

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA: DO CONFINAMENTO AO HABITAR NA CIDADE DE BELO HORIZONTE
DESINSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA: DESDE CONFINAMIENTO A HABITAR EN LA CIUDAD DE BELO HORIZONTE
PSYCHIATRIC DEINSTITUTIONALIZATION: FROM CONFINEMENT TO INHABITING IN THE CITY OF BELO HORIZONTE

Renato Ferreira Franco

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte/ MG, Brasil

Cornelis Johannes van Stralen

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/ MG, Brasil

RESUMO

Este estudo é sobre a (re)construção de uma casa, como resultado do Programa De Volta para Casa. Foram acompanhados 20 moradores de um hospital psiquiátrico pelo pesquisador, que é um profissional de saúde, durante um processo de desinstitucionalização. Foi conduzida uma pesquisa-ação com base na observação etnográfica a fim de melhorar a sua prática e observar todo o processo de desinstitucionalização. O estudo conclui que a (re) construção de uma casa exige escuta delicada e cuidadoso planejamento por parte dos profissionais de saúde. Eles devem levar em conta a subjetividade das pessoas com transtornos mentais envolvidos e dar-lhes a oportunidade de participar ativamente do processo, a fim de evitar angústia e desestabilização clínica no final do processo. É também possível concluir que o Programa De Volta para Casa, bem como a política de reforma psiquiátrica desenvolvida pelo município de Belo Horizonte fizeram sustentável a política de desinstitucionalização.

Palavras-chave: serviço residencial terapêutico; subjetividade; desinstitucionalização; Programa de Volta para Casa.

RESUMEN

Este estudio es sobre la (re) construcción de una casa, como resultado del Programa de Regreso a Casa. Fueron seguidos 20 residentes de un hospital psiquiátrico por el investigador, que es un profesional de la salud para un proceso de desinstitucionalización. Se realizó una investigación de acción basado en la observación etnográfica con el fin de mejorar su práctica y observar todo el proceso de desinstitucionalización. El estudio concluye que la (re) construcción de una casa requiere delicada y cuidadosa planificación escucha por profesionales de la salud. Deben tener en cuenta la subjetividad de las personas con trastornos mentales implicados y darles la oportunidad de participar activamente en el proceso con el fin de evitar la angustia y la desestabilización clínica al final del proceso. También es posible concluir que el Programa de Volta para el hogar y la política de reforma psiquiátrica desarrollada por la ciudad de Belo Horizonte hicieron política desinstitucionalización sostenible.

Palabras clave: servicio residencial terapéutico; subjetividad; desinstitucionalización; Programa de Regreso a Casa.

ABSTRACT

This study is about the (re)construction of a house as a result of the Back Home Program. Twenty residents of a psychiatric hospital were followed by the researcher, a health care professional, during the deinstitutionalization process. He conducted an action research based on ethnographic observation improve their practice and observe the deinstitutionalization process as a whole. The study concludes that the (re)constructing of a house requires attentive listening and careful planning by the health professionals. Subjectivity of the people with mental disorders involved is to be considered, as they should be given the opportunity to actively participate in the process, in order to avoid distress and clinical destabilization at the end of it. It is also possible to conclude that the Back Home Program, as well as the psychiatric reform politics, both developed by Belo Horizonte municipality, have made possible the deinstitutionalization policy.

Keywords: therapeutic residential service; subjectivity; deinstitutionalization; Back Home Program.

Introdução

O conceito de desinstitucionalização psiquiátrica tornou-se um dos mais importantes conceitos de referência no campo da saúde mental nos últimos cinquenta anos. Trata-se de um conceito polissêmico, que tem provocado muitas controvérsias, mas mesmo assim emergiu o consenso de que abrange três processos: desospitalização e redução de leitos psiquiátricos, direcionamento de pessoas com transtornos mentais para serviços de saúde mental descentralizados e comunitários e a mudança de um serviço único para um amplo leque de serviços e cuidados. Entre nós, prevalece o significado que lhe foi atribuído pela psiquiatria democrática italiana. Para Basaglia (1985), a desinstitucionalização vai muito além de desospitalização e construção de serviços alternativos. Implica uma mudança não apenas das instituições, mas, antes de tudo, das práticas, ou seja, implica uma desconstrução da própria psiquiatria.

A reforma psiquiátrica italiana pretendia superar as diversas experiências reformadoras que emergiram a partir dos anos sessenta do século vinte, tais como a psiquiatria comunitária, a psiquiatria preventiva e a antipsiquiatria. Rompeu não apenas com a visão tradicional e apolítica da doença mental, mas introduziu novas concepções, entre outras, a relação de espaço e subjetividade. A prática da desinstitucionalização psiquiátrica fundamenta-se, acima de tudo, no entendimento de que o hospital psiquiátrico não é um espaço adequado de habitar para as pessoas com transtornos mentais e propõe a construção de novos espaços de habitar que permitam novos arranjos para a produção de subjetividade.

Para tanto, a desinstitucionalização envolve a reorganização crítico-prática de um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, que está em torno da doença mental. Enfatiza não mais o processo de cura, mas o projeto de “invenção de saúde” e de reprodução social da pessoa com transtorno mental como cidadão inserido na sociedade.

Nesse processo, a moradia é um elemento fundamental. Enquanto os hospitais psiquiátricos que têm políticas de internação de longo prazo confinam a pessoa com transtorno mental e a segregam da sociedade, a moradia é local de estar consigo mesmo, de proteção e refúgio, mas também local que enraíza a pessoa no espaço social e público e lhe possibilita circular nesses espaços. Mas a moradia pode se tornar apenas um refúgio, um esconderijo, um local onde a pessoa se fecha em si mesma, sem intercâmbio com o espaço social e público. Entendemos, assim, que a

moradia vai além de uma estrutura arquitetônica, é preciso compreender os desafios da construção da moradia como dispositivo de (re)inserção social.

