

***Onde a Vida Acontece: diálogos com a cidade e experiência em uma oficina de
intervenção urbana***

Cristiana Assunção Baltar

Brasília

Dezembro, 2018

***Onde a Vida Acontece: diálogos com a cidade e experiência em uma oficina de
intervenção urbana***

Cristiana Assunção Baltar

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para a obtenção do grau de psicólogo.

Professora-Orientadora: Dra. Tania Inessa Martins de Resende

Brasília

Dezembro, 2018

Às diferentes formas de estar no mundo.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente aos meus pais, Cida e Ozeas, que me gestaram e cuidaram. Por todo suporte dado durante todos os anos de minha vida. Pela disponibilidade afetiva cotidiana e pelos puxões de orelha necessários, que a cada dia me torno mais capaz de compreender.

Agradeço a minha professora-orientadora Tania Inessa, que com seu jeito doce de falar fez com que eu me apaixonasse cada vez mais pela área de Saúde Mental. E que mesmo quando é firme, é doce. Obrigada por mostrar-se disponível, pela compreensão, pelos ensinamentos, por ser exemplo, e pelos acolhimentos nos momentos de desespero e angústia.

Obrigada aos 4 “Às”, Aline, Náira e Karina Leydianne por toda compreensão, afeto e ajuda durante esses longos anos de graduação. Eu não seria quem sou hoje não fossem as nossas trocas – de conselhos, suporte e diferenças.

Gratidão as forças maiores do universo que no último ano da graduação uniu pessoas que compartilham de um desejo maior de mudar o mundo, um passo de cada vez. Obrigada Luísa, Thamires, Antônio, Matheus, Laura, Moni, Julia e Rafaela pelo suporte e companheirismo durante esse tão difícil e tão sonhado ano de final do curso.

Obrigada a todas as minhas amigas e amigos, pelo suporte mútuo, pelo colo, pelo ombro, pelos risos e companheirismo durante todos esses anos. Obrigada por existirem ao mesmo tempo que eu.

Agradeço a Inverso que em meio a tantas dúvidas foi uma certeza. E a todo mundo que lá frequenta: eu aprendo todos os dias com vocês.

Gratidão a vida pelas oportunidades.

*“Embriagado
Jogado na cidade
Questiono minha sanidade
Não tem solução
Insistem em me dar remédios
Me sinto sufocado entre as paredes desses prédios
E entre o tédio
Outra vez no psiquiatra
O que é claro pra ele
Pra mim tem forma abstrata
Tenta me tratar
Maltrata minha inteligência
Às vezes até duvido da sua existência
(...)
Ih, neurose
Outra dose
Pânico congênito
(...)
Alguém que nunca sentiu o que eu sinto
Me julga como um pai, em posse do cinto”*

(Senhor do Bonfim – Baco Exu do Blues)

Sumário

Resumo.....	vii
Introdução.....	1
Capítulo I – Intervenção Urbana.....	5
Capítulo II – Saúde Mental: novos paradigmas de cuidado.....	9
Capítulo III – Onde a vida acontece: territórios, espaços e significado.....	16
3.1 <i>Concepções de Território e Espaço</i>	16
3.2 <i>Territórios na perspectiva da Saúde Mental</i>	19
Capítulo IV- Metodologia.....	24
a) <i>Sujeitos da Pesquisa</i>	25
b) <i>Instrumentos e Procedimentos</i>	25
c) <i>Análise das Informações</i>	26
Capítulo V - Resultado e Discussão.....	28
5.1 Análise Sócio Histórica.....	28
a) <i>A RAPS no DF</i>	28
b) <i>O Centro de Convivência e Cultura</i>	30
5.2 Análise Formal.....	34
a) <i>Ir para a Rua</i>	35
b) <i>Ambivalência: o medo da transgressão e o desejo</i>	39
c) <i>A Convivência e o Vínculo</i>	44
5.3 Interpretação/Reinterpretação.....	48
a) <i>Território como lugar do diverso</i>	48
b) <i>Resistir como vagalumes</i>	50
Considerações Finais.....	52
Referências.....	54
Anexo A.....	59
Anexo B.....	62
Apêndice A.....	64

Resumo

Esta monografia tem como objetivo refletir sobre as experiências das pessoas em sofrimento psíquico intenso, especialmente de frequentadores de uma oficina de intervenção urbana de um centro de convivência e cultura, a partir da articulação de conceitos chave da desinstitucionalização, da Reforma Psiquiátrica brasileira, de territórios e da intervenção urbana. O primeiro capítulo dessa pesquisa discorre sobre a intervenção urbana, que, é a manifestação artística executada nos espaços públicos. Geralmente, as intervenções são imagens e/ou frases pequenas que tem como intuito produzir algum impacto no seu espectador. No segundo capítulo é realizado um breve resumo da desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica brasileira, que é pautada pela Lei Nacional 10.216, que discorre sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico intenso, e que garante o tratamento em ambientes terapêuticos menos invasivos, e preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. O terceiro capítulo traz conceitos de territórios e espaços, e desses conceitos na perspectiva da saúde mental. Esta é uma pesquisa qualitativa que utilizou a Hermenêutica da Profundidade como forma de análise dos dados coletados. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e individuais com cada participante. A análise foi dividida em três categorias: ir para a rua; ambivalência: o medo da transgressão e o desejo, e a convivência e o vínculo.

Palavras-chave: saúde mental, intervenção urbana, território.

Introdução

Ao longo dos anos a atenção à saúde mental passou por diversas mudanças. Do enclausuramento em instituições psiquiátricas das pessoas consideradas “doentes mentais” ou “loucas” a atualmente por um tratamento e cuidado no território e em comunidade. Passamos por um processo formal de ampliação da assistência e do olhar a essas pessoas. Esse processo tem sido chamado de Reforma Psiquiátrica (Goulart, 2013).

Assim, a Reforma Psiquiátrica, também chamada de Luta Antimanicomial é conceituada por Pacheco (2009) como:

Uma busca de uma outra forma de olhar, escutar e tratar a loucura, decorrente de um processo histórico de questionamentos e reelaborações das concepções e práticas psiquiátricas clássicas. Essa busca tem como condição primordial a transformação do paradigma da psiquiatria e do modelo asilar para o tratamento da loucura. Busca-se também a construção de um espaço social para o louco, um espaço onde sua cidadania seja reconhecida com respeito e sua autonomia, enquanto sujeito, resgatada (Pacheco, 2009, p.120).

No Brasil a Reforma Psiquiátrica foi consolidada em 2001 pela promulgação da Lei 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado. Ela dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas em sofrimento psíquico intenso instaurando um novo modelo assistencial em saúde mental. E estabelece que o tratamento aconteça em serviços substitutivos aos modelos hospitalocêntricos e asilares.

É no cenário de um desses modelos substitutivos – um Centro de Convivência e Cultura que compõe a rede de cuidado em saúde mental – que essa pesquisa acontece. Existem nas instituições de cuidado e tratamento de pessoas em intenso sofrimento

psíquico oficinas nas quais os frequentadores utilizam da arte como via terapêutica, porém, a criação dos frequentadores permanece guardada (Campos, 2013). A oficina de intervenção urbana, que acontece em um Centro de Convivência e Cultura, no qual essa pesquisa foi realizada, tem um caráter único que não costuma existir em outras oficinas de arte: o diálogo com a cidade, a exposição da arte do sujeito em sofrimento para além dos espaços institucionalizados.

No entanto, trabalhos como o da Nise da Silveira (1905 – 1999), psiquiatra e pioneira da Terapia Ocupacional, solidificam a ideia de usar a arte como via terapêutica. Profundamente contra as práticas utilizadas pela psiquiatria da época (choques elétricos, camisas de força, etc.) e inspirada pelo trabalho de Jung, criou no hospital Pedro II, onde trabalhava, um ateliê no qual os internos pudessem de maneira livre se expressar através da arte, seja em forma de desenhos, pinturas ou modelagem (Câmara, 2002).

Para Nise, algumas expressões de vivências de pessoas psicóticas estão além de elaborações verbais, portanto, o trabalho realizado no ateliê era uma maneira de acesso ao mundo interno daqueles pacientes e ao mesmo tempo uma forma de expressão de suas vivências e afetos. Nise fundou o Museu de Imagens do Inconsciente, que está localizado no Rio de Janeiro, onde estão expostas as obras desses internos (Câmara, 2002).

Segundo Pelbart (1989, p. 134) “nada disso basta, essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão”. Sendo assim, é necessário cultivar um olhar crítico sobre os tipos de relação que existem nos lugares de tratamento, cuidado e convivência.

Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa é apresentar e discutir experiências de intervenção urbana no campo da saúde mental. A partir da desmistificação de

preconceitos relacionados à intervenção urbana – que por vezes é confundida com vandalismo – à valorização a fala e a experiência das pessoas em sofrimento psíquico intenso. Além de discutir outras possibilidades de cuidado e expressões em saúde mental. A realização desse trabalho é importante para salientar que existem diversas formas de cuidado. É estudando novas formas de atenção que iremos ajudar a consolidar a Política Nacional de Saúde Mental e as Leis Nacional 10.216 e Distrital 975.

É importante o desenvolvimento de novas formas de cuidado que, como discorre Resende (2015), não tutelem nem abandonem. Além disso, esse trabalho visa esclarecer que diversas atividades podem ter um caráter terapêutico, em especial a oficina de intervenção urbana, que é o foco desse estudo. Tendo como base o conceito de clínica peripatética de Lancetti (2008), de uma clínica que aconteça em diversos espaços, e não apenas no espaço fechado da clínica tradicional.

Trazer para o centro das discussões a experiência de pessoas em sofrimento psíquico intenso é de extrema importância porque só assim será possível encontrar maneiras mais legítimas de cuidado e tratamento, além de valorizar a fala e a experiência das pessoas que sofrem, como também ajudar a desconstruir preconceitos e estigmas que existem tanto na intervenção urbana quanto na saúde mental.

Nos capítulos seguintes são desenvolvidos conceitos chave que permearam a construção dessa pesquisa. O primeiro capítulo trata da intervenção urbana e de seus conceitos, é importante frisar a existência de uma escassez de trabalhos que falem sobre esse tema.

No segundo capítulo são abordados os conceitos de desinstitucionalização e um breve resumo da Reforma Psiquiátrica brasileira enquanto um novo paradigma de cuidado, que passa a ser desempenhado em serviços substitutivos aos modelos asilares.

O terceiro capítulo discute definições de territórios e espaços, e é dividido em duas categorias, a primeira trazendo conceitos gerais e a segunda tendo como enfoque a saúde mental.

O quarto capítulo abrange a metodologia utilizada. Essa pesquisa é qualitativa e teve como instrumentos de obtenção de dados a entrevista semiestruturada e o diário de campo da pesquisadora. O cenário de pesquisa foi um Centro de Convivência e Cultura, e a ferramenta utilizada para a análise dos dados foi a Hermenêutica da Profundidade criada por Thompson (1995) e retomada por Demo (2001).

