e produção da saúde. Considerando essa experiência percebemos, então, que os agires em saúde estão se produzindo ora como castradores, ora como libertários, num exercício cotidiano de experimentação.

Coloca-se, assim, a questão dos limites de intervenção no âmbito dos SRTs. “Até onde a gente deve interferir na vida deles?” é uma pergunta recorrente nos espaços de reunião da equipe quando refletem como o trabalho está colaborando ou não para a construção de mais autonomia para os moradores.

Para Albuquerque (2006) os limites de intervenção acontecem como negociações no campo intersubjetivo da relação de cuidado onde diferentes papéis podem ser exercidos, oferecendo também aos moradores a possibilidade de construir o cuidado:

A negociação dos limites de intervenção terapêutica, ao que nos parece, não está no usuário ou no técnico, mas sim no campo intersubjetivo que se funda na relação de cuidado, o que, nesse caso, convoca ao exercício de papéis diferentes ainda que sob a mesma função para o trabalhador (de cuidador). O desafio está em exercer

papéis diferentes, sem que se configure uma extensão em que nos tornemos o próprio cuidado. (pp. 106-107)

Em relação a esse desafio de ir construindo o cuidado no campo intersubjetivo, colocam-se também questões relativas à intervenção nas relações entre os moradores, quando emergem conflitos próprios da vida num coletivo, de modo a produzir espaços de negociação entre eles em que soluções ou acordos possam ser efetivados. No entanto, percebemos que nas situações de conflito as cuidadoras, muitas vezes, colocam-se como mediadoras inibindo a produção desses espaços. Assim, por exemplo, numa situação em que um dos moradores fica acordado a noite e “perturba” a noite dos outros ao assediar sexualmente uma das moradoras, que grita por ajuda, ou fazendo barulhos que levam outro morador a trocar de cama. Diante de situações como essas, a discussão da equipe voltou-se para a necessidade de medicação desse morador para que ele pudesse dormir, e não foi possível questionar como as intervenções da cuidadora “de plantão”, ao “separar” os moradores, impediram que eles pudessem criar um espaço de negociação e exposição dos incômodos diante do que aconteceu.

Nesse mesmo sentido, uma das cuidadoras reflete: *“Muitas vezes eu me sinto numa linha de fogo quando eles brigam. Um provoca, o outro responde e a gente fica no meio mesmo, tentando mediar no fogo cruzado”* (F., técnica do SRT, em reunião do dia 26/11/2007). Vale observar como essa imagem de que está no meio, no “fogo cruzado” revela como a cuidadora pode estar operando uma espécie de “barreira” ou “escudo” de proteção nessas relações entre os moradores e, assim, não permitindo que eles resolvam por eles mesmos os conflitos criando estratégias e alternativas próprias de negociação. Sob o argumento do cuidado e do risco de que eles se machuquem, a lógica manicomial pode operar e fazer presente em intervenções como essas.

De outro modo, a imagem construída pela cuidadora de que está “no meio do fogo cruzado” nos faz pensar também na positividade desse lugar. Estando “no meio”, a cuidadora também indica que é aí, nesse “entre”, no coletivo de negociações e criações que o cuidado é produzido e onde as capturas manicomiais e as resistências a elas operam cotidianamente. E nesse “entre”, nesse campo intersubjetivo, é possível a construção da confiança e daquilo que, inspirado em Spinoza, Teixeira (2004) chama de “zona de comunidade”. Nessa “zona” coloca-se o desafio da alteridade, de aceitação do outro como legítimo outro, e em que experimentamos novas intensidades para as quais

fomos conduzidos pelos afetos aumentativos que anunciam, por sua vez, outros modos de existência, em que nos tornamos a causa última de nossas paixões, em que entramos plenamente na posse de nossa potência, que seria para Espinosa a própria liberdade (Teixeira, 2004, p.11).

Nessa perspectiva, o trabalho de cuidado pode interceder em favor de formas de vida, do “aumento da potência de vida”, de subjetivação e sociabilidade para os moradores, quando produzem esses encontros, quando, fazendo essa “zona”, há a construção efetiva de redes de conversação/diálogo entre os diferentes atores envolvidos (moradores, técnicos, gestores, etc.), redes de conversação que se multiplicam.