Conforme Delgado (2006), as residências terapêuticas são o dispositivo estratégico mais importante no processo de reinserção social, funcionando como uma ponte relevante para a vida na cidade e para a autonomia de egressos dos hospitais psiquiátricos. Todavia, são dispositivos criados pelos serviços de saúde mental de acordo com uma série de normas. Dessa maneira, como poderão se tornar “moradas”? Pode-se apostar na possibilidade de que serão apropriadas por seus habitantes, que as sujeitarão a adaptações e reformas, tal como moradores de projetos de casas populares as recriam segundo suas demandas e visões?

Os Serviços Residenciais Terapêuticos

As primeiras iniciativas de criar estruturas residências extra-hospitalares datam dos anos noventa, quando alguns municípios – Campinas, Porto Alegre, Ribeirão Preto e Rio de Janeiro – criaram “lares abrigados”, “pensões protegidas” ou moradias extrahospitalares para substituir as “internações crônicas em hospitais crônicos” (Braga-Campos & Guarrido, 2006; Furtado & Pacheco, 1998; Guimarães & Saeki, 2001; Matias & Annunziato, 2001; Monteiro, Dias, Cruz, & Frichebruder, 2002). Tais iniciativas tornaram-se uma política do SUS, através da portaria GM106/2000, que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, nomenclatura frequentemente questionada, mas estabelecida para justificar a sua inserção no SUS (Furtado, 2006).

A política de Serviços Residenciais Terapêuticos se consolidou por meio de vários instrumentos legais, entre os quais podemos citar: a Lei 10.216/2001, a Lei 10.708/2003 (que instituiu o Programa “De Volta para Casa”), a Portaria GM 2068 e a Portaria 3090/2011.

Com o crescimento do número de STR's, cresceu também o número de publicações, ainda que este continue pequeno. A grande maioria dessas publicações se constituem de análises e reflexões sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos. De acordo com um levantamento feito por Luiz, Loli, Kawanichi, e Boarini (2011), quase 50% da produção bibliográfica produzida no período de 2001 a 2009 é constituída por análises e reflexões acerca dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Uma primeira avaliação mais abrangente dos SRTs, feita por Furtado (2006), a partir de um fórum

de discussão na internet realizado em 2004, cita que os maiores entraves para a criação dos SRTs são: (a) o baixo envolvimento do gestor local do SUS, (b) redes municipais de saúde incompletas ou inexistentes, (c) a dificuldade em transformar as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) extintas em autorizações de procedimentos de alto custo de SRTs, (d) as restrições legais para a contratação de recursos humanos e (e) o baixo envolvimento dos profissionais de saúde mental. Quanto aos entraves verificados pelo estudo no que se refere à sociedade, foram encontrados: (a) a dificuldade de locação de imóveis para egressos de hospital psiquiátrico, (b) a refratariedade de alguns vizinhos aos SRTs e (c) a falta de campanha nacional sobre as mudanças na área de saúde mental.

O estudo de Furtado (2006) não contemplou os moradores das SRTs e nem os cuidadores. Há, porém, alguns que abordaram tais atores. Estudos sobre moradores vão daqueles que avaliam comportamento social e habilidades (Vidal, Gontijo, & Bandeira, 2007) até os a respeito de vivência e visão dos moradores (Araújo, 2004; Fassheber, Barreto, & Vidal, 2007; Matos & Moreira, 2013). Estudos sobre cuidadores abordam as dificuldades encontradas pelos referidos profissionais ou a produção de novos cuidados (Carneiro & Rocha, 2004; Paulon, Resende, Knijnik, Oliveira, & Abreu, 2007).

Em uma avaliação interdisciplinar de SRTs, Furtado et al. (2013) apontam esses aspectos empregando como categoria central a categoria de autonomia. Concluem que deverá haver mais diversificação na oferta dos STR's, tomando como baliza o singular e específico de cada sujeito. Além disso, salientam que os moradores dos STR's carecem de um processo individualizado de reabilitação.

Em Belo Horizonte, os primeiros Serviços Residenciais Terapêuticos surgiram em 2000, com o Projeto de Desinstitucionalização Psiquiátrica (PDP). Hoje, a capital mineira conta com 28 serviços residenciais, localizados em várias regionais, nos quais moram aproximadamente 250 pessoas, ex-internos de hospitais psiquiátricos da região metropolitana de Belo Horizonte. Até 2012, três grandes hospitais psiquiátricos da cidade tiveram seus leitos descredenciados pelo SUS, num total de, aproximadamente, 300 leitos.

Nossa preocupação não é analisar a vivência nos SRTs já construídos e espalhados pela cidade. O objetivo do presente estudo foi privilegiar o trabalho de transição, analisando o processo de (re)construção da habitação por residentes de um hospital psiquiátrico durante a fase de seu descredenciamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Método

Esta pesquisa foi desenvolvida durante um processo de desinstitucionalização que envolveu 207 pessoas internadas num hospital psiquiátrico em Belo Horizonte que se encontrava em processo de fechamento. Tal hospital foi criado na década de 1960 para receber pessoas provenientes, em sua maioria, de outros hospitais psiquiátricos, com o objetivo de internação de longa duração. No momento em que a desinstitucionalização começou, o hospital não tinha convênios com planos privados de saúde.