E, finalmente, o quinto capítulo refere-se aos resultados e discussão da pesquisa. Ele é dividido em três partes, na primeira é realizada uma contextualização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Federal e do Centro de Convivência e Cultura no qual essa pesquisa foi elaborada. Na segunda parte, a análise formal é dividida em três categorias: a) Ir para a Rua; b) Ambivalência: O medo da transgressão e o desejo e c) A Convivência e o Vínculo. Essas categorias foram criadas por causa da quantidade de vezes em que esses temas surgiram nas entrevistas e no diário de campo. Por fim, na terceira parte desse capítulo é elaborada uma interpretação dividida em duas partes: a) Território como lugar do diverso e b) Resistir como vagalumes. A interpretação foi feita a partir das categorias que surgiram e do que se destacou para a pesquisadora durante sua vivência no Centro de Convivência e Cultura e nas entrevistas.

O capítulo seguinte faz um panorama de diversos conceitos de intervenção urbana.

Capítulo I – Intervenção Urbana

Nas cidades a vida é marcada pelos afazeres e transações econômicas e comerciais, nas quais as ruas se tornam meios de conexão. Por vezes sobra tempo para lazeres, que são com frequência custosos. Isso quando as pessoas têm acesso aos equipamentos culturais e de lazer. A cidade constitui-se como um espaço geográfico significativo de ações e possibilidades sociais, sendo um universo de relações e de encontros (Zanella, 2009).

Do caos imagético, da fragmentação territorial, do acúmulo e superficialidade de signos, a cidade se ergue em suas pungentes possibilidades. Nela sensibilidades recriadas se inauguram e nela atuam vários grupos heterogêneos que criam, renovam, implicam-se e resistem ao instituído, buscando potencialidades outras de viver e reencantar o cotidiano (Zanella, 2009, p.1281).

Algumas formas encontradas de reencantar as ruas e o cotidiano são as artes de rua, ou também intervenções urbanas, que produzem continuamente maneiras de reinventar e instituir valores que possibilitam outras formas de existência. Utilizando lugares inóspitos e imprevisíveis tais intervenções irrompem a ordem do discurso urbano criando e recriando a cidade e na cidade (Zanella, 2009).

As intervenções urbanas surgem no Brasil entre a década de 60 e 70, sendo consolidada apenas no final da década de 90 por artistas pioneiros nesse campo, como Hélio Oiticica, Paulo Leminski, Flávio de Carvalho e outros. Porém, principalmente pela atuação de diversos coletivos que se formaram nas cidades (Campos, 2013).

Intervenção Urbana é um termo usado para designar vários tipos de manifestações artísticas executadas nos espaços públicos. São ações que promovem cidadania, pertencimento e empoderamento, fazendo com que seus autores reconheçam seu direito de ocupar o espaço urbano (Faleiros, 2017).

Segundo Barja (2008, p. 2), “intervir é interagir, causar reações diretas ou indiretas”. A linguagem da intervenção urbana é capaz de transcender as fronteiras da arte, fazendo parte do cotidiano da vida das pessoas. As intervenções, geralmente, são imagens e/ou frases curtas, metáforas e trocadilhos que podem provocar grandes impactos (Barja, 2008). Intervenções urbanas são trabalhos voltados para uma experiência estética que buscam a produção de novas maneiras de perceber o cenário urbano, além de criar novas relações afetivas com a cidade (Mazetti, 2006). Segundo Campos (2013):

Pode-se olhar para as práticas de intervenção urbana, predominantemente, como uma forma de agir político. Sua ênfase também está na produção de processos de singularização e transformações do cotidiano. Isto porque a intervenção urbana deseja desestabilizar as estruturas institucionais de dominação e, então, questionar a elitização do espaço público e proporcionar a revitalização da cidade como lugar de diálogo e experiência lúdica (Campos, 2013, p. 57).

As intervenções urbanas não são ocasionais e aleatórias, elas são pensadas e planejadas. O local da intervenção é pensado de acordo com o conteúdo, o grau de visibilidade, a arquitetura da cidade, o fluxo urbano e com a mensagem que se deseja passar: para tanto é necessário conhecer a cidade (Barja, 2008). Existem nas cidades, em especial nas grandes capitais, diversos artistas e coletivos que espalham pelos muros das cidades seus poemas, desenhos e frases que em forma de estêncis, lambe-lambes e grafites expressam suas críticas, seus afetos e desejos.

A Intervenção Urbana é também uma forma de diálogo com a cidade e de expressão da singularidade de seus artistas. Utiliza outras formas de linguagem que não apenas a do discurso, como a do desenho e da imagem, que geralmente vem acompanhado de um trocadilho ou uma frase curta. A intervenção urbana aparece como

uma alternativa aos meios oficiais de comunicação, promovendo o acesso direto da arte com o público. Inserindo-se ainda como um dispositivo crítico (Campos, 2013).

As intervenções urbanas se dão no dia-a-dia, em uma politização do cotidiano, do espaço público, que marca um distanciamento da política institucional para enfatizar a cultura e a reprodução social como terreno de combate. Além disso, as intervenções urbanas destacam a ação direta em contraposição à fomentação de visões utópicas, na busca por produzir novas maneiras de ver, sentir, perceber, ser e estar no mundo (Mazetti, 2006, p. 3).

Sendo assim, as práticas das intervenções urbanas escapam à passividade e massificação dos comportamentos as quais estariam entregues, não se conformando com os mecanismos de disciplinas moralistas que restringem as autênticas possibilidades de expressão (Campos, 2013).

Na oficina de intervenção urbana, a qual foi a inspiração deste trabalho, é a voz das pessoas em sofrimento psíquico intenso que está pela cidade. Não é a verdade ditada por um saber que oprime e marginaliza: é dita por quem a vive. É na intervenção urbana, como referenciada por Campos (2013) que:

A pessoa considerada louca passa a se apropriar da cidade criando uma via de mão dupla, onde antes só a cidade fazia intervenção na loucura - oprimindo, excluindo, internando - agora a loucura faz intervenção na cidade (Campos, 2013, p.14).

A arte, e nesse trabalho especificamente a intervenção urbana, consiste em produção de sentidos, e não apenas na produção de obras estéticas e lúdicas, além de proporcionar elementos que promovam projetos de vida e novas formas de viver, ser e pensar (Campos, 2013).

No capítulo seguinte serão abordados conceitos chave de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica brasileira, que foi bastante inspirada pela experiência da desinstitucionalização italiana.

Capítulo II – Saúde Mental: novos paradigmas de cuidado

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental é pautada pela Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e sobre os direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais, e, garante no artigo 2º nos incisos VIII e IX o tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos e preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, respectivamente. Portanto, o cuidado passa a acontecer em locais abertos que cultivam vínculo com a família e a comunidade.

Segundo Tenório (2002) a Reforma Psiquiátrica deixa de criticar o asilo, no sentido de visar o aperfeiçoamento e humanização para recair sobre os pressupostos da psiquiatria. No Brasil, é um movimento que tem uma característica essencial de restauração da democracia e da cidadania de pessoas tuteladas. O que chamamos no Brasil de Reforma Psiquiátrica tem como marca fundamental o reclame da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico intenso.

A importância de colocar a cidadania como valor primordial desse processo é que a reforma é especialmente um campo heterogêneo, que engloba a clínica, o social, a política, a cultura, o jurídico e as relações. Com o surgimento da psiquiatria comunitária, a ideia de saúde mental estava atrelada a uma boa adaptação ao grupo social. Não é mais sobre curar a doença, mas sim de adaptar o sujeito ao grupo. Essa noção foi bastante criticada por estabelecer um padrão de normalidade que é externo à singularidade da pessoa em sofrimento, continuando num padrão de proposta de cuidado que ainda violenta e tutela o sujeito (Tenório, 2002).

É por isso que a atual noção de saúde mental no discurso da reforma se dá em dois aspectos, o primeiro que denota um afastamento da figura médica que não leva em consideração os aspectos singulares e subjetivos ligados à existência do sujeito, e o segundo aspecto que demarca um campo de saberes que não se delimitam à medicina e

a psicologia tradicional. Os saberes médicos e psicológicos não foram excluídos, e também fazem parte do entendimento atual de saúde mental, mas agora em uma perspectiva de inclusão de outros saberes (Tenório, 2002).

Apesar da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e de leis como a Lei 10.216 e a Lei 975/DF que fixam diretrizes para a atenção à saúde mental e a proteção das pessoas em sofrimento psíquico grave, visando a substituição dos hospitais psiquiátricos por redes de atenção psicossocial, ainda assim, podemos perceber que os espaços de cuidado nem sempre estão distantes da lógica manicomial presentes nos hospitais psiquiátricos.

Antes da reforma psiquiátrica o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico, foi com a desinstitucionalização e com a reforma psiquiátrica que foram criados outros serviços de cuidado para pessoas em sofrimento, serviços esses que fossem na comunidade e no contexto social no qual a pessoa está inserida. A cronicidade dos pacientes é o sinal mais evidente da ineficácia dos manicômios em alcançar uma solução-cura. Em toda sua história, o manicômio manteve, como também criou, aquilo que se pretendeu curar: o sofrimento psíquico intenso (Rotelli, 2001). “É a solução que formula o problema, no sentido de que é ela que lhe dá o nome e forma” (Rotelli, 2001, p. 29).

A psiquiatria separou a “doença” como objeto fictício, da “existência global complexa e completa” dos pacientes e do corpo social. Sobre essa separação se construiu um conjunto de dispositivos científicos, administrativos e legislativos todos referidos a “doença”. Portanto, para que se retome o contato com a existência real das pessoas em sofrimento psíquico intenso é preciso que exista um desmonte de todo esse conjunto. Ou seja, é preciso desinstitucionalizar o cuidado (Rotelli, 2001).

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (Rotelli, 2001, p.29).

A patologização da loucura mostra o arranjo cultural que viabilizou a emergência de um saber psiquiátrico e de um saber psicológico a partir do exercício disciplinar que permeia os indivíduos. O conhecimento elaborado sobre a loucura pretendia a coerção não só do comportamento, mas principalmente da subjetividade da pessoa considerada louca, de maneira que ela própria fosse capaz de se adestrar de acordo com os valores sociais (Sá & Pereira, 2006).

Além disso, é necessário também desmontar a ideia de normalidade plenamente estabelecida que é tão almejada pelas ciências psi – que são as ciências da psicologia e da psiquiatria. Foucault propõe que a patologização da loucura aparece com a finalidade de controle da individualidade, cabendo à psiquiatria o papel de evidenciar os limites dentro dos quais o comportamento é tido como aceitável (Sá & Pereira, 2006).