E, nesse trabalho, o cuidador pode fazer também “zona de comunidade” quando, como nos sugere Rolnik (1995), trabalha num “sofrer junto com” feito ao mesmo tempo de indiferença a tudo o que se aproxima da homogeneização e de cumplicidade com todo e qualquer movimento de entrega e de diferenciação, numa legítima prática intercessora. Considerando aqui a noção deleuziana de “intercessor” como algo ou alguém cujo encontro aumenta a potência de vida e, assim, que funciona intercedendo a favor da vida, do estranho que nos habita, invocando e acolhendo a loucura. Acolhe a

loucura não como aquilo que há de monstruoso e perigoso, mas como aquilo que há de mais precioso em cada um de nós: a potência de diferir (Deleuze, 1992). Fazer, no “meio do fogo cruzado”, esse acolhimento à loucura e à vida é cuidar porque supõe “a abertura para o estranho-em-nós”, que “é mais do que o simples respeito democrático pelo outro em seus direitos e deveres, pois é um desejo de se deixar afetar pelo outro, é um amor pela alteridade, pelo devir e a incerteza criadora” (Rolnik, 2002, p. 5).

Dessa forma, Sanzana *et al.* (2006) consideram que o acompanhamento e a construção do cuidado realizado nos SRTs se faz sob um “fio de navalha” que convoca a experimentações dessas “incertezas criadoras”:

Acompanhar essa clientela é um desafio diário, em que o cuidado e a atenção podem esbarrar no controle, no aprisionamento, no subjugo. O fio da navalha em que caminhamos é o fio paradoxal obrigatoriamente presente na clínica dos dispositivos residenciais terapêuticos. Liberdade x opressão, imposição x escolha, controle x acompanhamento, criatividade x repetição. Não somos nem um, nem outro; andamos no x, no meio, com o cuidado de quem não conhece o caminho, tentando ser genealogistas, construindo a clínica e a intervenção a partir do entendimento das relações e dos jogos de força que estão em ação (p.170).

Esse “fio da navalha” está presente quando tomamos o trabalho que se desenvolve na residência como uma experimentação de possibilidades e que, nessa experimentação, as forças de captura e de criação da vida estão sempre em jogo.

“É um serviço terapêutico. (...) Ele está sempre caminhando numa linha muito tênue em que a gente está sempre com muita dificuldade de refletir se a gente está possibilitando a construção de uma autonomia ou se a gente está tutelando, controlando numa direção normativa. Se a gente está conseguindo que as pessoas tenham uma maior liberdade ou se a gente está domesticando elas com um convívio. (...) É muito delicado o que este serviço permite e ao mesmo tempo ele é muito revolucionário. Eu não consigo encontrar outra forma de pensar ele senão por paradoxos abissais. (...) Eu acho que a gente nunca vai ter

certeza na residência” (R., gestor da SMS, em entrevista realizada no dia 18/04/2007)

O desafio assim colocado parece ser o de operar nesse “fio”, “delicado” e “revolucionário” ao mesmo tempo, potencializando os movimentos desinstitucionalizantes e inventivos da vida e barrando os controles e as opressões que nós mesmos produzimos como agentes desse processo. Esse cuidado, então, se faz como “luta” e experimentação. Uma “luta” de forças a todo o tempo se fazendo, sem certezas, movidos apenas pelo desejo de desejar, pela afirmação da vida. Eis um trabalho que é clínico e político! Clínico e político por que se desenvolve nos interstícios dos jogos de forças (poder), dentro e fora do hospital, como intervenção que, comprometida com a crítica, produz desvio<sup>48</sup> e alargamento dos sentidos da vida, “mediante a desobstaculização das forças transformadoras presentes em qualquer forma de existência” e “um modo de escutar que propicia a criação” (Fonseca & Kirst, 2004).

Desse modo, o que a experiência do SRT nos aponta é o trabalho de cuidado precisa ir se fazendo nesse “fio” ou nessa “linha de fogo” que costura a clínica e a política. Diante disso, compartilhamos a posição de Baptista *et al.* (2001) quando afirma que sobre os dispositivos residenciais não cabe discutir a legitimidade de uma ou outra proposta clínica a “aplicar” nesse contexto, mas refletir sobre as propostas existentes de clínica a partir da positivação dos paradoxos suscitados no dia-a-dia das casas. E, nessa positivação, é possível reinventar a clínica desconstruindo-a como conjunto de estratégias de normatização e disciplinamento e operando-a como construção de possibilidades, como campo de produção de subjetividades e como possibilidade de

---

<sup>48</sup> Aqui compartilhamos das idéias de Passos e Benevides (2001) segundo as quais o sentido de clínica não se reduz ao movimento de inclinar-se sobre o leito do doente, tal como se supõe a partir da derivação da palavra clínica do radical grego “*klinikos*” (*kline*, significa leito e *klinó*, inclinar, dobrar). O ato clínico seria a produção do desvio no sentido da palavra grega “*clinamen*”.



ocupar-se efetivamente dos sujeitos responsabilizando-se para com o sofrimento humano.

