

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



DISSERTAÇÃO

Os laços sociais de indivíduos em sofrimento psíquico

Jandro Moraes Cortes

Pelotas, 2011

JANDRO MORAES CORTES

Os laços sociais de indivíduos em sofrimento psíquico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C828l Cortes, Jandro Moraes
Os laços sociais de indivíduos em sofrimento psíquico / Jandro
Moraes Cortes. Pelotas, 2011.
154 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de
Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2011. Orientação:
Luciane Prado Kantorski.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem psiquiátrica. 3. Laços sociais. 4.
Serviços de saúde mental. I. Título.

CDD: 610.7368

Folha de Aprovação

Autor: Jandro Moraes Cortes

Título: Os laços sociais de indivíduos em sofrimento psíquico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Profª Drª Luciane Prado Kantorski:

Profª Drª Cláudia Turra Magni:

Profª Drª Valéria Cristina Christello Coimbra:.....

Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim:.....

Profª Drª Rita Maria Heck:.....

Dedicatória:

Dedico este trabalho aos enfermeiros que tem se dedicado a consolidar e fortalecer a Enfermagem Psiquiátrica.

Agradecimentos

Aos meus laços de afeto...

Ao PPGEinf-UFpel pela oportunidade de me desenvolver e concretizar um sonho e uma meta da minha carreira acadêmica, na pessoa da Prof^a Dr^a Rita Heck, que em muito lembra as minhas origens da Região da Campanha, onde é no trabalho exaustivo que residem valores, servindo de alicerce a concretude de nossos desejos.

A Universidade de Turim- Itália a possibilidade preciosa de realização do intercâmbio, que me oportunizou vivenciar a realidade da Reforma Psiquiátrica Italiana, nos serviços de saúde comunitários de base territorial e funcionalidade de uma rede que se conversa. Professor Pier Maria Furlan, Anna Paccella, Carola Zampaglione, Claudio Sacco, e aqui no Brasil Fernanda Penkala, jamais os esquecerei.

À Prof. Valéria Coimbra, minha amigona, com quem tenho aprendido tantas coisas, pelos constantes incentivos e palavras de ânimo em todos os momentos, sempre valorizando minhas possíveis potencialidades, esse binômio de professora inteligentíssima e amiga “parceria” foi possível tornar o intercâmbio na Itália rico em esclarecimentos teóricos, e de laços de amizade ainda mais estreitos. À Martha Haertel, psicóloga experiente e atenta, trabalhadora do CAPS álcool e drogas, por ter compartilhado os momentos de Intercâmbio, sempre engraçadíssima e companheira, lembro sempre da nossa tarde em Veneza.

Ao Projeto Redesul pela possibilidade de participar das duas etapas da pesquisa quantitativa, sobretudo na etapa qualitativa que financiou o nosso mergulho em campo através da observação-participante no município de Caxias do Sul.

A “Profe” Luciane pela orientação tranquila, embora exigente, e é quem resolvi seguir os passos desde antes da Iniciação Científica. Tem me possibilitado inúmeras e fecundas possibilidades de crescimento, é alguém com quem sempre privei laços de afeto que para mim são verdadeiras preciosidades. Valeu Prof!

Às minhas colegas da turma do mestrado, que com certeza foi um mestrado diferente no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPel: *Fabieli, Milena, Patricia, Viviane, Renata, Lilian, Gabriele, Gabriela, Michele, Carol, Carla, Josi, Adrize, Gimene, Cândida e Fernanda.*

A Fabieli pelo laço de afeto, de parceria e de amizade desde a Iniciação Científica, pelo nosso desenvolvimento na pesquisa juntos, pelos nossas “filosofias de bar”, obrigado Fabi! E a Milena, minha “princesa”, com quem tenho dividido além da vida acadêmica, meus sonhos, meu cotidiano e minhas ansiedades, digo sempre que “parece que sempre nos conhecemos”. Milena com você minha vida é muito mais feliz, e sabes o quanto gosto de ti! Te adoro!

A Lourdes, minha grande amiga, e agora psicanalista ... pelo nosso grande laço de amizade e afeto recíprocos, por tem me ajudado a segurar tantas barras nesse mestrado, pela compreensão de que este é um processo que demanda muito estudo, esforço e “suporte psicossocial”. Lourdes obrigado por tudo, és muito importante na minha caminhada.