Se o objeto ao invés de ser a “doença” torna-se a “existência-sofrimento dos pacientes” e sua relação com o corpo social. Então a desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (Rotelli, 2001, p.30)

No processo da desinstitucionalização a medicação não é o único dispositivo de cuidado, isso não significa que as pessoas deixem de tomar seus medicamentos ou que eles não tenham valor, mas sim que existam outras formas de tratamento, formas essas que não tenham como foco apenas a redução dos sintomas, e que criem espaço e condições para que o sujeito tenha autonomia em seu tratamento.

A desinstitucionalização tem como objetivo principal a transformação das relações de poderes entre as instituições e os sujeitos. Essa transformação acontece quando eliminamos os meios de contenção, abrimos as portas, reconstruímos o direito à palavra e ao próprio corpo (Rotelli, 2001).

Desinstitucionalizar é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas, no entanto, seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (Rotelli, 2001, p.33).

No plano da Política Nacional de Saúde Mental busca-se a consolidação de um modelo de assistência que seja aberto e comunitário, garantindo a livre circulação das pessoas em sofrimento psíquico intenso pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. Sendo assim, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece pontos de atenção para o atendimento dessas pessoas. A RAPS é composta por vários componentes e serviços – Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Centros de Convivência e outros (Brasil, 2013).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, são serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. São instituições que acolhem as pessoas em sofrimento psíquico intenso, estimulando sua integração familiar e social. Seu objetivo principal é tentar reintegrar o sujeito em sofrimento psíquico intenso a um ambiente social e cultural concreto, tais como os territórios, que são os espaços na cidade onde desenvolve a vida cotidiana dos usuários desse serviço e seus familiares (Brasil, 2004).

Os CAPS atuam nos territórios, tecendo as redes de atenção às pessoas em sofrimento e seus familiares. Tais redes são constituídas de recursos afetivos, sociais, culturais, religiosos, de lazer, sanitários e econômicos, que juntos potencializam o cuidado e a reabilitação psicossocial (Brasil, 2004).

Segundo Lancetti (2008), o cenário do hospital psiquiátrico é promotor de identidades cronificadas, e é imprescindível que exista um desmonte do aparato manicomial para que os serviços sejam de fato reabilitativos. O mesmo autor traz o conceito de clínica peripatética, que é a ideia de uma clínica ampliada, móvel, onde o *setting* terapêutico não é apenas o espaço privado e fechado dos consultórios que estamos acostumados quando pensamos em clínica. Sendo assim, o *setting* deve ser adaptado ao que é necessário para o sujeito, tornando a clínica um espaço mais horizontal.

As leis que derrubam os manicômios já foram criadas e espaços diferenciados de cuidado também, mas é importante frisar que as práticas manicomiais que oprimem, julgam e marginalizam a loucura ainda estão presentes. Em dezembro de 2017 o Ministério da Saúde (MS) publicou a portaria nº 3.588 que aumenta o valor da diária da internação que é paga aos hospitais psiquiátricos, além de ampliar a quantidade de leitos nesses espaços.

Além disso, a portaria também exige que 80% dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais seja ocupado para que a instituição receba a verba de custeio do serviço, o que afeta diretamente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que se fundamenta na lógica do atendimento humanizado, visando a cidadania e a inclusão social. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) contestou a portaria acima citada, pedindo que ela seja revogada por representar um retrocesso nos tratamentos dados aos usuários da rede de saúde mental (Sampaio, 2018).

Outro componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental são os Centros de Convivência e Cultura, que são serviços voltados para o desenvolvimento da sociabilidade das pessoas em sofrimento psíquico intenso. Eles oferecem espaços de produção, sociabilização, articulação com a vida cotidiana e intervenção na cidade. E tem como foco a esfera relacional, possuindo um caráter preventivo, atuando no âmbito cultural e social, e não somente no da saúde. Não sendo, então, um espaço de tratamento *strictu sensu* (Monnerat, 2011; Brasil, 2005).

A portaria nº 396 de 7 de julho de 2005 discorre sobre a criação e o funcionamento de Centros de Convivência e Cultura enquanto um dos serviços públicos que compõem a RAPS. No entanto, a implementação destes enquanto serviço componente do SUS deve ocorrer somente em municípios onde haja uma cobertura adequada de serviços públicos efetivos da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2005). Portanto, o Centro de Convivência e Cultura na qual essa pesquisa foi desenvolvida funciona como uma Organização Não-Governamental, apesar disso, a articulação com os demais serviços de saúde mental é fundamental para a reinserção social e para a consolidação dos laços comunitários de seus frequentadores.

É importante trazer esse panorama do cenário da saúde mental no Brasil, pois essa pesquisa se desenvolve 17 anos após a lei 10.216 e ainda assim, a Política

Nacional de Saúde Mental ainda não foi completamente implantada. Sendo assim, é importante a valorização da experiência e da fala das pessoas em sofrimento psíquico intenso, para que seja cada vez mais possível pensar em novas formas de cuidado que consolidem os modelos substitutivos ao cuidado asilar, hospitalocêntrico, opressor e tutelador

O próximo capítulo refere-se a conceitos de territórios e espaços, e também destes sob a perspectiva da saúde mental.

Capítulo III – Onde a vida acontece: territórios, espaços e significados

Busca-se nesse capítulo abordar os conceitos de território e espaços. Tais conceitos permeiam o processo de desinstitucionalização brasileiro e da reforma psiquiátrica, pois a atual Política Nacional de Saúde Mental prevê que o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico intenso seja realizado em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, pensados a partir de um modelo de atenção psicossocial que visa a reinserção e o intercâmbio social dos usuários dos serviços de saúde mental.

3.1 Concepções de Território e Espaço

No Brasil não existem tantos trabalhos de geógrafos que se dispõem a falar do tema de saúde. Apesar disso, um nome importante que influenciou a mudança epistemológica nos conceitos de território e espaço foi o de Milton Santos, que trata a questão dos territórios como uma questão econômica e política, de distribuição de riquezas e poderes (Faria & Bortolozzi, 2009).

Milton Santos inaugurou a abordagem do espaço como sendo um processo e construção social, e, considerou também as singularidades dos territórios periféricos do capitalismo global (Furtado et al, 2016).

Nas últimas décadas, as novas abordagens sobre o conceito de território e a obra de Milton Santos tem como principal característica o rompimento com a visão tradicional dessa categoria, que se refere ao território como a área de atuação do Estado apenas. O conceito de território passa então a ser entendido enquanto uma apropriação social que envolve a cultura, política e economia, e que é móvel e transitório (Faria & Bortolozzi, 2009).

Santos (1978) diferencia os conceitos de território e espaço, para o autor, o território é um conceito que representa um dado definido, uma área delimitada. Já o

espaço é mais amplo e complexo, pois é entendido como um sistema de objetos e ações no qual a instância social é uma expressão sólida e histórica. Sendo assim, o território precede o espaço, e o espaço é criado pelo povo quando utilizam o território (Saquet & Silva, 2008).

(...) O espaço por suas características e por seu funcionamento, pelo que ele oferece a alguns e recusa a outros, pela seleção de localização feita entre as atividades e entre os homens, é o resultado de uma práxis coletiva que reproduz as relações sociais, (...) o espaço evolui pelo movimento da sociedade total. (Santos, 1978, p. 171).

Portanto, o espaço se constitui como um dos objetos sociais de maior imposição sobre as pessoas, pois ele faz parte do cotidiano, como o local de trabalho, de moradia, de encontros, e até mesmo os caminhos que levam as pessoas a esses locais. O espaço, é então, produto da dinâmica sócio espacial (Saquet & Silva, 2008).

A configuração territorial é dada pelo conjunto formado pelos sistemas naturais existentes em um dado país ou numa dada área e pelos acréscimos que os homens superimpuseram a esses sistemas naturais. A configuração territorial não é o espaço, já que sua realidade vem de sua materialidade, enquanto o espaço reúne a materialidade e a vida que a anima. (Santos, 1996, p.51).

Um outro conceito para se pensar os territórios vem de Gifford (1987), que define territorialidade como o domínio, posse ou desejo de posse de uma área, e pode se manifestar por comportamentos tais como ocupações, defesas, demarcações e imposições de limites sociais.

Goffman (1973) divide a territorialidade em três: os territórios fixos, os situacionais e os egocêntricos. Os territórios fixos são delimitados espacialmente pelo seu dono, que tem seus direitos amparados pelas leis, como por exemplo a casa própria

de uma pessoa. Os territórios secundários podem ser utilizados por todos, sendo de uso privado ou público, como por exemplo pontos de ônibus, praças e bancos. E, os territórios egocêntricos cercam o indivíduo e podem ser transportados por ele, como os objetos pessoais (celulares, bolsas, carteiras).

Sendo assim, nessa pesquisa iremos utilizar os conceitos de território e espaço de Milton Santos, reconhecendo também os lugares como uma dimensão afetiva que perpassa a vida das pessoas, e também como uma via de mão dupla, no sentido de que os territórios se tornam espaços através das ações das pessoas como também as pessoas se relacionam afetivamente com esses espaços a partir de identificações com esse lugar. Nesse sentido, para Pol (2005) o significado do espaço é oriundo, em suma, da experiência que é vivida neste espaço, o que inclui o aspecto emocional de quem a vive. Pol (2005) ainda retoma outro autor para falar das relações entre os lugares e as identidades:

Por outro lado, na relação entre a identidade e os lugares é pertinente reconhecer a exatidão de Grauman (1983) com relação a identificação, destacando três processos que de maneira dialética provocam continuidade e mudança na identidade: identificar o meio, ser identificado pelo meio e identificar-se com o meio (Pol, 2005, p. 288).

Então, desse ponto de vista, a intervenção urbana pode ser entendida como um mediador que faz com que a pessoa em sofrimento psíquico intenso se relacione e se identifique com a cidade, no sentido de que essa pessoa reconhece o local da intervenção e ao mesmo tempo é identificado por ele e com ele. Fazendo com que as pessoas em sofrimento psíquico intenso parem de se identificar apenas com os espaços de suas casas e dos locais de tratamento e convivência para identificarem-se também como sujeitos pertencentes a cidade.

(...) apropriar-se de um lugar não é só fazer dele uma utilização reconhecida senão estabelecer uma relação com ele integrá-lo nas próprias vivências, enraizar-se e deixar a própria marca, organizá-lo e tornar-se ator de sua transformação. (Pol, 1996, p.51).

Para Pol et al. (1998) citado por Bertoletti (2011) os espaços que são apropriados pelas pessoas, ajudam a preservar sua identidade pessoal, sua história e seus referentes espaciais e simbólicos vinculados à sua capacidade de autonomia.

A ênfase no meio (espaço), enquanto provedor de sentido de continuidade e diferenciação, representa um conjunto de significados e símbolos com os quais as pessoas possam se identificar ao mesmo tempo que também podem expressar sua identidade (Pol, 2005). Sendo assim, precisamos pensar as práticas psicológicas nos territórios, onde a vida acontece.