Nesse sentido, a reflexão sobre o trabalho de cuidado nos residenciais contribui para se pensar as exigências atuais da clínica no campo da saúde mental uma vez que a política da clínica é a política da produção de subjetividade, alvo principal das capturas manicomiais e, portanto, também fonte das resistências biopolíticas atuais. A clínica ganha, assim, uma nova dimensão, sendo “ampliada” a partir do entendimento de que ela não cabe num único campo disciplinar (medicina, psicologia, etc.) e da construção de sua inseparabilidade em relação à política, é uma clínica que se faz política, é o cuidado que se faz como luta e resistência, potencializando a vida e inventando a saúde.

Clínica passa aqui a ser entendida como tecnologia da subjetividade inventando sempre novas formas de reordenar a existência. Uma clínica comprometida em remexer as formas de estar no mundo, fazendo-as sempre potencializadoras de vida, produtoras de uma nova saúde. Como se pode daí deduzir, tal concepção de clínica não cabe em um só campo disciplinar, não pode ficar circunscrita a um só saber, muito menos ser comprometida com a lógica médico-patologizante de um *klinicos*. Ela é indissociavelmente política, nos termos já apontados por Guattari e Deleuze (s/d) ao afirmarem que economia do desejo e economia política não são farinhas de sacos diferentes (Paulon, 2004, p. 7).

Dessa maneira, ao não caber num só campo disciplinar, ao colocar em jogos os diferentes saberes, acadêmicos ou não, é que o trabalho nesse campo constitui-se *como* intercessor em favor da diferença e da vida e constitui-se *na* intercessão entre saberes, poderes, pessoas, vidas. Isto por que

é no meio onde as coisas adquirem velocidade. *Entre* as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas

margens e adquire velocidade no meio. (Deleuze & Guattari, 1995, p. 37) (grifos dos autores)

É preciso, portanto, como nos sugerem os autores, ir pelo meio, ir fazendo e se fazendo intercessão, construindo redes nos coletivos em jogo, trabalhando nas intensidades que transversalizam o campo da saúde mental, o campo do trabalho em saúde e o campo da militância política se quisermos que a desinstitucionalização ganhe velocidade e força.

### **3. Algumas proposições**

*Aqueles que criticam sem criar, aqueles que se contentam em defender o que se esvaneceu sem dar-lhes forças para retornar à vida, eles são a chaga da filosofia.*  
(Deleuze & Guattari, 1997, p. 42)

No sentido de contribuir com o campo do trabalho em saúde mental na realidade da qual nos aproximamos, a partir dessa cartografia que empreendemos, elaboramos algumas proposições que são também sínteses conclusivas das análises que fizemos nesse terceiro mapa. Vejamos:

1. O processo de concepção e implantação do SRT precisa ser coletivo, envolvendo os diferentes atores interessados e com a participação efetiva dos possíveis moradores durante todo o processo e nas decisões em assembléia, a semelhança de outras experiências no Brasil e na própria experiência de Basaglia na Itália. Para tanto, as contribuições teóricas e metodológicas na análise institucional podem ser valiosas;
2. Para que esse processo coletivo seja possível, é importante o estabelecimento de uma continuidade na parceria entre a rede municipal e estadual, ou seja, entre serviços substitutivos e hospitais psiquiátricos, de modo que o processo de transição do hospital para a comunidade seja pensando como algo ininterrupto, que não finaliza na

inauguração de um SRT. Tal continuidade traz as condições de possibilidade para a expansão dos SRTs e da rede como um todo, devendo ser, portanto, encarada como estratégia-chave das políticas de saúde mental;

3. Ao encarar esse processo como algo contínuo no âmbito político e técnico assistencial, três dispositivos colocam-se como importantes para viabilizar o processo na realidade local, são eles: as unidades de transição ou casas de passagem, desde que pensadas de maneira articulada com um efetivo processo de desospitalização; os centros de atenção psicossocial do tipo III (CAPS III), de modo a poder atender as necessidades de internação dos usuários, prescindindo do hospital psiquiátrico e os centros de convivência, a fim de ampliar as possibilidades de reinserção social através da construção de redes de cuidado em espaços como esses, para além da rede de saúde;

4. A composição da equipe exclusiva para o SRT (quando necessária) deve ser encarada como transitória e sua existência e composição precisa ser avaliada a partir das conquistas do próprio trabalho de cuidado no sentido dos ganhos de autonomia e da inserção social, ou seja, a partir, sobretudo, das necessidades dos moradores na construção de suas vidas;

5. Para que essa avaliação seja possível, as ações de supervisão e formação dos técnicos cuidadores precisam ser garantidas de modo a viabilizar, junto aos cuidadores, a produção da diferença e a criação no trabalho de cuidado;

6. Além disso, o trabalho de cuidado deve ter para as equipes técnicas envolvidas diretrizes claras, assim como as atribuições claras dos diferentes atores e dispositivos da rede nesse cuidado. Para tanto, as definições e decisões acerca dessas diretrizes e atribuições precisam ser construídas, então, em espaços coletivos de discussão e negociação com a participação sistemática e representativa de gestores, técnicos e

usuários da rede de saúde como um todo, de modo a construir a co-responsabilização pelo cuidado.