Aos meus colegas do Posto Médico por serem meus parceiros e amigos. Especialmente aos Sargentos: Itatiana, Clausemari, Salete, Barichello e Subtenente Carlos Alberto por uma amizade que ficará para sempre. A Pessanha, a Lori e aos meus amigos Mello Ramos e Simões, por serem além de meus amigos meus parceiros de ideal: “Pai afasta de mim este cálice!”

Aos professores que compuseram minha banca de qualificação e defesa desta dissertação de mestrado, às doutoras Cláudia Turra Magni, Valéria Coimbra, Vanda Jardim e Rita Heck, pelas valiosas contribuições e sugestões neste trabalho.

Ao CNPq e ao Ministério da Saúde pelo financiamento do Projeto Redesul, a pesquisa maior que permitiu que desenvolvêssemos o presente estudo.

Se damos as coisas e as retribuimos é porque nos damos e nos retribuimos “respeitos” – dizemos ainda “delicadezas”. Mas também por que damos a nós mesmos ao darmos aos outros, e, se damos a nós mesmos, é porque devemos a nós mesmos – nós o nosso bem – aos outros.

Marcel Mauss

Resumo

CORTES, Jandro Moraes. **Os laços sociais de indivíduos em sofrimento psíquico**. 2011. 153f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos inserem-se na perspectiva de reinvenção do cotidiano, por permitirem que o indivíduo conviva em uma casa, enfrente o dia a dia com suas problemáticas e desafios, sendo um ambiente que potencialize os sonhos de vida destes indivíduos, pelo fato de neste modelo de atenção estar aprendendo a (re) concretizarem a vida de relações, de afetos, de significados, de subjetividades, com os laços sociais praticamente destruídos no manicômio. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem por objetivo geral compreender a constituição dos laços sociais dos indivíduos em sofrimento psíquico moradores do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de Caxias do Sul – RS, através da cartografia, utilizando a técnica de observação-participante, num total de 700 horas, no mês de maio de 2010, além de dados dos prontuários e da construção de ecomapa, dos 07 moradores que foram sujeitos deste estudo, oriundo do banco de dados da pesquisa Redes que reabilitam – avaliando experiências de composição de redes de atenção psicossocial. A análise dos dados contemplou os seguintes temas: laço social, cenas e subjetividades: um estudo cartográfico das trocas sociais no SRT, laço fracos e laços fortes e o sonho de voltar para casa, dom, hau e contra-dom e laço social. Os laços entre moradores e seus afetos foram rompidos e fragilizados pelas duras certezas do modo asilar, que os separou seja por controle ou por culpabilização da doença. Cabe agora ao modo de atenção psicossocial a construção de novas formas de enfrentamento, de novas acomodações na vida, de outras formas de subjetivação da própria experiência do enlouquecer, de encontrarmos juntos, profissionais, moradores e comunidade, as saídas e os fortalecimentos dos laços entre morador e seus afetos, em trocas sociais que permitam o retorno para sua casa, no entendimento individual de cada um. Dom, Hau e Contra-dom são evidenciados quando a equipe de profissionais senta-se junto ao morador e almoçam juntos. Os moradores do SRT foram “carimbados” pelas interações psiquiátricas, os afastando de seus territórios geográficos e simbólicos, hoje tem possibilidades múltiplas na dimensão objetiva dos serviços de saúde, espalhados no território, com igrejas, com vizinhos do residencial, pessoas que moram no bairro, trabalham na padaria, no bar, no comércio local, as oficinas nos CAPS, no fato de aprender a ler e escrever no Programa Brasil Alfabetizado, na hidroterapia e na equoterapia. Estas possibilidades fortalecem os indivíduos a relacionarem-se entre si e com o todo a sua volta, reestruturando um laço social que se perdeu no tempo e no espaço do manicômio. Conclui-se que os laços sociais dos indivíduos em sofrimento psíquico, moradores deste serviço-casa denominado SRT, podem ser fortalecidos através deste equipamento de saúde mental.

Palavras-chave: Laços sociais. Serviços de saúde mental. Enfermagem Psiquiátrica. Desinstitucionalização.