3.2 Territórios na Perspectiva da Saúde Mental

Lobosque (2003) falando sobre a clínica em movimento discorre que devemos retirar as práticas psis dos contextos narcisistas e de suas funções de controle nos quais elas foram criadas para colocá-la a trabalhar a independência e autonomia das pessoas. Além disso a autora define tal clínica como uma clínica política e social que se articula, se movimenta e se transforma na cultura, na vida e no cotidiano das pessoas.

Trata-se de encontrar uma nova habitação para a loucura – o que não significa, naturalmente, reformar ou remodelar os espaços que os chamados loucos deveriam forçosamente habitar, e, sim, diferentemente, tornar cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições

destinadas a eles e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não (Lobosque, 2003, p. 17).

O panorama atual da reforma é fazer da rede social das pessoas um instrumento de aceitação da diferença, e não de normalização. Logo, assim como a noção de saúde mental, a noção de comunidade foi incorporada na reforma, por ser uma estratégia importante de oposição a segregação trazida pelos manicômios (Tenório, 2002).

Inspirados na psiquiatria democrática italiana, alguns autores sugerem o conceito de território no lugar de comunidade. Território aqui entendido como o que demarca a regionalização da assistência, porém, também é algo que vai além, não visto apenas como o local de moradia, o bairro, mas também todo o conjunto de referências sociais, culturais e econômicas que moldam seu cotidiano, sua inserção no mundo. Sendo entendida também como a noção de territórios subjetivos (Tenório, 2002).

A noção de território na saúde mental refere-se, também, ao campo de abrangência do seu serviço, ao lugar de vida e de relações do usuário. A introdução dessa noção de território desloca questões importantes no sentido de que o cuidado deixa de dizer respeito apenas a “doença” e começa a dizer respeito ao sujeito em sofrimento psíquico e ao modo de sofrer do sujeito que se constrói a partir da relação com o social, por isso, as ações de cuidado acontecem onde o sujeito vive (Leal e Delgado, 2007).

Na Geografia Crítica o conceito de território configura determinações recíprocas de espaço e poder. Perguntar sobre território, territorialidade e territorialização implica perguntar sobre quem domina ou exerce influência sobre esse espaço e como. Conceituar território acarreta ter a consciência de que o poder sempre se exerce em algum espaço e por meio dele, o espaço territorializado é também onde estão os fundamentos e os instrumentos do poder, não apenas seu cenário (Furtado et al, 2016).

A noção de território na Saúde Mental está definida em um documento do Ministério da Saúde (2005), “Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”:

A designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (Brasil, 2005, p. 26).

Em outro documento do Ministério da Saúde território aparece como um “lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares” (2015, p. 9).

As definições acima remetem a redes, trocas e a uma suposta comunidade, no entanto, esquece a dimensão política e de poder que é determinante para compreender os territórios em uma perspectiva crítica. O espaço social em que o campo da Saúde Mental opera aparece como se fosse politicamente neutro, não aparecem as forças que podem oferecer resistência à inserção das pessoas em sofrimento psíquico intenso, como as questões econômicas, clínicas e morais (Furtado et al, 2016).

Na reforma psiquiátrica italiana a instituição a ser superada não era apenas o hospital psiquiátrico, mas sim o conjunto de aparatos e de relações de poder que se estruturaram em torno da “doença mental”, entendendo que a extinção dos espaços de confinamento não garante a inclusão social dos excluídos e nem a emancipação de

cuidados tuteladores (Basaglia, 2001). Baseados nessa lógica, o processo de desinstitucionalização italiano e os princípios que moveram a reforma psiquiátrica brasileira pressupõem enfrentamentos que não estão alinhados a noção funcional de território (Furtado et al, 2016).

A hegemonia dessa noção funcional nos documentos (e nas operações) do Ministério da Saúde, assim como sua recorrência em artigos científicos, indicam uma progressiva perda de potência do conceito forte de território, isto é, do território como espaço de exercício de poder e, ao mesmo tempo, espaço de resistência (Furtado et al, 2016, p. 10).

Os CAPS só serão instrumentos de fato capazes de produzir uma relação e um lugar social diferentes para a experiência da loucura, se no seu cotidiano, inventarem um modo de funcionar que se articule cada vez mais com a cidade. Por isso ter a compreensão de que a dimensão patológica é a expressão de uma dificuldade de adequar-se e de criar novas formas de relação com o meio, é imprescindível para a atenção psicossocial (Leal e Delgado, 2007).

A pessoa que recebe um diagnóstico psiquiátrico logo é vista como inválida. O chamado “louco” passa a ter positividade só em sua dimensão de “doente”, anula-se qualquer valor que o assegure enquanto sujeito social de trocas. Para que haja mudança na maneira como as pessoas em sofrimento psíquico intenso são percebidas nos espaços é fundamental a desconstrução do dispositivo que produz e mantém aquele desvalor: o dispositivo manicomial. Os manicômios têm a mestria de transformar qualquer manifestação positiva de poder em negatividade do sintoma (Kinoshita, 2001)

O grande desafio atual tem sido de preencher a lacuna que foi deixada pelo desmonte daqueles dispositivos, não é imediata a passagem de um lugar de desvalor para um lugar de participação efetiva. Além disso, tem sido um grande esforço a

procura por outras formas de atuação que fuja dos dispositivos manicomiais, mas que não seja apenas um outro patamar de assistência humanizada tuteladora e igualmente excludente e desvalida (Kinoshita, 2001).

Capítulo IV - Metodologia

Essa foi uma pesquisa qualitativa que teve como instrumento de pesquisa as entrevistas individuais semiestruturadas e os diários de campo da pesquisadora. A avaliação qualitativa se empenha em perceber as problemáticas para além dos levantamentos quantitativos que geralmente são utilizados nas pesquisas (Demo, 2005).

Para Demo (2005, p. 20) “a qualidade não se capta observando-a, mas vivenciando-a”. Ou seja, a pesquisa qualitativa não se faz a distância do fenômeno, de forma intermitente ou fugaz. É preciso estar presente, convivendo e participando da experiência para que assim haja uma maior profundidade e intensidade do fenômeno estudado. Neste sentido, os diários de campo consistiram em relatos da experiência pessoal da pesquisadora enquanto extencionista de um projeto interdisciplinar de Saúde Mental, atuando na oficina de intervenção urbana que acontece em um Centro de Convivência e Cultura na qual esta pesquisa foi realizada.

O diário de campo consistiu em anotações pessoais da pesquisadora sobre as oficinas de intervenção urbana. Lima (2007) explicita que o diário de campo pode contribuir para a realização de análises mais profundas, além de evidenciar novas categorias, quando usado em um processo constante.

Segundo Haguette (1997, p. 86), “a entrevista pode ser definida como o processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Ou seja, a entrevista é diferente das interações sociais comuns que acontecem pelo prazer de manter uma interação com alguém.

As entrevistas realizadas com os frequentadores da oficina de intervenção urbana foram semiestruturadas. A opção por utilizar tal tipo de entrevista se dá por

conta do baixo nível de diretividade e por ampliar o papel do entrevistado no processo de interação. Sendo assim, foi utilizado um roteiro de perguntas que conduziram a entrevista, de modo que não se deixou de aprofundar nos temas importantes para a pesquisa (Fraser & Gondim, 2004).

Além disso, tal abordagem pretende compreender a realidade do entrevistado, assumindo um papel de compromisso com a transformação social mediante a autorreflexão dos participantes da pesquisa (Fraser & Gondim, 2004).

a) Sujeitos da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com quatro frequentadores do Centro de Convivência e Cultura, sendo dois do sexo feminino com idades entre 25 e 40 e dois do sexo masculino com idades entre 30 e 45.

Os critérios de escolha dos participantes foram: a) quem participa ou participou durante algum período da oficina de intervenção urbana que acontece na ONG e b) que não estivesse em crise, mas sim em momento de recuperação, independentemente de níveis educacionais e socioeconômicos.

b) Instrumentos e Procedimentos

A coleta de dados se iniciou após a submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UniCEUB. Foi emitido o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 93026218.5.0000.0023, a pesquisa foi aprovada pelo Parecer N° 2.850.542/18, tendo sido homologado na 15ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano, em 24 de agosto de 2018.

Após a aprovação da pesquisa pelo CEP, foi realizado contato com o Centro de Convivência e Cultura no qual essa pesquisa ocorreu. A partir da autorização do diretor

da instituição através da assinatura do Termo de Aceite (Anexo II) essa pesquisa pôde se iniciar.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi redigido a partir do modelo proposto pelo CEP (Anexo I). Antes de iniciar as entrevistas foram explicados os objetivos e os procedimentos da pesquisa, também foram esclarecidos sobre as questões éticas como a participação voluntária, o sigilo e o manuseio dos dados apenas pela pesquisadora. Estando a par dessas informações os sujeitos aceitaram participar da pesquisa assinando o TCLE.

Foi realizado um encontro com uma entrevista individual, realizadas com frequentadores do Centro de Convivência e Cultura. A entrevista foi gravada para manter a fidedignidade dos relatos no momento da análise. Não houve um tempo de duração estipulado para a entrevista, que dependia da disponibilidade e necessidade do entrevistando.

Os materiais utilizados na entrevista foram um gravador, duas vias do TCLE (sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora), uma caneta esferográfica e uma folha A4 contendo perguntas norteadoras da entrevista. Para enriquecer a análise de dados foi feita a transcrição das entrevistas.

c) Análise das Informações

A análise das informações qualitativas foi feita a partir da teoria da hermenêutica da profundidade recuperada por Demo (2001), e criada por Thompson (1995). Tal metodologia evidencia que o mundo simbólico estudado, já é em si um campo pré interpretado, sendo assim, o que o pesquisador faz é reinterpretar esse campo.

As formas simbólicas não podem ser analisadas separadas dos contextos que foram produzidas e interpretadas. O mundo simbólico não é meramente um objeto de

estudo, ele é um campo-sujeito que é construído. Sendo assim, os sujeitos que fazem parte do campo-sujeito-objeto, assim como o pesquisador, também interpretam e compreendem esse campo (Demo, 2001). A análise foi dividida em três partes – análise sócio histórica, análise formal e interpretação/reinterpretação.

A análise sócio histórica consiste em recompor as condições sociais e históricas da produção, circulação e recepção das formas simbólicas, que são melhores compreendidas quando não focamos apenas no formato atual delas, mas sim quando procuramos saber o roteiro de sua formação (Demo, 2001).

A análise formal tem como objetivo elucidar a estrutura complexa das informações que cercam os campos sociais. É nela que encontramos as convergências e divergências das informações. Não deixando de lado o contexto sócio histórico, para não fazer da pesquisa um fragmento sem história (Demo, 2001).

Por fim, a interpretação e a reinterpretção das informações colhidas é quando o pesquisador constrói tanto sobre a análise formal quanto sobre os resultados da análise sócio histórica. Interpretar exige um movimento novo do pensamento que não exclui a necessidade de que haja uma construção criativa dos significados (Demo, 2001).