Não desejamos que essas proposições sejam tomadas por um “modelo”, manual ou mesmo diretrizes absolutas para o campo. Elas são, antes, aquilo que entendemos como pontos que merecem atenção e reflexão. Assim, ao apresentá-las aqui, ensejamos que possam ser discutidas nos coletivos de trabalho e, dessa maneira, outras vias, outros modos de cuidar, conceber, conduzir etc. possam ter lugar no campo da desinstitucionalização em saúde mental, conferindo-lhe forças. Sigamos pensando... E fazendo acontecer. Eis o nosso desejo!

## **ENTRE OS MAPAS, A INTERCESSÃO POSSÍVEL E A POTÊNCIA DO HÍBRIDO.**

No percurso cartográfico que tentamos traçar até aqui muitos foram os caminhos percorridos, muitos os desvios, muitas as inquietações, afetos e intensidades. Queríamos uma coisa simples: dar um lugar a nossa inquietação e, assim, afirmar a vida em nós. Buscávamos e continuamos buscando algumas brechas nas amarras da vida por um pouco de possível, como diria o mestre Deleuze.

E foi dos encontros com alguns mestres intercessores que traçamos as cartografias e escrevemos esta tese. Com os mestres dos livros e da academia, pensadores da diferença, encontramos as palavras, os conceitos e bons argumentos. Com os mestres do agir em saúde, os trabalhadores pensantes do cuidado, encontramos as inconformações diante dos problemas e desafios de produzir vida no cotidiano da gestão e dos serviços. Com os mestres da convivência, os amigos, encontramos a vibração da vida, a alegria e a potência do exercício político da amizade<sup>49</sup>. Com os mestres da vida, os “loucos”, os “crônico-residentes”, os “moradores de SRT” e usuários em geral, de quem tantas histórias ouvimos, encontramos o saber viver resistente e insistente que motivam esta tese.

Nessas intercessões procuramos defender uma idéia: o serviço residencial terapêutico, enquanto dispositivo híbrido e recente na realidade local, funciona como problematizador da desinstitucionalização em saúde mental e, portanto, tem a potência de indicar limites (capturas) e caminhos (saídas) desse processo. Para sustentar essa idéia, desenhamos três mapas que, após muitos esboços, tiveram suas versões aqui apresentadas.

---

<sup>49</sup> Como bem defende meu amigo Jäder Leite na tese “A militância em movimento: amizade e maquinação de modos de existência no MST”, a ser apresentada este ano neste mesmo programa.

O primeiro mapa foi traçado a partir das “coordenadas e abscissas” das condições de possibilidade para tal dispositivo e a sua concepção no bojo do processo de desinstitucionalização e das políticas de saúde. Nessa concepção problematizamos a proposição do SRT como um dispositivo de “reabilitação social” no sentido moralizante que esse termo pode assumir e, então, indicamos o risco de que funcione como mais um mecanismo de homogeneização social. Serão os SRTs dispositivos de transposição “segura e vigilante” da população louca dos manicômios para casas “assistidas” nas quais se opera ainda a conversão da diferença em normalidade na vida social? Eis uma pergunta que precisamos nos fazer para que esses potentes híbridos não sejam capturados no jogo biopolítico contemporâneo.

Feito esse traçado procuramos mapear a paisagem da vida contemporânea e nela ir indicando as capturas biopolíticas da loucura, em suas diferentes imagens e sentidos historicamente construídos, assim como as resistências a tais capturas enquanto vetores do processo desinstitucionalização. Nesse sentido, consideramos que tal processo, em sua complexidade, deve levar em consideração que os mecanismos de poder que controlam e regulam a vida hoje operam a céu aberto, atravessando-a e capturando nossos desejos e que os novos dispositivos de saúde mental não estão imunes, portanto, aos desejos de manicômios (Alverga & Dimenstein, 2006). Dessa forma, o movimento desinstitucionalizante precisa construir suas resistências na micropolítica cotidiana, com a sutileza e capilaridade da “inteligência do enxame”, como nos propõem Hardt e Negri (2005).