Abstract

CORTES, Jandro Moraes. **The social bonds of individuals in psychological distress**. 2011. 153f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

The Therapeutic Residential Services are under the prospect of reinventing everyday, because they allow individuals to live with others in a house and face the daily problems and challenges. It is important being an environment that leverages the dreams of these individuals, because through this model of care they can learn to (re) realize the life of relationships, emotions, meanings, subjectivities, with the social bonds that were almost destroyed in the asylum. It is a qualitative study that aims to understand the general constitution of the social bonds of individuals in psychological distress and residents in the Therapeutic Residential Service (WRS) in Caxias do Sul - RS. It was used the mapping and the technique of participant observation, totaling 700 hours in the month of May 2010, as well as data from medical records and the construction of eco-map of seven residents who were subjects of this study, derived from the database of research networks to rehabilitate - evaluating experiments on the composition of psychosocial care networks. Data analysis included the following themes: social bonds, scenes and subjectivities - a mapping study on the social relations in WRS, the weak and strong bonds and the dream of returning home, gift, hau and counter-gift and social bonds. The bonds between residents and their affections were weakened and broken by the harsh certainties of asylum, which separated them from their families because of the control or due to the disease itself. Currently, the construction of new ways of coping, the new accommodations of life, the other forms of subjectivity of their own experience of going crazy, so are the responsibility of the psychosocial care. It also remains the responsibility of psychosocial care, the need to find professionals, residents and community, the solutions and strengthening bonds between the resident and their affects on social exchanges that allow the return to their home, in the opinion of each individual. Gift, Hau and Counter-gift are evident when the team of professionals sit next to the resident and have lunch together in an exchange of feelings, fact that goes beyond the therapeutic care only. Residents of the WRS have been "stamped" by the psychiatric hospitalizations, separating them from their symbolic and geographic territories; currently it has multiple possibilities in the objective dimension of health services. They are scattered throughout the territory, in churches, with the residential neighbors, people who live in the neighborhood, working in the bakery, in bars, in the local market, in the workshops in CAPS; they are in hydrotherapy, hippotherapy, and in the act of learning to read and write through the Literate Brazil Program. These opportunities empower individuals to relate to each other and with everything around them, restructuring a social bond that was lost in time and space of the asylum. It is concluded that social bonds of individuals in psychological distress and residents of this service-home called WRS can be strengthened through this mental health equipment.

Keywords: Social bonds, Mental Health Services, Psychiatric Nursing. Deinstitutionalization

Lista de Figuras

Figura 1- Etapa final da oficina de Terapia Expressiva.....	18
Figura 2 - Ilustração dos tipos de laços sociais.....	23
Figura 3 - Circulação do Kula nas ilhas dos Massins.....	49
Figura 4 – Exemplo de um ecomapa.....	63
Figura 5 – Localização do município de Caxias do Sul.....	64
Figura 6 – Fachada do SRT I de Caxias do Sul.....	66
Figura 7- Caracterização dos sujeitos.....	75
Figura 8 – Ecomapa de Pietà.....	77
Figura 9 - Ecomapa de Monalisa.....	83
Figura 10 - Ecomapa de Virgem Maria.....	88
Figura 11 - Ecomapa de Madalena Doni	91
Figura 12 – Ecomapa de Michelângelo.....	94
Figura 13 – Ecomapa de Rafael.....	98
Figura 14 – Ecomapa de Leonardo da Vinci.....	101

Lista de Abreviaturas e Siglas

CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES -	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
F -	Feminino
HP -	Hospital Psiquiátrico
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESA -	Inserimento heterofamiliar Suportado de Adulto
M -	Masculino
MARES -	Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano
KM -	Quilômetros
MS -	Ministério da Saúde
MA -	Morada Assistida
MA.U.S.S.	Movimento Anti Utilitarista das Ciências Sociais
REME -	Movimento de Renovação Médica
ONG -	Organização Não Governamental
PPGEnf	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
RS	Rio Grande do Sul
RN	Rio Grande do Norte
SRT -	Serviço Residencial Terapêutico
UFPeI -	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1 Apresentação	13
2 Construção do objeto de estudo	21
3 Objetivos	38
3.1 Objetivo geral	38
3.2 Objetivos específicos.....	38
4 Referencial teórico	39
4.1 Laços Sociais: da Psicanálise às Ciências Sociais um diálogo possível	
4.2 Trocas relacionais numa perspectiva sócio-antropológica: a teoria	
da dádiva.....	45
4.3 Laços sociais formando redes sociais.....	53
5 Metodologia	60
5.1 Caracterização do estudo	60
5.2 Cenário do estudo	64
5.3 O trabalho de campo	67
5.4 Sujeitos do estudo	70
5.5 Critérios para seleção dos Sujeitos.....	70
5.6 Princípios éticos	70
5.7 Análise dos dados	71
6 Análise e Discussão dos resultados	74
6.1 Caracterização dos sujeitos deste estudo.....	75
6.2 Laços sociais, cenas e subjetividades: um estudo cartográfico das	