Capítulo V - Resultados e Discussão

Neste capítulo será realizada a análise dos resultados e discussões em conjunto por se tratar de uma pesquisa qualitativa. A análise foi feita a partir da teoria da hermenêutica da profundidade que foi criada por Thompson em 1995 e recuperada anos depois por Demo em 2001. A análise é dividida em três categorias: análise sócio histórica, análise formal e interpretação/reinterpretação. Conforme mencionadas no capítulo anterior.

5.1 Análise Sócio Histórica

Uma das maiores contribuições da hermenêutica da profundidade é a de reconhecer que o conhecimento produzido não acontece no vácuo, a partir do nada, mas exatamente de reconhecer que ele só faz sentido quando referenciada em um determinado contexto social, histórico e cultural no qual ele é produzido (Resende, 2017). Sendo assim, esta primeira etapa a análise traz um breve contexto da saúde mental no Distrito Federal, local onde a pesquisa foi realizada, de suas leis e dispositivos atuantes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sobre o Centro de Convivência e Cultura.

a) A RAPS no DF

Em 2015 o Ministério da Saúde apresentou a 12ª edição do *Saúde Mental em Dados*. Esse documento é dividido em capítulos e traz informações sobre o processo de desinstitucionalização e da transição do modelo assistencial em substituição ao modelo manicomial no Brasil. Esse foi o documento mais recente produzido pelo Ministério da Saúde no que tange aos dados sobre a saúde mental em todo o território nacional.

No Distrito Federal 174 pessoas foram beneficiadas com o Programa de Volta para Casa (PVC) que foi instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no componente de Estratégias de Desinstitucionalização. O programa consiste no pagamento de um benefício contribuindo com o processo de reinserção social e assegurando o exercício pleno de seus direitos políticos, civis e de cidadania (Ministério da Saúde, 2015).

O mesmo documento traz que no DF até 2015 haviam 45 leitos em hospitais gerais destinados ao cuidado para pessoas acometidas com transtornos mentais ou usuários de álcool e outras drogas que estivessem em crise. O componente de Atenção Hospitalar oferece suporte por meio de internações de curta duração, e deve atuar em articulação e corresponsabilização do CAPS e de outros pontos de atenção da RAPS (Brasil, 2015).

No entanto, até o momento atual o DF não dispõe de nenhum Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que são moradias com o objetivo de proporcionar a reinserção social dos usuários e a construção da autonomia para a recuperação da vida cotidiana. Existem dois tipos de SRTs, a do tipo 1 que são para pessoas que não necessitam de cuidados intensivos, e a do tipo 2 para pessoas que demandam cuidados mais intensivos no ponto de vista da saúde no geral (Brasil, 2015).

A realidade vigente no DF é a de números insuficientes de serviços de saúde mental quando comparado a outros Estados, o que compromete a atuação nos CAPS, já que estes não conseguem ser completamente territorializados (Goulart, 2013). Com o objetivo de fiscalizar e avaliar os serviços de saúde mental, o Ministério da Saúde desenvolveu um indicador calculado a partir do número de CAPS no território para cada 100.000 habitantes (Resende, 2017).

De acordo com o último relatório do Ministério da Saúde produzido em 2015, o DF tem um dos menores índices de cobertura nacional de 0,46 ficando na frente apenas do Acre e do Amazonas, enquanto a Paraíba possui o maior índice de cobertura, de 1,57. A média nacional consiste em 0,86 de cobertura (Brasil, 2015).

Em 2010 o governo do DF redigiu um Plano Diretor de Saúde Mental para os cinco anos posteriores. Esse relatório tinha como objetivo ser um instrumento norteador da estruturação e organização da Rede de Atenção Psicossocial. Na gestão 2010 – 2014 houve, de fato, um aumento na quantidade de CAPS, que passou de 07 a 17, sendo grande parte desse número CAPSad que são voltados para o tratamento e cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas (Resende, 2017).

b) O Centro de Convivência e Cultura

Essa pesquisa foi realizada no único Centro de Convivência e Cultura em saúde mental do Distrito Federal, que foi fundado no ano de 2001 por residentes e militantes do Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal (MPSMDF). E em todos os seus anos de funcionamento tem desenvolvido uma prática congruente com os princípios da desinstitucionalização (Faleiros, 2017).

O Centro de Convivência e Cultura é uma organização não-governamental (ONG) que sobrevive através de doações. Por não ser um espaço de tratamento não existem Planos Terapêuticos para seus frequentadores, eles escolhem quais dias querem frequentar o espaço e de quais oficinas querem participar a partir de seus gostos pessoais e de sua disponibilidade de horário.

Por ser um Centro de Convivência não existem prontuários, folha de presença, lista de espera, obrigatoriedade de participação, nem pagamentos. Ele funciona no sistema de portas abertas, ou seja, não existem critérios *a priori* de admissibilidade, as

vagas são ilimitadas e não é necessário nenhum procedimento formal de inscrição. E, tem como foco principal a atenção e o cuidado nos projetos de saúde e vida das pessoas que o frequentam (Faleiros, 2017).

Além de atuar no âmbito da saúde, o Centro de Convivência atua também no âmbito da cultura e do social. Ele cede o espaço para outros dispositivos como a TV Sã e o Movimento Pró Saúde Mental do Distrito Federal. Além disso, são realizadas festas em datas comemorativas fora do espaço, e inclusive, desde 2011 o Centro de Convivência e Cultura marca presença no carnaval da cidade com um bloco de rua.

A TV Sã é um Núcleo de Comunicação Comunitária em Saúde Mental do Distrito Federal, ou seja, é um projeto interdisciplinar de realização de filmes e vídeos que tem como temática a área de saúde mental. Ela surgiu em 2008 na semana em que se comemora a Luta Antimanicomial, e conta com a presença de voluntários que coletivamente escrevem o roteiro, atuam, filmam e editam os vídeos (de Alcântara, 2017).

Outro dispositivo que utiliza o espaço do Centro de Convivência e Cultura é o Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal (MPSMDF) que é um coletivo formado em 2001 por usuários dos serviços de saúde mental, trabalhadores e familiares. Em 2013 o movimento passou por uma reformulação, e agora ele é organizado por comissões temáticas onde cada representante de cada comissão compõe um colegiado de gestão. As comissões que compõe o MPSMDF são: Cultura, Comunicação, Monitoramento de Direitos, Mobilização Social e Formação e Articulação Política (MPSMDF, 2013).

Localizado em um subsolo, no centro da cidade, ele funciona em uma sala que conta com um banheiro, uma cozinha, mesa, sofá, computadores e outros. Lembrando

uma casa comum, com seus equipamentos domésticos. Sendo assim, o rompimento com a lógica hospitalocêntrica começa na arquitetura do local, não existem enfermarias nem leitos, e por se parecer com uma casa não há uma proibição de circulação pelos espaços, também não há a necessidade de ter salas exclusivas para a equipe técnica, que é formada por profissionais voluntários. Os diálogos acontecem nos espaços abertos e, são parte indispensável de um cuidado que foge às salas reservadas dos consultórios tradicionais.

Seu funcionamento acontece por meio de oficinas realizadas diariamente, cada dia da semana conta uma oficina com temas, coordenadores e horários específicos, exceto aos domingos, dia em que o centro de convivência e cultura se encontra fechado. As oficinas são administradas por um coordenador voluntário, geralmente formado em psicologia ou serviço social, e conta com a colaboração de extencionistas e estagiários de diversos cursos de universidades e faculdades do Distrito Federal.

Além da pesquisa ter sido realizada nesse Centro de Convivência e Cultura, ela foi também realizada em apenas uma oficina, a de intervenção urbana. Tal oficina surgiu a partir da demanda de frequentadores que queriam desempenhar atividades fora do espaço do Centro de Convivência e Cultura. Inicialmente a oficina tinha como proposta a criação de mosaicos.

A primeira intervenção foi a revitalização, com o uso de mosaicos, de um espaço na mesma quadra na qual se encontra o centro de convivência. Chamada de “Esquina da Loucidez” a revitalização desse espaço semiabandonado rendeu o prêmio nacional “Loucos pela Diversidade 2009” concedido pelo Ministério da Cultura e pela Fundação Oswaldo Cruz (Faleiros, 2017).

Desde então, a oficina de intervenção urbana tem marcado a cidade com seus lambe-lambes, estêncis e faixas que, em sua maioria, contém frases relacionadas à luta antimanicomial e críticas à medicalização e aos tratamentos tuteladores e manicomiais ainda oferecidos as pessoas em sofrimento psíquico intenso.

A oficina acontece semanalmente, os frequentadores se reúnem no Centro de Convivência e Cultura onde conversam sobre diversos temas – seja um tema atual que tem aparecido na mídia, ou relacionado a saúde mental, aos diagnósticos e sofrimentos – fazendo um *brainstorming* coletivo até que surja algum conteúdo para intervir. A oficina acontece de maneira bem democrática, todas as decisões são votadas no coletivo.

5.2 Análise Formal

Na etapa seguinte a análise será desenvolvida a partir da articulação entre os relatos das entrevistas, o diário de campo e a produção teórica que norteia o desenvolvimento dessa pesquisa.

O diário de campo faz parte da experiência da pesquisadora em um Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental, que consiste em idas semanais ao campo – serviços de saúde mental – como também uma supervisão semanal com professores de diversos cursos.

O diário foi redigido semanalmente, após o fim de toda oficina, tendo como uma de suas funções a elaboração do que aconteceu na oficina para que ficassem claros os conteúdos a serem levados para a supervisão. Além disso, o objetivo do diário de campo realizado pela pesquisadora consistiu em relatar de maneira menos objetiva e mais pessoal como era o funcionamento da oficina, e não se trata de apresentar meramente os casos e o que aconteceu durante aquele dia, mas se constitui em uma reflexão pessoal da experiência vivida.

As entrevistas foram semiestruturadas e realizadas individualmente com cada frequentador, somando quatro entrevistas no total. A partir da articulação entre as entrevistas e o diário de campo da pesquisadora surgiram categorias que se destacaram, elas serão descritas a seguir:

a) Ir para a Rua



Figura 1 - Retirada do facebook do Centro de Convivência e Cultura



Figura 2 - Retirada do facebook do Centro de Convivência e Cultura

Em quase todas as entrevistas surgiu a demanda de sair do espaço físico e ir para o território. A oficina surgiu a partir dessa demanda há quase 10 anos atrás, inicialmente a ideia era de produzir mosaicos:

Era o mosaico pra fazer intervenção, porque como eu era da saúde mental, e visitei muitos serviços fui no São Vicente, no ISM, já tinha oficinas de mosaico nos CAPS e tal, só que eles ficavam produzindo porta jóia, porta retrato pra vender em bazar e eu não gostava disso porque eu via que era uma coisa que meio que as pessoas compravam no bazar com a ideia do coitadinho, com pena, não pela estética, por realmente estar bonito (...) e, eu pensei em fazer um mosaico porque eu tinha feito um curso de mosaico, então foi por isso também, além disso eu achava que tinha a ver com a loucura a ideia de quebrar azulejos rejuntar (...) a loucura é fragmentada, e você ressignifica. Então a ideia era fazer mosaico na rua, nunca era no espaço (Entrevista 4, p.1).