O projeto de desinstitucionalização definiu que cada pessoa deveria ser acompanhada por um profissional (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional ou assistente social) que coordenaria todo o processo de alta hospitalar. O acompanhamento se deu através de grupos, tendo como critérios que cada grupo deveria contar aproximadamente com 20 pessoas, de ambos os sexos, independentemente de diagnóstico e idade, e que estivessem internados em leitos contratados pelo SUS. O primeiro autor deste artigo foi designado para acompanhar um grupo de 20 pessoas e construir para cada uma delas um projeto terapêutico individualizado, tendo como finalidade principal acompanhá-las na transição do hospital psiquiátrico para uma moradia que as inserisse na vida da cidade. Havia o entendimento de que tal transição deveria acontecer da forma menos traumática possível para os sujeitos institucionalizados e seus familiares.

Essas pessoas estavam internadas naquele hospital, em média, há 21 anos, sendo que sete delas não tinham nenhuma referência familiar e eram consideradas abandonadas. Uma não possuía qualquer benefício. Dezesete apresentavam diagnóstico de esquizofrenia residual (CID F 20.5), dado previamente pela equipe clínica do hospital, segundo o Código Internacional das Doenças (CID), e uma delas, de retardo mental leve (CID F 70.0) como comorbidade. Quatro pessoas apresentavam o diagnóstico de retardo mental profundo (CID F 73). Todas faziam uso contínuo de medicação psiquiátrica e estavam internadas em leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a necessidade de compreender melhor o processo de desinstitucionalização, resolvemos elaborar um projeto de pesquisa que tivesse como objeto a transição das pessoas desse grupo do hospital para uma moradia. Concebemos a presente pesquisa com uma pesquisa qualitativa de cunho etnográfico, para criarmos uma descrição densa (Geertz, 2012), em busca da produção e transformação

de sentidos das pessoas em transição a respeito de morar e viver na cidade. Para a coleta de dados, utilizamos métodos múltiplos: consulta a documentos, observação participante e entrevistas.

Entendemos que esta pesquisa era também uma pesquisa-ação, ou seja, uma ação é gerada no processo de investigação e a pesquisa no processo de ação, o que significa, neste caso, que o profissional responsável pelo acompanhamento se transformou em um observador participante (Thiollent, 2000).

A ação em tela estava voltada para viabilizar a transição de uma vida sob tutela em um hospital psiquiátrico para uma vida em uma moradia que permitisse aos ex-internos recuperarem a autonomia, estabelecerem novos vínculos e se tornarem cidadãos com direitos e deveres. Tal transição requer que as pessoas não sejam simplesmente objeto de intervenção ou de pesquisa, mas tornem-se protagonistas do processo.

Na primeira etapa da pesquisa-ação, procuramos nos aproximar das pessoas e obter um entendimento da história de vida de cada uma, os motivos de sua internação, o tempo de internação, sua procedência, a existência de familiares e suas relações com os seus responsáveis, situação previdenciária, o uso de medicação e sua capacidade de independência para as atividades da vida diária (AVD). As anotações feitas neste estudo foram importantes para fundamentar o tempo de desinstitucionalização de cada um, pois apontavam para o grau de dependência para AVD e de suas relações com colegas de enfermagem e com a equipe clínica do hospital. Ademais, essa etapa do processo foi importante para verificar a existência de familiares que se responsabilizassem em acolher as referidas pessoas em suas casas.

Desde essa primeira etapa, mantivemos contato com os técnicos, principalmente com os auxiliares de enfermagem, que, mesmo sofrendo com a perda de emprego causada pelo fechamento do hospital, nos passaram muitas informações que não estavam registradas nos prontuários e que foram essenciais para o entendimento do objetivo da pesquisa e do projeto. Forneceram-nos dados mostrando situações e acontecimentos que, depois de anotados no diário de campo, foram de grande relevância para a construção do texto etnográfico. Mantivemos também contato com os familiares desde essa primeira etapa. As informações que nos chegaram através deles, coletadas em conversas individuais, foram imprescindíveis para o trabalho de pesquisa e acompanhamento.

Na segunda etapa, acompanhamos o grupo não só em encontros no ambiente hospitalar, bem como

em passeios pela cidade, na experiência vivida por eles ao conhecerem um SRT e no momento da alta hospitalar, com a ida definitiva para sua nova moradia. Além de mantermos conversas informais com todas as pessoas do grupo, realizamos entrevistas não diretivas para percebermos como estavam vivenciando o processo de transição e como se dava o processo de reconstrução da identidade pessoal e social. Buscamos, assim, o desenvolvimento das pessoas mediante a elucidação de suas relações umas com as outras e com as profissionais de saúde e também de suas memórias do hospital e expectativas a respeito da nova moradia.

Durante toda a pesquisa, que durou um ano, estivemos no hospital todos os dias, exceto em feriados e finais de semana. Nenhum encontro foi gravado ou filmado, pois entendíamos que isso seria impossível devido ao grande número de encontros e ao desconforto causado aos sujeitos da pesquisa, mas estávamos sempre munidos de um diário para fazer o registro etnográfico. Anotamos observações e falas dos sujeitos quando imersos no campo estudado. Muitas dessas anotações diziam respeito, sobretudo, às observações, opiniões, sentimentos, sensações e experiências vivenciadas pelos sujeitos no momento em que eles estavam num ato de ocupar e cuidar de si com o objetivo de (re)construir um espaço de habitação. Tais anotações foram exaustivas, considerando-se o grande número de encontros e as inúmeras dúvidas dos sujeitos institucionalizados e de seus familiares quanto ao processo de alta, além das visitas às SRTs já em funcionamento em Belo Horizonte. Desse modo, produziu-se um material amplo, dividido em anotações individuais para cada sujeito.