trocas sociais no Serviço Residencial Terapêutico	102
6.2.1 Laços fracos e laços fortes e o sonho de voltar para casa.....	103
6.2.2 Dom, <i>Hau</i> e Contra-dom.....	109
6.2.3 Laço social	115
7. Considerações Finais	121
Referências	127
Apêndice	140
Anexos	148

APRESENTAÇÃO

Considerando a complexidade das relações humanas, a constituição das diversas formas de vínculos (de afeto ou desafetos, de amizade, de trabalho, familiares, estressantes ou não, negativos ou fortalecidos) de maneira a constituírem laços sociais, sejam eles mais fortes ou mais fracos, numa sociedade em que múltiplos interesses de ordem política e capitalista permeiam as relações, inicio o percurso desta dissertação.

Baseado em minhas convicções e conhecimentos empíricos, sobre as formas de relações entre as pessoas, com o subjetivo, com o meio na qual estão inseridas e como todo processo inter-relacional interfere na reabilitação da pessoa portadora de transtorno psíquico, e que de alguma forma esteve institucionalizada por largos anos de hospitalização psiquiátrica, é que busco compreender a inserção destas pessoas no meio social e a forma com que seus laços se entrelaçam neste meio.

No contexto nacional das políticas públicas de atenção à saúde mental, privilegiando as diferentes matizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, surgem múltiplos equipamentos de cuidado em liberdade, dentre estes o Programa de Volta para Casa¹ que oportuniza as pessoas em sofrimento psíquico retornarem a outra vida, num outro contexto, sem seus familiares talvez, todavia em liberdade e como cidadãos.

¹ Programa "De Volta Para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais graves, egressas de longas internações psiquiátricas, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20500

Entendo que as trocas entre as pessoas geram inevitavelmente consonância em si mesmo e noutra pessoa, e que estes conteúdos passam a sedimentarem-se de maneira intensa ou enfraquecida, fragilizada ou fortalecida, negativa ou positiva, todavia estão sempre presentes na constituição íntima e logicamente social na vida de relação dos indivíduos. Desta maneira, muitas inquietações foram acompanhando-me no sentido de compreender a constituição dos laços sociais de indivíduos em sofrimento psíquico, que passaram longos anos de suas vidas asilados em hospitais psiquiátricos.

Cabe aqui expor minha compreensão de que estes laços por mais fragilizados que possam se encontrar, pela reclusão de seu convívio social, afastamento da família, isolamento de seus afetos, impedidos de vivenciarem o seu cotidiano, como sujeitos de direito que são, jamais deixaram completamente de existir, pelo simples fato de estarem presentes no imaginário e no subjetivo destas pessoas.

As formas de relação das pessoas em sofrimento psíquico entre si e com seus afetos no meio social que participam, sempre suscitaram em mim inquietações, pelo fato de ter vivenciado a maior parte de minha vivência acadêmica na graduação do curso Enfermagem, na Universidade Federal de Pelotas, nos serviços de saúde mental. Assim entendo ser importante ao leitor conhecer minha trajetória no campo da Enfermagem Psiquiátrica.

No início da graduação participei de um projeto de extensão denominado Internato em Enfermagem Psiquiátrica, que se desenvolvia nas dependências de um hospital psiquiátrico, sendo que o fato de compartilhar momentos e espaços com as pessoas internadas causava-me um desconforto interno mediante a realidade de confinamento e ausência de direito das pessoas. No quarto semestre motivado pela busca de outras concepções teórico-práticas, comecei minha Iniciação Científica, oportunidade que me fez compreender de maneira muito particular e num processo de amadurecimento individual, outra forma de cuidado que possibilitava ao paciente de outrora, ser o cidadão do presente. Um contexto inspirado no referencial teórico da

reabilitação psicossocial, inspirada na Reforma Psiquiátrica Brasileira baseada no modelo italiano.