Procuramos, então, indicar como tais capturas e resistências operam micropoliticamente no cotidiano do SRT. Para tanto, procuramos mapear o cuidado produzido no SRT, tomando como vetores o processo de transição hospital psiquiátrico - SRT e o trabalho desenvolvido pela equipe de cuidadores, a partir de sua composição,

das tecnologias e recursos empregados, da construção de co-responsabilidade na rede de saúde e na sua própria dinâmica. Nessa cartografia, fomos indicando que o trabalho de cuidado, pela fragilidade no campo da co-responsabilização, está atravessado por elementos manicomial, disciplinares e normatizantes, mas que também se constrói a partir das resistências que nascem nos vínculos são feitos, no campo intersubjetivo, no “entre”, na possibilidade de se fazer na e através de uma “zona de comunidade” no sentido proposto por Teixeira (2004). A potência do cuidado que se produz no SRT estaria, portanto, na construção e fortalecimento de “redes de trabalho afetivo” produtoras de vida e liberdade (Teixeira, 2004).

Aqui caber advertir que esses mapas são construções abertas e parciais sobre a realidade. Opções foram feitas para tal traçado. Outros os caminhos podíamos ter percorrido, mapeando, por exemplo, os efeitos na vida dos moradores do trabalho de cuidado e na circulação pela cidade ou na própria rede de saúde, mas seguindo a trilha das intensidades e dos afetos, esse foi o caminho escolhido, essa foi a intercessão possível. Que venham outros caminhos, intensidades e intercessões!

Como em todo mapa, as linhas imaginárias dos mapas aqui traçados delimitam territórios a partir de alguns elementos concretos da paisagem que estão sempre em transformação. Assim, os territórios, no exato instante em que os desenhamos, já são outros, já sofreram desterritorializações e novas reterritorializações nos conduzindo, portanto, a outras cartografias. Nesse sentido, sabemos que o trabalho no hospital psiquiátrico com os “crônico-residentes” avança e a saúde mental como um todo ganha algumas batalhas com a implantação de outro serviço residencial em breve. Também a configuração da equipe mudou e outra dinâmica vai se fazendo. E, sob a força do contexto político atual, o clima de incertezas é muito grande, mas, sob a força dessas

incertezas, os atores locais começam a se organizar politicamente e criar espaços coletivos de pensamento e militância.

Por isso, não tivemos aqui a pretensão de reproduzir a realidade fornecendo explicações. O movimento cartográfico nos ensinou que, ao desenhar o mapa, de um modo ou outro, interferimos nas paisagens, produzimos alguns desvios, operamos pequeninas transformações em seus contornos e sugerimos novos sentidos. E, também nós, já não somos os mesmos, nossos contornos são outros. Não é possível apreender agora que desvios ou transformações são essas, nem para onde estão conduzindo, ainda que estejamos ética e afetivamente comprometidos com eles.

O que podemos apreender é que o SRT enquanto dispositivo híbrido resulta do entrecruzamento entre as demandas de saúde (daí sua configuração como serviço) e demandas sociais de toda ordem, sobretudo de alimentação e moradia (daí sua configuração como casa) e a sua peculiaridade reside no fato de que tudo o que se venha a produzir nesse dispositivo ou a partir dele tem de considerar irrevogavelmente a complexidade desse entrecruzamento. Dessa forma, sustentamos que a potência desse dispositivo está na experimentação que ele convoca em relação aos modos de cuidar e morar por que, como nos sugere Calvino (1990), “ao chegar numa nova cidade (...) a surpresa daquilo que você deixou de ser ou de possuir revela-se nos lugares estranhos, não nos conhecidos” (p. 28).

E acolher o estranho e embarcar nessa experimentação exige muita prudência, como nos dizem Deleuze e Parnet (2004):

Experimentem, mas é necessária muita prudência para experimentar. Vivemos num mundo desagradável, onde não somente as pessoas, mas os saberes estabelecidos têm interesse em nos comunicar afectos tristes. A tristeza, os afectos tristes são todos aqueles que diminuem a nossa potência e agir. Os poderes estabelecidos precisam de nossas tristezas para fazer de nós escravos. (...) Não é fácil



ser um homem livre: fugir da peste, organizar os encontros, aumentar a potência de agir, afectar-se de alegria, multiplicar afectos que exprimem ou encerram o máximo de afirmação. Fazer do corpo uma potência que não se reduz ao organismo, fazer do pensamento uma potência que não se reduz à consciência. (pp. 79-80)