O diário de campo continha o relato de todos os momentos da experiência de transição, utilizando variáveis descritivas (relatos, observações, interpretações) e partindo da hipótese de que a construção de novos espaços de habitação deve ser feita de forma cuidadosa, junto com os futuros moradores, ouvindo suas angústias com relação ao processo de alta hospitalar, seus desejos de “como morar”, “onde morar” e “com quem morar”. Portanto, seria imprescindível deixar o sujeito falar de sua casa, seja a casa sonhada ou a casa imaginária (Bachelard, 2008), falar da moradia atual e de suas impressões sobre a cidade. Esse diário de campo foi a base para a construção do texto etnográfico que nos guiou para analisar se o ocupar-se de si, no sentido da construção de novos espaços de habitação, “força” (Deleuze, 2005) o sujeito a questionar e produzir pensamentos e conclusões que serão fertilizantes para a produção de subjetividade.

Os dados coletados e o diário de campo permitiram-nos construir um texto etnográfico no qual constam as diversas falas e vivências de cada sujeito. Para sistematizar a análise dos dados, foram recortadas do texto etnográfico, a partir das anotações no diário de campo, as seguintes categorias de análise: do hospital como espaço de habitação; da experiência vivida na expectativa de sair do hospital psiquiátrico (transição entre o habitar o hospital e uma casa na cidade); da experiência de (re)conhecer o espaço da cidade; e da (re)construção de um novo espaço de habitação (casa).

É importante lembrar que todos os nomes que aparecerão nos relatos a seguir são fictícios e que as passagens em itálico fazem parte do texto etnográfico.

Resultados e discussões

O hospital é um espaço de habitação?

Noto que a grande maioria dos pacientes não gosta de morar em um hospital. Acham a vida ali monótona e muitos reclamam da falta de liberdade para fazerem atividades cotidianas quando julgam necessário.

Todos os pacientes falam que a autorização para sair livremente da enfermaria e circular pelo hospital passa pela decisão do médico. Toda forma de saída do hospital é decidida por terceiros, incluindo aí também os familiares. Muitos têm desejo de visitar as famílias, mas dependem de os familiares estarem dispostos a virem buscá-los.

Os pacientes relatam que não gostam de morar dentro de um hospital. A maioria deixa claro que isso não é uma opção feita por eles. Alguns dizem que não estariam ali se pudessem escolher. Outros se mostram mais conformados e pensam que, se foi uma escolha da família, é porque é o melhor para eles.

Os pacientes que possuem referência familiar vivem um dilema: por que seus familiares nunca vêm buscá-los definitivamente para morar com eles? Rogério responde a essa questão afirmando que o irmão é muito ocupado para cuidar dele.

Carla, após a morte dos pais, passou a receber uma aposentadoria. Por ser considerada incapaz de gerir seus bens e sua vida, foi necessário ser curatelada. Assim, uma antiga auxiliar de enfermagem com quem tinha mais amizade se ofereceu para ser sua curadora. Tal funcionária pediu demissão após algum tempo, mas continuou na função de curadora de Carla. Faz poucas visitas à paciente, que precisa ligar constantemente para pedir dinheiro, mas que nem sempre consegue fazer contato.

O hospital parece ter mais uma função de abrigo. Poucos o têm como local de sua referência. Alguns

poucos pacientes passam algumas datas festivas (Natal, aniversários) na casa de familiares e depois voltam para a internação.

Os pacientes se organizam para conviverem com companheiros de quarto com os quais têm mais simpatia e afinidades. Há certo companheirismo dentro das enfermarias, sendo que eles sabem como é o jeito de ser de cada colega. (Diário de campo, dezembro de 2007 a dezembro de 2008)

Parece que tudo que já foi dito a respeito de um hospital psiquiátrico com características asilares bastaria para se compreender os efeitos da instituição total – que tão bem foi definida por Goffman (1996), Castel (1991) e Foucault (1991) – sobre a subjetividade dos pacientes ali internados. Mas seria impossível pensar em construir moradias para esses pacientes sem levar em conta a moradia atual, ou seja, o hospital psiquiátrico.

Morar dentro de um hospital não leva em conta a singularidade do indivíduo, pois seus desejos e vontades estão atrelados às normas e à ordem de funcionamento da instituição. A reclusão em espaços restritivos e sem liberdade impede a livre circulação tanto no estabelecimento quanto pelos territórios da cidade.

Dentro do hospital, existia uma relação de poderes bastante desequilibrada a favor da instituição, mas, como lembrou Foucault (2010), tal equilíbrio nunca tendia plenamente para um dos lados. O pouco que restava dessa relação de poderes a favor dos pacientes era usado por eles para dar um sentido melhor à vida de reclusão, fazendo amizades entre si e, em alguns casos, tendo relacionamentos amorosos.

Ficou claro nesta pesquisa que a institucionalização, com seus dispositivos disciplinares, massacra a individualidade e a singularidade do sujeito. A relação de poder sempre favorável ao discurso médico introduz uma prática de dominação cristalizada, reduzindo a liberdade do sujeito de entrar em contato com outros territórios que possuam outras relações de poder. Além disso, as normatizações da vida cotidiana impedem que o sujeito se responsabilize pelo cuidado de si, restringindo novas experiências e novas formas de se reinventar.

Concluimos também que o hospital não se apresenta como uma referência de espaço de habitação para o paciente, porquanto, além de não ser um espaço de habitação que o sujeito construiu ativamente, impede-o de caminhar pela cidade e, conseqüentemente, não lhe dá a sustentação psíquica para um retorno, fundamental para que elabore as experiências, angústias e questionamentos, tão

importantes para as práticas de cuidados de si e para os processos de subjetivação.