Na grade curricular da Faculdade de Enfermagem as aulas práticas dividiam-se entre um hospital psiquiátrico e os serviços substitutivos de saúde mental, o que causava confusão para os alunos neste processo de ensino-aprendizagem dicotomizado. Sendo este meu objeto de estudo por ocasião da escolha do tema para desenvolver a monografia de conclusão de curso, que intitulou-se: “O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental sob a lógica da atenção psicossocial” (CORTES, 2009). Dentre os resultados, foram evidenciados a necessidade de se utilizar o “afeto como recurso” nas atividades terapêuticas que perpassam todas as atividades dos serviços substitutivos em saúde mental, norteadas pelas relações entre todas as pessoas envolvidas no processo de se cuidar em liberdade².

Estes estudos mobilizaram a aprofundar as investigações a respeito dos laços afetivos que envolvem estes indivíduos, o que poderia de certa maneira ser uma forma de cuidado mais bem explorada e conhecida por parte de todos os indivíduos partícipes do processo de reforma psiquiátrica. Não só enquanto uma abordagem terapêutica, no sentido exclusivamente clínico, mas como diferente forma de ver e experienciar o cotidiano da vida.

Minha inserção na pesquisa aprofundou-se com o importante estudo que avaliou os Centros de Atenção Psicossociais da região Sul do país, conhecido como CAPSul³, no qual fui um dos co-autores de um dos estudos de caso da avaliação qualitativa.

Os resultados desta pesquisa apontaram que no processo de trabalho dos CAPS, a equipe multiprofissional, e preservação do direito de ir e vir do

² Os resultados parciais desta pesquisa encontram-se publicados: CORTES, Jandro Moraes; KANTORSKI, Luciane Prado; WILLRICH, Janaína Quinzen; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental sob a Lógica da atenção psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. v.1, p.1-12, 2010. Disponível em: <http://www.cbsm.org.br/v1n3/artigos/artigo3.pdf>

³ Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPQ) em parceria com o Ministério da Saúde, realizada pela Faculdade de Enfermagem da UFPel, em juntamente com a Escola de Enfermagem da UFRGS, e com a UNIOESTE Paraná. Estudo coordenado pela Prof^a Enf^a Dr^a Luciane Prado Kantorski.

usuário, a oferta de um amplo cardápio de atividades, privilegiando pontos de escuta, de acolhimento, de circulação de profissionais e usuários por espaços informais de cuidado, as visitas, os passeios e o respeito primordial ao desejo do usuário são fatores determinantes no alto grau de satisfação com o serviço (CAPSUL, 2008).

Outro resultado significativo consiste no fato das equipes apontarem para a necessidade de inserção da família e as dificuldades relacionadas à sobrecarga dos familiares ao cuidar de uma pessoa portadora de sofrimento psíquico, resultando em relações fragilizadas, dificilmente acolhidas no contexto dos serviços.

Destaco ainda como resultado deste importante estudo de avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil, o fato de os usuários apontarem o CAPS como um espaço importante que permite a expressão das subjetividades, que desta forma pode ser uma fonte importante de ancoragem para se estabelecer laços, com o outro, numa perspectiva ao mesmo tempo micro-relacional, no sentido de laços entre aquelas pessoas naquele espaço circunscrito. Também o é num sentido mais ampliado, mais macro-relacional de estabelecer laços que extrapolem o local geográfico dos serviços, e das relações que ali se estabelecem, expandindo-se cada vez mais para fora, para o espaço externo ao serviço. Estas opções relacionam-se ao fato de se privilegiar e respeitar a ampla e infinita gama de facetas subjetivas que as relações e as trocas entre as pessoas possam assumir.

Ainda no CAPSUL (2008), as oficinas terapêuticas foram apontadas pelos usuários como ferramentas importantes para a socialização e o estabelecimento de vínculos que facilitam o processo de reabilitação psicossocial. Ainda ficou evidente, nos dados dos usuários, familiares e equipe de CAPS, os preconceitos relacionados com relação à loucura, sendo sugerido como forma de enfrentamento, a realização de atividades de passeios, de publicidade no rádio e em telejornais, desinstitucionalizando a loucura e fortalecendo laços “entre o sujeito e a comunidade”.

Tão logo finalizada a graduação, com a intenção de continuar minha carreira acadêmica com inserção na pesquisa e na docência, escolhi continuar

minha formação no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPel em nível de mestrado.