Eis o que para nós consiste o trabalho de cuidado no campo da desinstitucionalização em saúde mental. Eis o que o trabalho dos cuidadores do SRT nos permite dizer como aquilo que, de algum modo, já se faz e aquilo que é necessário prosseguir fazendo: “fugir da peste, organizar encontros, aumentar a potência de agir, multiplicar afetos”! As experiências desses dispositivos nos indicam que é essa potência da experimentação que não pode ser perdida, que é essa capacidade “crítica” de um trabalho que opera desvios e intercede em favor da construção de possibilidades de vida. Por isso, não faz sentido aqui, a partir de um trabalho acadêmico como este, julgar o que está sendo produzido como algo feliz ou infeliz, assumindo uma posição moralizante. Importa aqui pensar que, se estamos comprometidos, ética, estética e politicamente com os rumos do processo de desinstitucionalização em nossa realidade, nas suas paisagens atuais, devemos ser prudentes (e nunca vigilantes!) a fim de garantir que nossos desejos não sejam cancelados pelos manicômios que nos habitam e que a diferença e invenção da vida sejam sempre e cada vez mais possíveis.

Por fim, um convite: sejamos dignos do que nos acontece! Não nos tornemos “homens de lata”! E, para não sermos “enlatados”, amemos a vida e dançemos com Zaratrusta.

*É verdade: amamos a vida, porque estamos acostumados  
não à vida, mas a amar.  
Há sempre alguma loucura no amor. Mas há sempre,  
também, alguma razão na loucura.  
E também a mim, que sou bondoso com a vida, parece-me  
que as borboletas e as bolhas de sabão e o que mais do  
gênero há entre os homens, são as que melhor conhecem a  
felicidade.*

*Ver voejar essas alminhas loucas, leves, graciosas – induz  
Zaratrusta a chorar e a cantar.*

*Eu acreditaria somente num Deus que soubesse dançar.*

*(...)*

*Aprendi a caminhar; desde então, gosto de correr.*

*Aprendi a voar; desde então, não preciso que me  
empurrem, para sair do lugar.*

*Agora, estou leve; agora vôo; agora, vejo-me debaixo de  
mim mesmo; agora, um deus dança dentro de mim.*

*(Nietzsche, 1885/2005, p.67)*

## REFERÊNCIAS

- Alarcon, S. (2000). Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In: Amarante, P. (org.) *Ensaio. subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Alarcon, S. (2005). Da reforma psiquiátrica à luta pela vida não-facista. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, 10, 2, pp. 249-263.
- Albuquerque, P. (2006) Desinstitucionalização: notas sobre um processo de trabalho. In *Cadernos IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, nº 22, nov./dez., pp. 93-110.
- Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2005). A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau. pp. 45-66.
- Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, 10 (20), 299-316.
- Amarante, P. (org.) (1994) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P (org.) (1995) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P (1996) *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P (2003). (Clínica) e a reforma psiquiátrica. In *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 1*. Rio de Janeiro: Nau. pp. 45-65.
- Ayres, J. R. (2001) Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 6(1), 63-72.
- Ayres, J. R. (2004) Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, 14 (8), 73-92.
- Baptista, L. A. (1999). *Cidade dos sábios*. Reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades. São Paulo: Summus.
- Baptista, L. A. (2005) Dispositivos Residenciais e Maquinas de Morar. In: Jacó-Vilela, A. M., Cerezzo, A. C. & Rodrigues, H. C. (orgs.) *Anais do IV Encontro Clio-Psyché – História e Memória*. Juiz de Fora: Clio edições eletrônicas.
- Baptista, L. A., Zwarg, M. & Moraes, R. (2001). Reforma psiquiátrica e dispositivos residenciais: afirmações e impasses. In Machado, L. R., Lavrador, M. C & Barros, M. E. (orgs.) *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 59-68.

Baremblytt, G. (1992) *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos.

Barros, R. B. de. (2003) Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: Conselho Federal de Psicologia. (2003). *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 196-206.

Basaglia, F. (1985) *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.

Basaglia, F. (2005) Um problema de psiquiatria institucional. A exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond. pp. 35-59. (texto original utilizado publicado em 1966)

Basaglia, F. (2005) Loucura/Delírio. In *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond. pp. 259-298. (texto original utilizado publicado em 1979)

Bauman, Z. (2004) *Amor Líquido*. Sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Brasil (2003). Congresso Nacional. Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o Programa de Volta para Casa. Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egresso de internações. *Diário Oficial da União*. 31 de julho de 2003.