A experiência vivida na expectativa de sair do hospital psiquiátrico

A expectativa de se extinguir o convênio do SUS-BH com a clínica trouxe angústia para todos os envolvidos no processo, desde os técnicos até os familiares e, principalmente, para os pacientes. Desde o início de minha pesquisa, apenas Rodrigo tem o desejo explícito de sair do hospital. Disse que não tem interesse em morar com seus filhos, que nunca foram visitá-lo e que, quando soube da possibilidade de ter uma casa, achou que essa seria sua oportunidade de sair daqui.

O desejo da maioria é de morar com seus familiares. A possibilidade de não serem aceitos por estes lhes traz muita angústia, pois seria a confirmação de uma nova rejeição. Ana disse hoje que queria muito sair do hospital, mas que conversou com sua irmã e ela está contra sua alta.

Rogério me pede para ligar para o irmão e conversar com ele a respeito de sua alta. O irmão de Rogério contratou um advogado para impedir judicialmente sua saída do hospital e isso está atrasando seu processo. ... Rogério está cada dia mais angustiado com a situação. Diz estar triste e que não sabe o que vai ser de sua vida e pergunta: “Se o hospital fechar, eu vou para a rua? Doutor, liga para meu irmão e fala que quero ir para as casinhas. Acaba com isso logo”. ... Depois de muito tempo, o irmão de Rogério me ligou e combinamos que ele irá conhecer um SRT. ... Após um ano, Rogério e eu conseguimos convencer seu irmão.

Os pacientes que se dispuseram a ir para um SRT vivem outro tipo de angústia: saber com quem irão morar. ... Carla, Leocádia e Auxiliadora decidiram que gostariam de morar juntas e que é necessário levar Márcia porque ela precisa de cuidados. ... Alguns pacientes dizem que sair do hospital seria mais fácil se soubessem com quem iriam morar. Essa pergunta, então, passou a ser feita a todos os pacientes.

Léa conta que seu lugar é a casa de seu irmão. ... A resistência da família de Léa em acolhê-la prejudicou muito seu trabalho de desinstitucionalização, pois ela se recusou a participar de qualquer atividade que tinha como finalidade sua alta e, por esse motivo, foi a última do grupo a sair do hospital para um SRT, justamente o que ela menos queria. ... Léa irá para um SRT com mais acessibilidade para portadores de deficiência física. Não participou do processo adequadamente, devido à sua resistência. Ela quer sair do hospital para morar na casa do irmão, o que não foi possível. Acho que terá muitas dificuldades de adaptação no SRT.

Nilce é uma paciente com quadro delirante bastante produtivo. Quando chego para conversar com ela, permanece deitada, se cobre com o lençol e evita contato. ... Nilce diz que foi no hospital que conseguiu sua proteção contra a “maldade”, que ali está protegida do mal e que eu quero acabar com sua vida tirando-a dali. ... Ela me recebe aos gritos e não se interessa em conversar comigo sobre sua alta hospitalar. ... Essa paciente sofre bastante com a possibilidade de “perder a proteção”. Noto pelas anotações em seu prontuário que houve uma piora no seu estado psiquiátrico e clínico nos últimos meses. ... É necessário muita calma para trabalhar com outros atores, como a família, auxiliares de enfermagem e até outra colega de equipe, que era melhor acolhida por Nilce. ... A desestabilização do quadro psiquiátrico motiva inúmeras modificações em sua prescrição médica, alterações no seu hábito alimentar e no seu sono. ... Noto que ela aceita mais minha presença, após tantos meses, apenas quando consigo mais acesso a seu conteúdo delirante, através de conversas acompanhadas pela minha colega ou por sua irmã. ... Nilce continua resistente à minha presença. Diz que não quer conversar comigo, que quero prejudicá-la. Só consigo bom contato com ela na presença de sua irmã, que não colabora muito porque está contra sua saída do hospital. Noto que a irmã não tem confiança no processo de desinstitucionalização e que tem muito medo de ter que receber Nilce em casa. ... Como deixei meu telefone com ela para conversarmos sempre que ela tivesse alguma dívida, recebo constantes ligações da irmã da paciente, que relata de suas dificuldades na vida com o marido. Sempre tento acalmá-la, dizendo que Nilce só irá para a casa da família se esta estiver disposta a recebê-la. ... Percebo que o processo de desinstitucionalização deixou uma das irmãs de Nilce bastante angustiada e com tal grau de agitação, que foi necessário que eu pedisse a ela para procurar ajuda de um profissional em um centro de saúde. ... Após um ano, conseguimos entender que, para Nilce, o processo de desinstitucionalização trouxe uma desestabilização psíquica e que isso só seria contornado criando-se outro ambiente de proteção, devido à angústia de sair de seu “quarto de proteção”. ... Com o fechamento da clínica, Nice será encaminhada para outro hospital psiquiátrico, onde continuaremos seu processo de desinstitucionalização. Durante todo este ano, a única coisa que consegui foi que ela aceitasse outro hospital como ambiente de proteção. (Diário de campo, dezembro de 2007 a dezembro de 2008)

Fassheber, Barreto e Vidal (2007) perceberam que o desejo do paciente em não sair do ambiente hospitalar assinala a diferença presente entre cotidiano do hospital e de uma moradia. Muitas vezes, lidar com o novo gera inseguranças, consequência de muitos anos de internação que levam a um processo de perda de habilidades importantes e fundamentais para a vida em comunidade.

No hospital, existe a força da rotina, da dependência, da imposição de horários, enquanto que numa residência as ações são mais livres e os cuidados com os objetos pessoais, a limpeza e a organização da casa muitas vezes ficando a cargo do próprio morador.