No segundo semestre do curso de Mestrado, fui selecionado a fim de realizar um intercâmbio proporcionado pelo “Progetto di Cooperazione Sanitaria Italia-Brasile: Formazione Del Personale in Riabilitazione Psicosociale”, da Università Degli Studi di Torino em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

Mergulhado no serviço de saúde mental comunitário italiano, perfiz um total de 155 horas de vivência intensa nas variadas modalidades de atenção à pessoa em sofrimento psíquico, que privilegia de maneira singular os recursos que o território possa oferecer, para dar suporte no cuidado em liberdade. Esta experiência foi rica e fundamental em toda a minha formação, pois me permitiu vivenciar na prática o *“colocar entre parênteses a doença mental”*, sugerida por Saraceno (2001).

Destaco neste contexto o programa IESA⁴ (Inserimento Heterofamiliar Suportado de Adulto) de adoção heterofamiliar para pessoas portadoras de sofrimento psíquico, que permite recriar laços entre pessoas que previamente manifestam intenção em adotar indivíduos que portam uma doença mental, e desta maneira desenvolvem um afeto com uma configuração diferente. Também a Terapia Expressiva⁵ (recurso terapêutico desdobrado entre laboratórios que se utilizam da biodança, da psicomotricidade, do relaxamento e do teatro) que permite que as pessoas em sofrimento psíquico se expressem subjetivamente, e se auto-percebam, interagindo entre si e possibilitando a expressão de afeto.

A figura a seguir ilustra didaticamente a estimulação da criação de laços entre as pessoas, ao final do laboratório de terapia expressiva, a qual encontra-se descrita na sequência:

^{4,5} IESA (Inserimento Heterofamiliar Suportado de Adulto) e a Terapia Expressiva serão melhor discutidos posteriormente. Disponível em: <http://www.sanluigi.piemonte.it/>. Acesso em 14/03/2011.



Figura 1: Etapa final da oficina de Terapia Expressiva.

Fonte: Laboratório de Terapia Expressiva, sessão na modalidade de psicomotricidade, realizado sob responsabilidade da Psicóloga Carola Zampaglione, nas dependências do Hospital San Luigi Gonzaga em Turim-Itália em 18 de outubro de 2010.

A Terapia expressiva, na modalidade de Laboratório de Psicomotricidade, tem como objetivo trabalhar a comunicação não verbal, desenvolvendo laços de afeto, de cumplicidade, terapêuticos, sociais entre os participantes. Também desenvolver a senso-percepção de maneira a permitir a pessoa se perceber de uma forma concreta no tempo e no espaço, através de atividades de apresentação individual. Com o recurso de uma dinâmica utilizando uma bola, quando cada um diz seu próprio nome por vez, e jogar a bola ao participante que se encontra a sua frente, estimula-se a função da memória. Logo após todos os participantes são estimulados a tocar nas diversas formas da sala (objetos, parede, chão) sentindo a textura de todos os elementos que a compõem.

Finalizando a atividade com a dinâmica envolvendo cordas, de maneira a estimular as pessoas a interagirem em grupo, e a estabelecerem relações

com as outras pessoas, estabelecer laços agora de uma forma “concreta”, de maneira que possam visualizar materialmente estes laços com a utilização dos cordões coloridos, além de perceberem a expansividade e também a constrição destes laços e espaços pela labilidade da corda, podendo desta forma modular a própria senso-percepção de maneira a se auto-perceberem.

Através da utilização de música instrumental e um fechamento da sessão de modo a configurar uma moldura de um quadro no tapete da sala, os participantes são estimulados a expressar suas sensações durante a realização de toda a dinâmica, o que lhes permite sentir e verbalizar a formação e as fragmentação de seus próprios laços sociais.

Ainda durante o mestrado participei da etapa qualitativa, enquanto avaliador e pesquisador, do estudo *“Redes que reabilitam – avaliando experiências Inovadoras de composição de redes de atenção Psicossocial” - Redesul*, realizando trabalho de campo nos serviços Residenciais Terapêuticos de Caxias do Sul - RS. Sendo que a presente pesquisa se constitui num sub-projeto do estudo em questão.

A presente dissertação consiste num sub-projeto da pesquisa Redesul que tem a preocupação de compreender as relações de trocas e de significados dos moradores do SRT de Caxias do Sul - RS, procurando aprofundar teoricamente à luz dos conceitos da antropologia.