Em outras entrevistas a questão de sair do espaço físico também apareceu como umas das partes preferidas da oficina:

Gosto de sair pra rua, de colar o lambe, eu vejo outras pessoas (...) Gosto de sair porque a gente espairose, né (...) acho que isso é muito valoroso pra mim (Entrevista 2, p. 1).

Segundo Tenório (2001) a principal marca da Reforma Psiquiátrica foi de negociar o problema social da loucura, de uma forma que permita a pessoa em sofrimento psíquico intenso a manter-se na sociedade. Sendo assim, o sujeito em sofrimento psíquico intenso passou a ser visto em relação à sociedade na qual vive, como também a sociedade passou a ser vista como propiciadora do adoecimento e ao mesmo tempo como o meio no qual acontece a recuperação do sujeito. É fundamental que se pense nos limites encontrados para que as pessoas em sofrimento psíquico intenso transitem livremente pela cidade (Monnerat, 2011).



Figura 3 - Retirada do facebook do Centro de Convivência e Cultura

Retomando o capítulo III que discorre sobre os territórios e os espaços, fica explícito nas entrevistas o quanto o espaço deve ser entendido não apenas enquanto um lugar, uma demarcação física de espaço, e sim como uma apropriação social, que envolve a política, a cultura e a economia (Faria & Bortolozzi, 2009). Para Milton Santos (1978) o território é a demarcação física do lugar, e o espaço é um sistema complexo de objetos e ações. É preciso reconhecer que os lugares têm também sua

dimensão afetiva, pois é no espaço que se dão as relações sociais. Como dito em uma das entrevistas:

Uma alteridade que nunca teve condições de se expressar por vias hegemônicas normais agora de uma forma transgressora ela se expressa. Ela se coloca na cidade, então ver as expressões da loucura na parede de uma cidade é o que me empolga bastante, me salta os olhos, e ela tá na rua né? Pra mim a rua é soberana, é o lugar da vida, né? É o lugar dos encontros, porque a gente tá numa vida muito das caixas, né? Caixa da casa, do transporte, da faculdade, do trabalho, do shopping, e a rua ela traz o imprevisto, o inusitado. Ela traz o frio, calor, a rua, acho que ela gera encontros e possibilidades. Pra mim é o lugar absoluto da vida. Então tá na rua é essencial. A rua nos escuta (Entrevista 4).

Não há como não pensar nos conceitos de território sem pensar nas relações de poder que nele existentes. Gifford (1987) define territorialidade como o domínio, posse ou desejo de posse de uma área, e pode se manifestar por comportamentos, tais como ocupações, defesas, demarcações e imposições de limites sociais.

Além disso, não há como deixar de lado a dimensão política presente nos espaços. Resende (2015) discorre sobre a dimensão política da convivência, para a autora é preciso que exista um certo “desempoderamento” dos profissionais de saúde, no sentido de perceber a insuficiência do cuidado que fica restrito a apenas um local. Em contrapartida, é necessária uma construção coletiva de autonomia e empoderamento das pessoas em sofrimento psíquico intenso para que se alcance os espaços sociais transformando as relações. Em uma das entrevistas um frequentador, quando perguntado sobre o que mudaria na oficina, relata que:

Eu acho que nada, mas se eu pudesse mudar eu gostaria de estudar mais sobre psicologia. Porque só receber não dá dignidade, mas é muito bom receber as

ajudas dos psicólogos. O que a gente precisa a gente tem. (Gostaria de) ficar por dentro dos temas sociais e só. (...) eu ficaria mais perto, né? De compor a minha integridade não mental na sociedade (Entrevista 3, p.3).

Campos (2013) propõe que a prática do profissional deve possibilitar a mudança da condição passiva dos sujeitos em sofrimento de apenas um receptor de ordens e informações, para uma posição mais ativa e expressiva do seu mundo simbólico. Ir para a rua no contexto dessa pesquisa significa então a expressão do mundo simbólico de pessoas em sofrimento psíquico intenso.



Figura 4 - Retirada do facebook do Centro de Convivência e Cultura

b) Ambivalência: O medo da transgressão e o desejo



Figura 5 - Retirada do facebook do Centro de Convivência e Cultura

Apenas em uma entrevista a demanda de ir para a rua não surgiu como um dos principais motivos que levam a frequentadora a participar da oficina. Ela conta que até gosta de ir para a rua, mas que sente medo:

Ai, gente. Eu fico preocupada, assim, com essa questão de ficar na rua colando coisas, eu tenho medo da polícia pegar a gente lá, fazer alguma coisa com a gente, porque a gente tá na rua colando coisa, né? Não sei se pode, se não pode (...) eu fico preocupada com isso sabe? De acontecer alguma coisa com a gente, de um processo, de cadeia, essas coisas (Entrevista 1, p. 1).

As intervenções urbanas têm como característica o fato de ser uma arte que flerta com a transgressão, afinal não se pede autorização para fazê-la. A intervenção urbana tem como objetivo salientar o futuro da cidade através de críticas aos modelos vigentes, ocupando espaços ociosos ou reinventando novos espaços (de Paula, 2014).

O medo e o receio de ir para a rua intervir aparecem com alguma frequência nas entrevistas e no diário de campo. Portanto, foi perguntado sobre as estratégias realizadas quando o medo de ir para a rua surge:

Foi uma constante negociação, assim, foi uma ideia nova, né? Fazer sem pensar em ganhar dinheiro (...) porque a demanda deles quando eu cheguei era que as pessoas saiam pouco do centro de convivência, toda oficina era lá dentro, então eu falei: não tem sentido a gente criar mosaico aqui dentro, vamos criar lá fora. Só que de algum modo, essa ideia, assim... coisa fora e tal, há 10 anos atrás, 2008, é meio progressista assim, meio de vanguarda, então eles estranhavam: como assim colocar (...) não ter autorização? E aí tem a paranoia, né? A gente conversava muito sobre isso, né? Que tinha uma barreira entre fazer intervenção e ser vandalismo, a gente não tava sendo vândalo pelo contrário, a gente estaria dando cor pra cidade, a gente estaria fazendo o papel do governo, de revitalizar espaços públicos (Entrevista 4, p. 2).



Figura 6 - Retirada do facebook do Centro de Convivência e Cultura

Inclusive, a revitalização de uma praça semiabandonada fez com que a oficina recebesse um prêmio em dinheiro, concedido pelo Ministério da Cultura e pela Fundação Oswaldo Cruz, que foi todo convertido para a ONG:

(...) eu sempre falei que a gente ia estar registrando essas intervenções, e quando possível entrar com projetos culturais, e, foi isso que aconteceu, a gente ganhou pela Esquina da Loucidez 15 mil pelo Ministério da Cultura, coisa que em bazar você nunca ia vender 15 mil, né? Porta joia é 20...30... (reais), e você não vende

essa quantidade toda, então, a gente foi (re) conhecido pelo governo. Ganhamos um prêmio (Entrevista 4, p 2).

Existe uma certa ambivalência que permeia a oficina, apesar do medo e da paranóia surgirem até com uma certa frequência, o momento da conclusão, de ir à rua colar os lambes e os estêncis é visto como o mais interessante e empolgante. Isso não ficou claro apenas nas entrevistas, como também nos diários de campo:

O pessoal falou sobre como foi o evento do dia 23. Mostraram fotos das intervenções feitas, e decidimos ir para a rua colar alguns lambes que haviam sobrado. Foi especialmente um dia muito leve e descontraído. Estavam todos rindo e fazendo brincadeiras e piadas (Diário de Campo, nº 3).

Nas entrevistas, esse momento final também apareceu como um dos preferidos da oficina:

(a parte) mais interessante eu acho que é quando a gente consegue inventar uma frase show (Entrevista 1, p. 1).

Eu gosto mais de ir para a rua colar os lambes (Entrevista 2, p. 1)

Ó, eu gosto de todos os momentos, mas com certeza o principal é quando a ideia surge. Assim, o final do processo criativo. Tá todo mundo discutindo, e tal, aí tem a ideia pronta. Eu fico maravilhado pelo processo, com o chegar até essa ideia, né? Então a gente conversa várias oficinas, duas, três, pra concluir que a gente tem que ir pra Taguatinga colocar no manicômio de lá: “não me abandone aqui”. Então, quando chega na hora da conclusão da ideia (...) (Entrevista 4, p. 3).

Tal frase que pode vir acompanhada com uma figura, pode vir em forma de lambe ou de estêncil, tudo isso é discutido no coletivo. Todo o formato da execução da

intervenção é discutido no coletivo – onde colar, como colar, porque colar em determinado lugar, como será o modelo da frase.



Figura 7 - Retirada do facebook do Centro de Convivência e Cultura

Outro conteúdo que surgiu em algumas entrevistas foi o de ser autor de uma frase que foi para a rua em forma de lambe-lambe ou estêncil:

Eu fui o primeiro a dizer uma frase (...) a primeira opinião que a gente deu de saída foi a minha. Era ‘não me abandone aqui’ no hospício (Entrevista 2, p.1).

O entrevistando acima fala de uma intervenção que foi realizada no único hospital psiquiátrico da cidade.

Achei genial (...) a primeira ideia que surgiu foi ‘não me abandone lá’, e a gente colou isso em várias paradas de ônibus, ‘não me abandone lá’ era uma alusão a ‘não me abandone lá no manicômio’, ‘lá em casa’, ‘não me abandone em qualquer lugar’, não ao abandono, ao desamparo. Até que o frequentador falou ‘não, mas não abandone é aqui, é no manicômio’. Então a gente foi com estêncil num lugar super desafiante, um lugar histórico, simbólico de repressão, de violência. Junto a essa intervenção também teve uma intervenção

performática, onde uma oficinaira começou a ler a lei 10.216 junto da intervenção. (Entrevista 4, p 3).



Figura 8 - Arquivo da pesquisadora

As intervenções são manifestações artísticas e políticas que são executadas nos espaços públicos, nos lugares imprevisíveis e inóspitos, irrompendo com a ordem do discurso urbano e criando e recriando a cidade. Além disso, elas reproduzem continuamente maneiras de reinventar e instituir valores que possibilitam outras formas de existência (Faleiros, 2017; Zanella, 2009).



Figura 9 - Retirada do facebook do Centro de Convivência e Cultura

c) A convivência e o Vínculo

É a pela convivência que ocorre a existência, a troca de afetos, de desejos, de experiências. Na convivência não há a exclusão e o isolamento, portanto ela é básica ao ser social (Campos, 2013). Resende (2015) apresenta a convivência como um dispositivo de cuidado. Para a autora, a convivência necessita ser uma ação não protocolar, sendo assim, o profissional precisa abrir mão de sua agenda técnica e do seu lugar de suposto saber. A convivência, enquanto dispositivo de cuidado, deve ser sustentada pelas dimensões éticas e políticas, afinal nem toda convivência tem um caráter terapêutico (Resende, 2015).