Podemos dizer que o espaço do hospital era para alguns apenas um local de proteção. Nilce, por exemplo, ficou por anos dentro do quarto, protegida da “maldade do mundo”. Interessante ver que o mesmo espaço que a protegeu não foi capaz de libertá-la de seu delírio e de seu sofrimento cotidiano. Um ano foi pouco para construir um espaço de moradia para Nilce. O máximo que ela conseguiu foi ir para outro espaço hospitalar para que se desse continuidade ao seu processo de desinstitucionalização. Possibilitar que Nilce falasse de uma moradia trouxe-lhe uma desestabilização psíquica, mas também permitiu que emergisse do delírio que a enclausurou, acessando, assim, o mundo exterior e o mundo dos outros sujeitos que há anos não percebia.

Nilce nos ensinou que o tempo do sujeito é diferente do tempo da política, e que para se fazer um processo de desinstitucionalização, deve-se levar em conta as possibilidades e os desejos de cada um. Vale salientar que um outro paciente, Vander, não quis sair do hospital e, por isso, foi encaminhado, como Nilce, para outro hospital psiquiátrico, no qual o processo de desinstitucionalização continuou.

Esses relatos apontam que o processo de desinstitucionalização pode durar muito tempo. A construção de novos espaços de moradia sempre traz aos pacientes algum tipo de angústia, mesmo se entendendo que, para eles, o hospital não era o espaço de habitação. O processo fez ressurgirem várias angústias: perder a proteção, perder os companheiros e namorados e saber que não serão novamente aceitos por seus familiares. Trabalhar tais angústias implicou em colocar o sujeito para *ocupar-se* da construção de um lugar de habitação, ou seja, um lugar onde poderia entrar em contato com a liberdade do encontro e da factibilidade da vida, trazendo, conseqüentemente, o cuidado de si e dos outros.

A experiência de (re)conhecer o espaço da cidade

Os passeios pela cidade foram feitos em grupos de até 09 pacientes, por locais previamente decididos entre eles. Noto que os pacientes que há muitos anos não saíam do hospital optaram por locais que eram suas referências na infância ou na adolescência. Assim, nesses casos, fomos ao Parque Municipal e à Praça da Liberdade.

Os pacientes sempre lembravam de alguma passagem de sua vida relacionada aos lugares que visitamos. ... Auxiliadora disse que ia ao Parque Municipal na sua juventude para namorar e comer pipoca. Leocádia disse que acha que a cidade está maior do que no seu tempo de menina. Rosa disse que gosta da praça porque sua casa ficava perto da praça principal de seu bairro.

Os espaços livres da cidade sempre trazem lembranças da infância ou da adolescência. A maioria dos pacientes tem atitudes mais pueris e pedem ajuda para ir ao banheiro, gastam dinheiro em lanches e muitos fumam em excesso ou pedem cigarros para os transeuntes. Aqueles que têm o hábito de fumar guimbas de cigarros jogadas no chão devem ser mais vigiados. Os pacientes mais dependentes são auxiliados para comer seus lanches e sempre pedimos ajuda aos pacientes mais independentes.

Os parques e as praças foram os lugares que eles melhor aproveitaram, pois se sentiram mais familiarizados com o espaço. As lembranças do passado emergiram com mais facilidade e seus temores de morar fora da proteção do hospital foram, de alguma forma, amenizados.

O shopping center foi o local em que eles mais ficavam impressionados. Sempre se assustavam com a grandeza do espaço. Joaquim achou o chão tão brilhante que pensou que aquilo era um espelho d'água refletindo sua imagem. As lojas de perfume e batons interessavam a todas as pacientes. Diziam que queriam comprar presentes para as pessoas, mas se assustavam quando descobriam os preços das mercadorias. Nos quiosques de venda de óculos, escolher óculos para os companheiros foi uma verdadeira festa. (Diário de campo, dezembro de 2007 a dezembro de 2008)

O reconhecimento do espaço urbano motivou os pacientes a falarem mais de suas casas e de seu passado. Isso os estimulou também a falarem sobre a saída do espaço de proteção do hospital, fazendo com que eles imaginassem uma casa mais perto da realidade do tecido urbano, mesmo sendo estranha aos seus olhos.

Nesse processo de transição, foi importante a aproximação com o espaço urbano, numa tentativa de ressignificação da posição subjetiva dos sujeitos, expondo-lhes novas formas de viver e de ver a vida dentro dos espaços livres e múltiplos da cidade, salientando, de alguma forma, que, em breve, eles estariam lidando com esse novo espaço. Assim, eles puderam experimentar a liberdade das praças e dos parques, mas também o espaço cheio de segurança e normas de um *shopping center*. Ficou claro que,

nos primeiros, eles se sentiam mais à vontade, inclusive para falarem sobre si mesmos. Mas eles também se depararam com as reações de transeuntes que, de alguma forma, se interessaram por vidas tão radicalmente diferentes das suas. Enfim, caminhar pela cidade possibilitou-lhes o emergir de memórias e desejos, bem como um retorno a eles próprios.

A experiência da (re)construção de novo espaço de habitação (casa)

Falamos em todos os nossos encontros a respeito da casa, seja a casa natal ou a casa sonhada. Conversar sobre a casa de origem - aquela de onde eles vieram antes da internação ou sobre a casa natal - trazia uma referência para a (re)construção de uma outra habitação. Devemos somar a isso os passeios aos SRTs para que eles conhecessem a realidade do cotidiano de uma moradia.

É interessante notar que todos falam que querem um quarto com armário para guardar suas coisas com segurança. Falam sempre em armários grandes e camas mais confortáveis. A comida também é um tema frequente quando falam da casa. Todos acham a qualidade da comida do hospital ruim e se preocupam em quem fará a comida para eles.