A observação participante permitiu-nos vivenciar, e compartilhar o cotidiano no residencial terapêutico. A vivência intensa junto dos moradores e cuidadores no cotidiano, em seus avanços e recuos, acompanhando relações estabelecidas pelos sujeitos com a padaria, na loja da esquina, com a vizinhança, com a equipe, com seus familiares, com a comunidade, possibilitou uma importante imersão no contexto do estudo.

Cabe destacar que foram importantes para a construção desta dissertação, além das experiências vivenciadas nos serviços de saúde mental no território italiano, as disciplinas cursadas no decorrer do curso de mestrado, como Seminários de pesquisa em Enfermagem e Saúde, Práticas em Enfermagem e Saúde, Políticas Públicas em Saúde e Enfermagem e

fundamentalmente o Seminário em Enfermagem e Saúde VIII: Saberes e Práticas em Saúde Mental.

Restituída a trajetória que fundamenta esse estudo, passo à estrutura: no Capítulo 1 são apresentadas ao leitor as motivações pessoais e a trajetória acadêmica do autor; no Capítulo 2 o objeto de estudo é delineado e construído; no Capítulo 3 são apresentados os objetivos geral e específicos; no Capítulo 4, o referencial teórico deste estudo encontra-se subdividido em 3 partes: o primeiro denominado “Laços Sociais: da Psicanálise às Ciências Sociais um diálogo possível”; no segundo subcapítulo, apresenta-se “Trocas relacionais numa perspectiva sócio-antropológica: a teoria da dádiva” e no terceiro subcapítulo, “Laços sociais formando redes sociais”.

A metodologia é apresentada no Capítulo 4, onde é caracterizado este estudo, o cenário em que se desenrola a pesquisa, o trabalho de campo, os sujeitos, os princípios éticos, e a análise dos dados. O Capítulo 6 em dois subcapítulos. No primeiro é apresentada uma descrição dos sujeitos do estudo, e no segundo é apresentado um estudo cartográfico das trocas sociais no Serviço Residencial Terapêutico, tendo por base três cenas que possibilitam esta cartografia.

No Capítulo 7 são apresentadas então as Considerações finais desta dissertação, evidenciando as principais contribuições e limites deste estudo.

2 Construção do objeto de estudo

A essência de viver para o indivíduo humano está alicerçada fundamentalmente no sistema coletivo, que permite ao ser assim desenvolver-se. Durkheim (2002) enfatiza a relevância das instituições sociais (religião, família, governo), argumentando que o indivíduo tem necessidade de sentir-se seguro e respaldado pelo meio social. Considerando que uma sociedade sem regras de certa forma organizadas pode levar o homem ao desespero; logo, argumenta que o que realmente importa é que o indivíduo se sinta parte da coletividade.

Assim, no desenvolvimento das relações humanas são constituídas ligações, tramas, laços com diversas implicações, intencionalidades e intensidades, sendo estes, mútuos, recíprocos, consistentes ou não, todos encontram-se alicerçados incontestavelmente em laços sociais.

Ao conceitualizar laço social numa perspectiva psicanalítica, Poli (2004) o define como elemento agregador de enlace entre as relações humanas, fundamental para a construção da história do sujeito e de sua própria sociedade.

No sentido relacional entre o sujeito e o outro, entre as pessoas, entre o analista e o paciente, Freud (1912) já orientava que para que houvesse êxito em qualquer relação psicanalítica, o laço entre as pessoas ficaria evidente através do fenômeno denominado transferência⁵, o que primeiramente

⁵ Transferência: em termos conceituais e de acordo com a estrutura do paciente o terapeuta assume determinada postura, sendo que para Freud (1912) a transferência seria a repetição dos protótipos infantis, onde há um deslocamento de afeto de uma representação para outra. Para Lacan a transferência a relação não é de reciprocidade entre o paciente e o terapeuta, e sim de disparidade entre os sujeitos em presença, sendo que sugere que se deva tratar como um nó, por conter em si este aspecto contraditório, por ela ser ao mesmo tempo fundamental para o impacto interpretativo e um obstáculo a rememoração do material recalcado (DORGEUILLE, 1997).

denominou confiança (VIEIRA, BESSET; 2008).