Resende (2015) disserta sobre a importância do estabelecimento de vínculos, pois é partir deste que o profissional irá se conectar com o sujeito em sofrimento psíquico intenso. Todavia, ainda que o vínculo seja fundamental para a boa convivência é preciso estar alerta para que este não se torne dependência, para que o cuidado não volte a ser tutelador.



Figura 10 - Retirada do facebook do Centro de Convivência e Cultura

A partir da convivência criam-se os vínculos, e estes têm se mostrado um dos principais motivos que levam os frequentadores a participarem da oficina. Nas entrevistas o nome do oficinairo sempre aparece com frequência, e nos diários de campo pode-se perceber que ele é visto como referência. Em mais de um dia é descrito que:

Estávamos no centro de convivência, quando chega a Roberta¹ e vai direto até o oficinairo dar oi (diário de campo, nº 6).

Durante as entrevistas, quando questionada sobre os momentos que uma frequentadora considera serem os mais interessantes relata:

Nossa, posso falar? As besteiras que o oficinairo fala. Eu gosto muito de rir, eu gosto muito de rir e ele faz eu rir, é simpático, é legal (Entrevista 1, p.1).

Ainda falando sobre a rotina da oficina traz novamente a questão do vínculo:

O oficinairo é uma pessoa muito especial, sou muito querida por ele e ele é muito querido por mim (Entrevista 1, p. 1).



Figura 11 - Arquivo pessoal

¹ Nome fictício

Além do vínculo com o coordenador da oficina, o vínculo entre as pessoas que frequentam o espaço também aparece como importantes para que as pessoas continuem frequentando aquele local. Ou seja, a convivência e o vínculo são parte essencial do funcionamento dela, sendo assim, a prática da intervenção urbana serve como um mediador para que as pessoas que frequentam a oficina falem sobre si.

Ah, eu acho que (a parte que eu mais gosto) é na hora que a gente começa a falar da gente, todo mundo. Porque, por exemplo (...) semana passada teve um dia que a gente tava falando sobre embotamento social (...) aí eu falei pra gente falar disso aí, todo mundo conta suas experiências. Fala ‘aí tem isso comigo’ e ‘ah mas aconteceu isso comigo assim’ sabe? E o negócio também é rir sabe? (Entrevista 1, p 2).

Nessa parte da entrevista a frequentadora relata que há uma certa leveza em falar de seus sofrimentos quando os frequentadores trocam experiências e conversam sobre. Tal troca é possível pela convivência e pelos vínculos ali estabelecidos. As oficinas no Centro de Convivência e Cultura têm um caráter secundário, o que vem em primeiro lugar é o cuidado e a convivência com as pessoas que ali frequentam.

Resende (2015) em sua tese discorre sobre três formas de disponibilidades afetivas que devem estar presentes na construção de um cuidado em saúde mental: *estar com, fazer junto e deixar ser*.

Estar com é o esforço de acolher as diferentes demandas, em acompanhar a pessoa e fazer coisas sem questionar seus delírios e fantasias, para além de tentativas de interpretação e julgamentos.

O *fazer junto* implica uma mudança de postura de ao contrário das posturas históricas de *fazer pela* pessoa, ou *no lugar* da pessoa, um esforço em participar, fazer com a pessoa. E, por fim, o *deixar ser* implica que o cuidador esteja em reserva para que

se abra espaço e tempo para que o outro possa surgir em sua potencialidade e diversidade.

Como as oficinas do Centro de Convivência e Cultura possuem um caráter secundário, elas acabam sendo os mediadores para que a convivência e o vínculo possam acontecer. Nesse sentido, a oficina de intervenção urbana seria então mediadora para que a convivência com todos os seus dispositivos afetivos citados acima possa ocorrer de forma que não seja apenas o conviver no sentido de estar presente no ambiente, fazendo qualquer coisa para passar o tempo, mas sim uma convivência que seja terapêutica para o sujeito.



Figura 12 - Arquivo da pesquisadora

5.3 Interpretação/Reinterpretação ²

Essa categoria implica um novo movimento de pensamento. Por vezes, os métodos das análises formais são mais rígidos e não permitem tanto que haja uma construção criativa do pensamento, portanto, nessa parte busca-se o que a informação pode significar, que mensagem ela contém (Demo, 2001).

É preciso ter em vista que o mundo simbólico já é um tema pré-interpretado, e que a reinterpretação será realizada dentro desse mundo simbólico que já é constituído de significados. Por permitir um questionamento irrestrito, a interpretação/reinterpretação pode tornar-se um procedimento metodológico demasiadamente proveitoso para esclarecer as informações qualitativas (Demo, 2001).

Abaixo estão descritas em duas categorias interpretativas as informações que se fizeram muito presentes durante todo o desenvolvimento da pesquisa, e durante a participação da pesquisadora na oficina.

a) Território como lugar do diverso

Conforme vimos na análise anterior, a oficina de intervenção urbana é marcada pela ambivalência entre o medo e a vontade ir à rua, de expor no território sua frase, seu pensamento, parte do seu eu enquanto sujeito em sofrimento psíquico intenso. Sabemos que a existência das pessoas em sofrimento psíquico intenso é permeada por exclusões e silenciamentos, por julgamentos de incapacidade e invalidez.

² Deve-se reconhecer a importância da presença do pesquisador enquanto parte crucial da qualidade da informação (Demo, 2001). Portanto, na interpretação/reinterpretação é a construção da pesquisadora sobre as análises realizadas previamente, e por isso, foi usada a primeira pessoa do singular.

A invenção do manicômio, do hospício, do hospital psiquiátrico é o exemplo da exclusão do corpo. De uma norma que dita que tal corpo, que não se comporta da maneira considerada correta, deve ser recluso até que se adestre ao “normal”.

Retomo o conceito de intervenção de Barja (2008) citado no primeiro capítulo dessa monografia, que intervir é causar reações, é interagir com os transeuntes da cidade. A intervenção urbana, por si só, é conceituada como uma arte transgressora, que assim como a loucura, transgride a norma. Não pede licença, nem autorização. A intervenção urbana no âmbito da saúde mental torna-se então duplamente transgressora.

Quando entendemos que os territórios são o lugar do diverso, não nos cabe e não devemos aceitar qualquer forma de invisibilização do outro. “Pensar a homogeneidade significa pensar a morte da cidade” (de Paula, 2014, p. 49). É preciso que seja feito um trabalho para que as outras formas de manicômios deixem de existir. A nossa forma de relacionar com o outro pode ser manicomial, portanto é necessário que estejamos atentos ao tipo de cuidado que oferecemos.

Enquanto transcrevia as entrevistas não pude deixar de perceber o quanto a convivência e o vínculo apareceram como questões importantes. Confesso que foi algo que me surpreendeu enquanto categoria, talvez por estar tão focada na prática da intervenção em si. Estamos falando de uma experiência em uma oficina de Centro de Convivência, e ainda assim, não imaginava que a convivência surgiria tão fortemente.

Retomando Resende (2015) a convivência deve ser pautada em uma dimensão política para que sejamos capazes de reconhecer o outro em sua alteridade. Portanto, assim como os territórios, a convivência também é o lugar do diverso. É na convivência e a partir das disponibilidades afetivas de *estar com, fazer junto e deixar ser* que há espaço para que a diversidade, a potencialidade e as diferenças apareçam.

b) Resistir como vagalumes

Pier Paolo Pasolini foi um cineasta, poeta e escritor italiano. Ele evoca a metáfora dos vagalumes para falar da resistência frente aos holofotes do fascismo. A alegoria dos vagalumes é retomada por Did-Huberman – filósofo, historiador e crítico da arte – em seu livro “Sobrevivência dos Vagalumes”. Pasolini descreve a morte dos vagalumes, ou seja, o fim dos lampejos, das poesias e da arte. Enquanto Georges Did-Huberman propõe a permanência desses mesmos seres (Freitas, 2018).

Como afirma Pasolini a figura do vagalume e seu desaparecimento é uma forma poética-literária de definir forças de resistências durante os regimes totalitários. Sustentado pelas teorias marxistas, durante os anos 70, na Itália, Pasolini percebe a afirmação de uma sociedade do consumo, que para ele, era uma face, ainda mais feroz, do fascismo (Freitas, 2018).

A metáfora dos vagalumes tem um tom apocalíptico:

Os vagalumes seriam ofuscados e exterminados por uma sociedade de consumo que fere atrozmente as pluralidades e elimina qualquer chance de resistência (Freitas, 2018, p. 48).

Nessa visão, os vagalumes seriam extintos em meio à superexposição da mídia e a mercantilização da sociedade. “As experiências esvaziam-se nos excessos” (Freitas, 2018, p. 49). Did-Huberman tece em seu livro um esforço contínuo de antítese ao apocalipse de Pasolini. Para ele, o desaparecimento dos vagalumes poderia ser, na realidade, a desistência do espectador (dos vagalumes) de segui-los, ou até mesmo o resultado de um posicionamento errado desse espectador. Ou seja, as luzes dos vagalumes talvez perdurem em meio aos holofotes midiáticos, que podemos entender

hoje como sendo as mídias digitais, e o problema estaria em encontrar locais adequados nos quais seja possível observar essa luz (Freitas, 2018).

Tendo como base a obra citada previamente faço uma interpretação dos vagalumes, de suas luzes e dos holofotes que os ofuscam com a oficina de intervenção urbana na qual essa pesquisa foi realizada. Interpreto aqui os vagalumes como sendo os frequentadores dessa oficina, as luzes as intervenções realizadas por esses, e os holofotes que os ofuscam a cidade e tudo que ela representa: o lugar onde a vida acontece

As intervenções urbanas realizadas no centro de convivência e cultura são efêmeras, por vezes duram pouco, às vezes até minutos. Mas são resistência. Resistência frente à exclusão e ao silenciamento das pessoas em sofrimento psíquico intenso.

A obra de Pasolini foi um tanto quanto premonitória quando ele fala sobre a mercantilização generalizada da sociedade, e sobre a redução da experiência estética à mercadoria. Percebemos atualmente que a arte é vendida, é confinada ao espaço do museu. Deve ter autorização, não pode ser feia. Enquanto a intervenção urbana é realizada sem autorização, na rua. É política, pois, na experiência da oficina na qual a pesquisa foi realizada, é a voz das pessoas em sofrimento psíquico intenso que está espalhada pela cidade.

O Centro de Convivência e Cultura sobrevive pelos trabalhos de profissionais voluntários e por doações para que as contas sejam pagas, e não cobra nada de seus frequentadores. Não posso deixar de frisar o quanto a existência desse espaço em um dos estados que – como visto no capítulo no Capítulo V, no tópico “*A RAPS no DF*” – tem uma das coberturas mais baixas do Brasil no que tange a serviços substitutivos de saúde mental, é resistência.