Ceia, C. (2008) *E-Dicionário de Termos Literários*. Recuperado em 01 de outubro de 2008 de <http://www2.fcsh.unl.pt/edtl/verbetes/H/hibrido.htm>

Cunha, A. G. (1986). *Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Daúd Júnior, N. (2000) Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. In: Boarini, M. L.(org.) (2000) *Desafios na atenção á saúde mental*. Maringá, SP: Eduem.

Deleuze, G. (1988). *Foucault*. São Paulo: Editora Brasiliense.

Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.

Deleuze, G. (1996). *O Mistério de Ariana*. Lisboa: Passagens.

Deleuze, G. (2002). *Espinosa: Filosofia Prática*. São Paulo: Editora Escuta.

Deleuze, G. (2003) *Lógica do Sentido*. São Paulo: Perspectiva.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1995) *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, vol. 1.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1997) *O que é Filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34.

- Deleuze, G. & Parnet, C. (2004) *Diálogos*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Delgado, P. G. (2006) "Instituir a desinstitucionalização": o papel das residências terapêuticas na reforma brasileira. In *Cadernos IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez., 19-34.
- Fonseca, T. G. (2003) Cidade subjetiva. In Kirst, P. e Fonseca, T. M. G. (orgs.). *Cartografias e Devires. A construção do presente*. Porto Alegre: UFRGS Editora, pp.253-257.
- Fonseca, T. G & Kirst, P. (2004) Desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. *Psicologia & Sociedade*. 16 (3), pp. 29-34; set./dez.
- Fonseca, T. G.; Kirst, P.; Oliveira, A.; D'Ávila, M. F. & Marsilac, A. L. (2006). Pesquisa e acontecimento: o toque no impensado. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11 (3), p. 655-660.
- Foucault, M. (1978) *História da Loucura na Idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1981) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 25ª Ed.
- Foucault, M. (1988) *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- Foucault, M. (1997) *Resumos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Foucault, M. (1999) *Em defesa de uma sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2006). *Ditos & Escritos I*. A problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. Rio de Janeiro: Editora Forense.
- Franco, T. B.(2006) As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (orgs.) *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.
- Furtado, J. (2006) Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 11 (3), 785-795.
- Goffman, E. (1961) *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Guarido, E. L. & Campos, F. C (2006) Sentir-se em casa no olho da rua: o desafio das moradias. In *Cadernos IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez., 141-148.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (1986) *Micropolítica. Cartografias do Desejo*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Kirst, P., Giacomel, A., Ribeiro, C., Costa, L. & Andreoli, G. (2003). Conhecimento e Cartografia: tempestade de possíveis. In Kirst, P. e Fonseca, T. M. G. (orgs.).

*Cartografias e Devires. A construção do presente.* Porto Alegre: UFRGS Editora, pp. 91-102.

Lavrador, M. C. C. (2006). *Loucura e vida na contemporaneidade.* Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Machado, L. R. & Lavrador, M. C. (2001) Loucura e Subjetividade. In: Machado, L. R., Lavrador, M. C & Barros, M. E. (orgs.) *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo.* São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 45-58.

Mairesse, D. (2003) Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In Kirst, P. e Fonseca, T. M. G. (orgs.). *Cartografias e Devires. A construção do presente.* Porto Alegre: UFRGS Editora, pp. 259-272.

Mancebo, D. & Maiolino, A. L. (2005). Espaços urbanos: território, sociabilidade e subjetividade. . In: Vasconcelos, J. & Adad, S. H. (Org.). *Coisas de Cidade.* Fortaleza: UFC, v. 1, p. 15-26.

Mancebo, D. & Maiolino, A. L. (2007). Estudos urbanos & Psicologia Social. *Estudos e Pesquisas em Psicologia.* Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 7, 2-7.

Merhy, E. (org.) (1997). *Agir em saúde.* São Paulo: HUCITEC.

Merhy, E. (1999) *O Ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde.* Campinas-SP. Recuperado em 16 de agosto de 2006 de <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/Atodecuidarcomoncritico.pdf>.

Merhy, E. (2001) *Realizar no micro a luta macro. O ato de cuidar, um agir tutelar e autonomizador. (cuidar revolucionando a medicina, transformando a realidade).* Recuperado em 15 de agosto, 2007 de <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/COBREM2001.pdf>

Merhy, E. (2004) *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores.* Campinas-SP. Recuperado em 15 de agosto, 2007, de <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/AlegriaeAlivionosCAPS.pdf>

Ministério da Saúde. (2004a) *Legislação em saúde mental.* Secretaria Executiva. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília, DF.

Ministério da Saúde (2004b). *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem.* Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF.

Ministério da Saúde (2005a). Portaria 246/05 de 17 de fevereiro de 2005. Dispõe sobre este incentivo financeiro para a implantação de serviços residenciais terapêuticos no país.