Um tema que começou a surgir após algum tempo, principalmente quando foram visitar os SRTs, foi o relacionamento amoroso. Soube que alguns pacientes já formavam casais com um longo tempo de relacionamento.

Grande parte dos pacientes se refere às casas do passado, seja a natal ou aquela última moradia, como um local agradável e seguro, mesmo sabendo que eram casas bem modestas.

Conversar sobre a casa revela que os pacientes internados naquele hospital há tantos anos construíram relações de amizade que tinham medo de perder. Assim, começou a aparecer, nessas conversas, que todos os pacientes já tinham em mente as pessoas que queriam levar para morarem com eles. (Diário de campo, dezembro de 2007 a dezembro de 2008)

Tais lembranças eram, de alguma forma, uma orientação das características, como propôs Bachelard (2008), para a criação de uma casa real. É fundamental, a essa altura, a compreensão de que o sujeito está, de alguma maneira, falando sobre ele e o seu modo de habitar. Ouvir o sujeito e anotar o que ele dizia sobre a imagem de sua casa (real ou sonhada, a casa natal ou a casa do futuro) nos colocava ativamente na construção daquilo que seria um espaço de habitação. Aquilo que Bollnow (2008) descreve como a centralidade do sujeito, o ponto de referência, um lugar no qual ele

poderá retornar a ele mesmo e, a partir daí, explorar a cidade.

A construção da nova habitação se deparava com as demandas e exigências das políticas. Sabíamos que os SRTs tinham sua própria administração e cotidiano, que muitas vezes divergiam daquilo que muitos imaginavam como o que seria uma casa. Nesse sentido, o conhecimento prévio que os pacientes tiveram durante as visitas aos SRTs permitiu que muitos deles participassem da construção da sua própria casa mais ativamente.

Percebemos que essas visitas os estimularam a construir um espaço no qual se valorizasse a convivência com pessoas com quem tivessem algum tipo de relacionamento afetivo. Daí, surgiram pedidos de morar junto aos companheiros de quarto ou com seus/suas namorados/namoradas, o que lhes proporcionava certa sensação de bem-estar e conforto e mais segurança para sair do hospital.

Não percebemos na fala dos pacientes que o hospital era o seu lugar de referência, como seria uma casa. Entendemos que o hospital era apenas um lugar de proteção. Bachelard (2008) defende que o espaço habitado é o ponto de partida da imagem que o sujeito faz de si. Porquanto a casa de origem ou a casa natal foi o ponto de partida para que os pacientes falassem de si e deixassem emergir o seu modo de habitar um espaço, as suas memórias de vivências passadas há tanto tempo caladas, a possibilidade de um projeto de construir uma casa sonhada, que pertencesse ao futuro, teria suas origens em casas habitadas no passado.

A construção dessa casa teria uma função psíquica importante, que seria a de dar a eles sensação de estabilidade. Nas nossas conversas e passeios, os pacientes tiveram sempre a oportunidade de discorrer acerca da nova realidade que se aproximava com o fim do hospital. A intenção era ocupá-los com a criação da casa: uma coisa a ser reinventada por eles mesmos, o que seria singular e que lhes permitiria circular por novos territórios, nos quais experimentaríamos novos encontros com a factibilidade da vida para produções de si.

Tal espaço, que emergia nos contatos com os pacientes, ao qual chamamos “casa do futuro, moradia ou habitação”, deveria ser uma construção mais sólida que as casas do passado. Contudo, compreendemos que, em alguns casos, esse processo não poderia ser efetivado, mas era preciso possibilitar-lhes a oportunidade do devaneio do habitar. Além disso, era preciso (re)construir um local de referência ou de pertencimento. Esse lugar, segundo Bollnow (2008), é aquele que permite ao sujeito voltar seguro após

caminhar ao encontro de si mesmo e após percorrer os territórios do mundo, um local onde o sujeito repousa após cumprir alguma missão no mundo. O espaço de habitação também possui essa característica. O hospital definitivamente não cumpria tal função, sendo necessário um trabalho delicado para a (re)construção de novas casas, baseadas na singularidade de cada um. Então, conhecer um SRT e, ao mesmo tempo, expor as lembranças e representações de uma cãs trouxeram mais segurança à maioria dos pacientes nessa transição.

Conclusão

Tínhamos a hipótese de que o hospital não é o local de habitação recomendado para nenhum ser humano. Entendíamos que, como escreveu Lefebvre (2001), o espaço de ação do sujeito é a cidade e, por isso, existia a certeza da inserção desses internos no tecido urbano. O termo “habitar”, que se refere tanto à casa quanto à cidade, foi por nós compreendido com base na articulação do conceito de habitar dos filósofos Bachelard (2008), Bollnow (2008) e Heidegger (1951/2010). A ação de habitar compreende também a ação de ocupar-se em construir a habitação, e este é em si também um ato de cuidar de si. Notamos que muitos sujeitos, além de construir suas casas baseadas nas lembranças de suas vidas, construíram casas que possibilitavam o governo de si e o cuidado com o outro. Essa construção de uma casa que possibilita os cuidados de si articula-se fortemente com a ação do sujeito de circular por territórios que propiciem os encontros com o outro, servindo imensamente de estímulo para a produção de subjetividade, uma vez que aponta também para a capacidade de recusar e aceitar as experiências do cotidiano em liberdade. Assim, ao sujeito é permitida uma ação no mundo, junto aos outros sujeitos, modificando seus discursos e tornando-se diferenciado.