Considerações Finais

Conforme tudo o que foi exposto ao longo desse trabalho, podemos concluir que as práticas da intervenção urbana no âmbito da saúde mental podem ter efeitos mediadores, terapêuticos e empoderadores. É a partir da convivência e do vínculo que esses efeitos ficam mais perceptíveis, já que é na convivência que podemos ver com mais clareza o outro.

Apesar da oficina de intervenção urbana ter alguns anos de existência, percebemos o quanto ela ainda se mostra desafiadora e inovadora. Com o atual contexto político no qual vivemos, com o corte de verbas para saúde e educação, com portarias que exaltam as internações em hospitais psiquiátricos, com o atraso do cumprimento de leis como a 975 do Distrito Federal e a lei nacional 10.216 – também conhecida como Lei Paulo Delgado – é perceptível como a existência de Centros de Convivência e Cultura e de oficinas como a da intervenção urbana são resistência. Fica claro também o quanto é importante pensarmos em novas formas de cuidado e atenção às pessoas em sofrimento psíquico intenso, para que possamos fortalecer o Plano Nacional de Saúde Mental.

Tendo como base a desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica, insisto na importância do cuidado no território e em comunidade. E, retomando Pelbart (1989), fica clara também a importância de trabalharmos em prol de uma sociedade que seja mais aberta a aceitar a alteridade e a perceber as diferenças enquanto positivas, de espaços de tratamento, cuidado e convivência que não sejam abertos apenas enquanto espaço físico, mas também entendendo o quanto as relações podem ser manicomial e fazendo um esforço para fugir disso.

Nessa pesquisa foi possível perceber alguns dos motivos que levam as pessoas a frequentarem a oficina de intervenção urbana, além de nos mostrar mais uma vez a importância da convivência enquanto dispositivo de cuidado (Resende, 2015).

Nessa pesquisa foi possível entender um pouco mais do que se trata esse tema que é pouco discutido no âmbito acadêmico, e que ainda é visto pelas lentes do preconceito e do estigma. Além disso, foi possível trazer novas perspectivas sobre as práticas da intervenção urbana e do cuidado e atenção às pessoas em sofrimento psíquico intenso.

Dito isto, deixo aqui a sugestão de futuras pesquisas, não necessariamente de intervenção urbana, mas de pesquisas que expandam nosso olhar sobre as diferentes formas de cuidado. Para que seja mais fácil vislumbrar um futuro onde as formas manicomiais e violentas de tratamento não mais existam, mas que o cuidado seja, de fato, realizado na comunidade e no território, onde a alteridade seja respeitada ao invés de subjugada.

Referências

- Barja, W. (2008) Intervenção/Terintervenção: a arte de inventar e intervir diretamente sobre o urbano, suas categorias e o impacto no cotidiano. *Revista Ibero-americana de Ciência da Informação*, 1 (1), 213-218.
- Bertoletti, R. (2011) *Uma contribuição da arquitetura para a reforma psiquiátrica: estudo no residencial terapêutico morada São Pedro em Porto Alegre*. (Dissertação de Mestrado). Retirado de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/95966/296412.pdf?sequence=1>
- Brasil (2004) Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2015) Saúde Mental em Dados 12. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2015) Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, T. P. M. (2013). *Loucura e Intervenção Urbana: Arte como expressão da singularidade e acesso à integração social*. (Dissertação de Mestrado não publicado). Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF.
- Demo, P. (2005). *Avaliação Qualitativa*. Campinas: Autores Associados.
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e Informação Qualitativa: aportes metodológicos*. Campinas: Papirus.
- Faleiros, E. T. S. (2017). A posse da chave é a chave da prática da desinstitucionalização. Em E. T. S Faleiros, & V. P. Faleiros, & T. P. M Campos (Orgs.), *Portas abertas à loucura* (pp. 25-52). Curitiba: Appris.

- Faria, R. M & Bortolozzi, A. (2009) Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *Raega*, 17, 31-41.
- Fraser, M. T. D. & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(28), 139-152.
- Freitas, A. S. de (2018) Sobre “fim da arte”, “percepção digital” e vagalumes. *Texto Digital*, 14, (1), 40 – 51.
- Furtado et al (2016) A Concepção de Território na Saúde Mental. *Cad. Saúde Pública*, 32, (9), 1 – 15.
- Gifford, R. (1987) *Environmental Psychology, principles and practice*. Boston: Allyn & Bacon
- Goulart, D. M. (2013) *Institucionalização, Subjetividade e Desenvolvimento Humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental*. (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/14958>
- Haguette, T. M. F. (1997) *Metodologias qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Vozes.
- Ivo, A. B. L. (2007). Cidade: mídia e arte de rua. *Caderno CRH*, 20(49), 107-122.
- Kinoshita, R. T. (2001) Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. Em Pitta, A. (Org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 55 – 59) São Paulo: Hucitec.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Leal, E. M & Delgado, P. G G. (2007) Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Em Pinheiro, R. et al (Org). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (pp. 137 – 154) Rio de Janeiro: CEPESC.

- Lima, T. C. S. de; et al.(2007) A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Revista Textos e Contextos*, 6, (1), 93-104.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Mazetti, H. M. (2006, setembro) Intervenção Urbana: representação e subjetivação na cidade. Em XXXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Brasília, Distrito Federal. *Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação*. UnB.
- Monnerat, S. (2011) Sociabilidade como tratamento: estudo etnográfico de um centro de convivência para pacientes psiquiátricos. *Revista Tempus Acta de Saúde Coletiva*, 5, (2), 143 – 159.
- Paula, D. G. de (2014) Intervenções Urbanas: a arte aponta para o futuro. *Revista Confluências Culturais*, 3, (2), 46 – 58.
- Pacheco, J. G. (2009) *Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência*. Curitiba: Juruá
- Pelbart, P. P. (1989). Manicômio Mental – A outra face da Clausura. Em Lancetti, A. (Org.) *Saúde e Loucura* (pp.121-138). São Paulo: Hucitec.
- Pol, E. (1996) La apropiación del espacio. Em L. Iñiguez & E. Pol (Eds.), *Cognición, representación y apropiación del espacio* (pp. 45 – 62) Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona

- Resende, T. I. M. (2017) *Saúde Mental: a convivência como estratégia do cuidado dimensões ética, política e clínica*. Curitiba: Juruá.
- Resende, T. I. M. (2015) *Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. (Tese de Doutorado). Retirado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/21117>
- Rotelli, F. & Leonardis, O. & Mauri, D. (2001) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Sá, C. G. de & Ondina, P.P. (2004) Psicopatologia e Poder Disciplinar: o papel da psicologia no questionamento da individualidade domesticada. Em Ribeiro, A. M. & Freitas, M. H. de (Org). *Psicopatologia, processos de adoecimento e promoção da saúde* (pp. 51 – 65) Brasília: Universa.
- Santos, M. (1978) *Por uma geografia nova*. São Paulo: Hucitec
- Saquet, M. A & Silva, S. S. (2008) Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. *Geo UERJ*. 2, (18), 24 – 42.
- Souza, M. C & Miranda, M. L. (2015) Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8, (2), 332 – 347.
- Tenório, F. (2002) A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9, (1), 25 – 59.
- Tenório, F. (2001) *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Vasconcelos, P. A (2016) As metamorfoses do conceito de cidade. *Mercator*, 14, (4), 17-23.

Zanella, A. V. (2009) Grafitti e cidade: sentidos da intervenção urbana e o processo de constituição dos sujeitos. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9, (4), 1279 – 1302.

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

“Diálogos com a cidade: experiências da oficina de Intervenção Urbana”

Instituição das pesquisadoras: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Pesquisadora responsável: Tania Inessa Martins de Resende

Pesquisadora assistente: Cristiana Assunção Baltar

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é apresentar e discutir experiências de intervenção urbana em saúde mental.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por fazer parte da Oficina de Intervenção Urbana que acontece na ONG Inverso.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em contar sobre sua experiência na oficina de Intervenção Urbana durante a entrevista.
- Os procedimentos são entrevistas individuais que serão gravadas para manter a fidedignidade dos dados no momento da análise.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada na Inverso (Centro de Convivência em Saúde Mental).

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos mínimos, é possível que conteúdos emocionais venham à tona durante as entrevistas.
- Medidas preventivas, tais como: as entrevistas serão conduzidas da maneira que o participante se sentir à vontade, serão tomadas durante as entrevistas para minimizar qualquer risco ou incômodo.

- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você contribuirá para maior conhecimento sobre a Intervenção Urbana, a Inverso e sobre diferentes formas de cuidado.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados nas entrevistas ficarão guardados sob a responsabilidade de Cristiana Assunção Baltar, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/Uniceub, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____,
após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

Participante

Tania Inessa Martins de Resende, (61)99977-1763 / (61)3966-1383

Cristiana Assunção Baltar, (61)98111-4025, cristianabaltar@yahoo.com.br

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: SEPN, 707/907 Via W 5 Norte

Bairro /CEP/Cidade: Asa Norte – DF/ 70790-075

Telefones p/contato: [\(61\) 3966-1383](tel:(61)3966-1383)

ANEXO B**Ao Thiago Petra da Motta Campos****Diretor / Coordenador da Oficina**

Eu, Tania Inessa Martins de Resende responsável pela pesquisa “Diálogos com a cidade: experiências na oficina de Intervenção Urbana da Inverso”, junto com a aluna Cristiana Assunção Baltar, solicitamos autorização para desenvolvê-la nesta instituição, no período de Agosto à Setembro de 2018. O estudo tem como objetivo apresentar e discutir experiências de intervenção urbana em saúde mental; será realizado por meio dos seguintes procedimentos: entrevistas individuais e diário de campo. E terá sete participantes. O único critério é de pessoas que participam, ou já participaram, da oficina de Intervenção Urbana.

Declaro que a pesquisa ocorrerá em consonância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, que regulamentam as diretrizes éticas para as pesquisas que envolvem a participação de seres humanos, ressaltando que a coleta de dados e/ou informações somente será iniciada após a aprovação da pesquisa por parte do Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB (CEP-UniCEUB) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se também houver necessidade.

Pesquisador responsável

Pesquisador assistente

O/A _____(chefe, coordenador/a, diretor/a) do/a (escola, academia, serviço, clínica, centro de saúde, hospital), (Dr^o. Prof^a. Diretor/a Nome do responsável) vem por meio desta informar que está ciente e de acordo com a realização da pesquisa nesta instituição, em conformidade com o exposto pelos pesquisadores.

Brasília-DF, _____ de _____ de _____.

Nome e carimbo com o cargo do representante da instituição onde será realizado o projeto

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista

1. Há quanto tempo você participa da oficina de Intervenção Urbana?
2. Qual o momento da oficina que você mais gosta? E por quê?
3. E o que menos gosta? E por quê?
4. Me conte sobre suas experiências mais emocionantes e interessantes durante a oficina...
5. Qual foi a sua intervenção preferida?
6. Qual sua opinião sobre as intervenções?
7. O que você gostaria de modificar ou incluir na oficina? Como a oficina pode ser melhorada?