Ministério da Saúde (2005b). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.* Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental.

Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços em Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.

Ministério da Saúde (2007). Saúde Mental no SUS. *Informativo da Saúde Mental*. Departamento de Ações Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília – DF. Ano VI, 26, ago-dez.

Mosé, V. (1999) Nietzsche e a genealogia do sujeito. In: Barrenechea, M. & Pimenta Neto, O. (orgs.) *Assim falou Nietzsche*. Rio de Janeiro: Sete Letras, pp. 188-200.

Nicácio, F., Amarante, P. & Barros, D. (2005) Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau, pp. 195-214.

Paiva, I. L. (2003). *Em defesa da Reforma Psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Passos, E. & Benevides, R. (2001). Clínica e Biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica*. PUC-RJ. 13 (1), 89-99.

Passos, E. & Benevides, R. (orgs.) (2006). Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Paulon, S. (2004) Clínica Ampliada: Que(m) demanda ampliações? In: Fonseca, T.G. & Engelman, S. (orgs). *Corpo Arte e Clínica*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004, pp. 259-274.

Paulon, S. M. (2005). A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17 (3), 18-25.

Paulon, S.; Resende, V.; Knijinik, C.; Oliveira, E. S.; Abreu, M. C. (2007). Das múltiplas formas de habitar uma morada. *Vivência*. 32, 119-128.

Péllbart, P. (1990). Manicômio mental – A outra face da clausura. In: Lancetti, A. *Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec. 2, 130-138.

Péllbart, P. (2000) Da Claustrofobia contemporânea (sobre o fim da exterioridade no capitalismo tardio). In *A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea*. São Paulo: Iluminuras, pp. 29-42.

Péllbart, P. (2003) Poder sobre a vida, potências da vida. In *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, pp. 19-27.

Pitta, A. M. (1996) O que é reabilitação social no Brasil, hoje? In Pitta, A. M. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, pp. 19-26.

Ribeiro, I. P. (2006) Parcerias e iniciativas intersetoriais na montagem dos serviços residenciais terapêuticos: relato de experiência. In *Cadernos IPUP*.

*Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos.* Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez., 149-154.

Rodrigues, H. C (2007). Michel Foucault, as marcas da pantera e a pantera cor-de-rosa. Apontamentos sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. *Vivência.* 32, 41-60.

Rolnik S (1995). Hal Hartley e a Ética da Confiança. *Cadernos de Subjetividade/PUC-SP*, 3(1): 65-75.

Rolnik, S. (2002) Subjetividade e História. *Revista Rua*, n. 1. Recuperado em 29 de agosto de 2002 de [http://www.labeurb.unicamp.br/rua1\\_texto3htm](http://www.labeurb.unicamp.br/rua1_texto3htm).

Romagnoli, R., Paulon, S., Dimenstein, M. & Amorim, A. K. (2008) *Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica.* (no prelo).

Romagnoli, R. (2007) A invenção como resistência: por uma clínica menor. *Vivência.* 32, 97-108.

Rotelli, F., Leonardis, O. & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização: uma outra via. In Nicácio, F. (org.) *Desinstitucionalização* São Paulo: HUCITEC. pp. 17-60

Sanzana, A., Campos, A. P., Machado, A. Souto, J. & Echebarrena. (2006) A reforma começa em casa: o fio da navalha na clínica dos dispositivos residenciais terapêuticos do IMAS Juliano Moreira. In *Cadernos IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos.* Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez., 169-178.

Scarcelli, I. R. (2006) Os sentidos do morar e a cidade: um olhar sobre os serviços residenciais terapêuticos. In *Cadernos IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos.* Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez., 71-82.

Teixeira, R. R. (2004) *As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público.* Trabalho apresentado no Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America. Center for Iberian and Latin American Studies (CILAS)/ University of California, San Diego, EUA.

Torre, E. H. G., & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: A construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 6(1), 73-85.

Vasconcelos, E. M (2006) Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios. In *Cadernos IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos.* Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez., 53-70.

Vasconcelos, E. M. (2001). Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. In: Ministério da Saúde. *Cadernos de*



*Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental.* Brasília, Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF. pp.80-82.

Vidal, C. e Guljor, A. P. (2006) Desinstitucionalizar: e aí? Os caminhos da desconstrução de um estigma. In *Cadernos IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos.* Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez., 193-198.

Vidal, C. E., Vidal, L. M e Fassheber, V. B. (2006) Residência Terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena. In *Cadernos IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos.* Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez., 155-162.

Zamora, M. H. (1999) *Textura áspera: confinamento, sociabilidade e violência em favelas cariocas.* Tese doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)