Ao final desta pesquisa, pôde-se perceber que a desinstitucionalização é um processo que requer delicadeza. A mudança de um espaço físico que gera assujeitamento (manicômio) para um espaço com mais liberdade de ação possibilitou uma ressignificação da posição subjetiva. Alguns foram contra o processo e outros tiveram seus quadros psiquiátricos agravados. Porém, a maioria fez a transição de forma tranquila, pois a ação de *ocupar-se* da (re)criação da casa trouxe aos sujeitos certa segurança durante a mudança. Assim, notamos que, quando se dá ao sujeito o direito de participar e cuidar de seu projeto de vida, permite-se que ele construa sua habitação baseada no seu estilo de vida, o que, de certa forma, lhe confere um sentido de pertencimento e referência no mundo, além de lhe

dar confiança para enfrentar um novo futuro. Pode-se concluir que os sujeitos que participaram de maneira mais ativa do processo de transição tiveram menos angústias e menos quadros de desestabilização clínica durante todo o processo.

Conclui-se também que o Programa De Volta para Casa tornou sustentável a política de desinstitucionalização, desenvolvida há mais de 10 anos no município de Belo Horizonte. Porém, tal processo não seria possível sem a existência de uma rede de assistência de saúde mental bem constituída, que pode acolher e dar a continuidade ao tratamento desses sujeitos, bem como prover a eles o processo do resgate da cidadania.

Pode-se concluir ainda que é fundamental dar ao sujeito a ser desinstitucionalizado a possibilidade de participar da construção de sua casa de forma mais prática e ativa. Ou seja, é importante também convidar o sujeito a participar das compras de móveis e utensílios da casa, visto que esses instrumentos estão diretamente relacionados aos cuidados que ele terá sobre si mesmo.

Referências

- Araújo, A. (2004). *Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental: um estudo etnográfico sobre as moradias em Campinas – SP*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Bachelard, G. (2008). *A poética do espaço* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (3ª ed.). São Paulo: Graal.
- Bollnow, O. F. (2008). *O homem e o espaço*. Curitiba: Editora UFPR.
- Braga-Campos, F. B. & Guarido, E. (2006). Sentir-se em casa no olho da rua: o desafio das moradias. *Cadernos IPUB*, 12(22), 141-148.
- Carneiro, N. G. O. & Rocha, L. C. (2004). O Processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 66-74.
- Castel, R. (1991). *A ordem psiquiátrica: a ordem de ouro do alienismo* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Deleuze, G. (2005). *Foucault* (1ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Delgado, P. G. (2006). Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma Psiquiátrica. *Cadernos IPUB*, 12(22), 19-33.
- Fassheber, V. B., Barreto, V., & Vidal, C. E. L. (2007). Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano de uma residência terapêutica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(2), 194-207.
- Foucault, M. (1991). *História da loucura na Idade Clássica* (3ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2010). A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na Psiquiatria Legal do Século XIX. In *Ditos e escritos*. (Vol. 5, 2ª ed., pp. 1-25). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos existentes no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 785-795.
- Furtado, J. P. & Pacheco, R. A. (1998). Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas: análise de uma experiência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(4), 179-184.
- Furtado, J. P., Tugny, A., Nakamura, E., Braga-Campos, F. C., Guerra, A., Generoso, C., Kaap, S., & Baltazar, A. P. (2013). Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(12), 3683-3693.
- Geertz, C. (2012). *A interpretação da cultura*. Rio de Janeiro: LTC.
- Goffman, E. (1996). *Manicômios, prisões e conventos* (5ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Guimarães, J. & Saeki, T. (2001). Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do hospital psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). *História, Ciências, Saúde*, 8(2), 357-374.
- Heidegger M. (2010). Construir, habitar, pensar. In *Ensaio e conferências* (8ª ed., pp. 125-142). Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1951)
- Lefebvre, H. (2001). *O direito à cidade* (5ª ed.). São Paulo: Centauro.
- Lui, R. T., Loli, M. N., Kawanichi, N. K., & Boarini, M. L. (2011). Estado da arte sobre o serviço residencial terapêutico no Brasil: um panorama exploratório. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(1), 131-140.
- Matias, M. B. M. & Annunziato, V. L. (2001). *Habitar na cidade: conhecendo o processo de implementação das moradias no município de Campinas (SP)*. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Matos, B. G. & Moreira, L. H. D. (2013). Serviços residenciais terapêuticos: o olhar do usuário. *Escola Anna Nehry Revista de Enfermagem*, 17(4), 668-676.

- Monteiro, J. R., Dias, M. T. G., Cruz, R. A. C., & Frichebruder, S. C. (2002). Projeto Morada São Pedro. In A. A. Ferla & S. M. S. Fagundes (Orgs.), *O fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul* (pp. 133-141). Porto Alegre: Dacasa.
- Paulon, S. M., Resende, V., Knijnik, C., Oliviera, E. S., & Abreu, M. C. (2007). Das múltiplas formas de habitar uma morada: a produção do cuidado em um serviço residencial terapêutico. *Revista Vivência*, 32, 119-137.
- Thiollent, M. (2000). *Metodologia de pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. D., & Bandeira, M. (2007). Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 294-304.

Submissão em: 13/07/2013

Revisão em: 04/03/2014

Aceite em: 26/05/2014

Renato Ferreira Franco é médico psiquiatra. Possui mestrado (2002) e doutorado (2012) em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. e atua na Residência de Psiquiatria do Hospital Odilon Behrens da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Endereço para correspondência: Avenida Brasil, 1831. 1011. Funcionários. Belo Horizonte/ MG, Brasil. CEP 30140002.

E-mail: renatofranco@me.com

Cornelis Johannes van Stralen é professor da Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: stralen@superig.com.br