No contexto de elos de confiança, do fenômeno da transferência que enlaça os indivíduos no aspecto relacional, Molina (2005) apresenta a perspectiva egocêntrica para a análise das redes sociais pessoais que possuem um núcleo denso, formado por laços mais íntimos e fortes, e por uma periferia, composta por laços então mais dispersos e fracos. Essas redes e os mecanismos (laços) – que as constituem, além de terem sido empiricamente comprovadas pelos antropólogos da Escola de Manchester, denotam a significância dos reais sentidos que as redes e laços tem na visão das próprias pessoas.

Granovetter (1983) ao teorizar sobre os laços sociais, faz uma crítica a Sociologia que não apresentaria uma ligação que fosse convincente entre os níveis macro e micro para uma análise do sistema social. Ressalta a importância dos vínculos interpessoais, os quais dá o nome de laços, que se verificam nas interações sociais em nível microssocial, e discorre sobre a força que estes laços exercem nas tomadas de decisões, nas negociações, no produto final destas relações. A partir de então desenvolve os conceitos de laços sociais fortes, fracos ou ausentes.

Os laços sociais fracos são os responsáveis pela maior estruturação das redes sociais, bem como a transmissão de informações, de trocas, de comunicabilidade através da rede. A maior parte do fluxo de informações entre as pessoas se dá através dos laços fracos ao invés dos laços fortes (GRANOVETTER, 1983). Este fato é explicado, por exemplo, quando nossos afetos, nossos amigos, pessoas mais envolvidas em nosso cotidiano (laços fortes) tendem a circular nas mesmas redes que também circulamos. Assim as informações que recebemos, em tese, provavelmente terão bastante semelhança com as que já sabemos, ao passo que as pessoas que não conhecemos, ou que temos ligações opacas, ou uma relação mais frágil ou de pouca importância (laços fracos), possibilitam que saibamos informações diferentes das que detemos, nos impulsionam a circular em outras redes, evidenciando o que o autor Granovetter (1973, 1983) argumenta que em contrapartida estas relações opacas chamou de “*a força dos laços fracos*”. Os

laços fracos se diferem dos laços ausentes, por serem aqueles laços de pouco significado substancial atribuído pelas pessoas, como por exemplo os moradores de um mesmo bairro, que se veem eventualmente, sem se conhecerem. A ilustração a seguir mostra espacialmente a formação dos tipos de laços sociais.

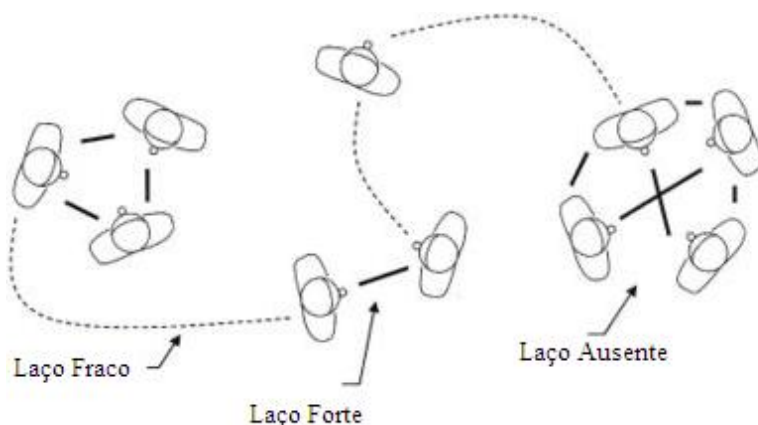


Figura 2: Ilustração dos tipos de laços sociais.

Fonte: adaptado de ALBERT-LASZLO (2003).

Granovetter (1983) comprova a importância capital de mantermos os nossos contatos distantes, ou seja, os nossos laços fracos, visto que são aquelas pessoas com quem se tem contatos eventuais, aos que não fazem parte das nossas relações do cotidiano, que são motivadoras do trânsito em novas redes. Na figura ficam ilustrados por pertencerem também a outra rede. Este motivo que o autor atribui cientificamente à importância dos laços fracos, visto que circular numa rede diferente daquela que o sujeito está habituado a transitar oportuniza novas ideias e novos relacionamentos.

Pensando na trama das trocas relacionais, os indivíduos chamados loucos, sofreram e sofrem maus-tratos físicos e humilhações morais de toda ordem. Podem ser vistos como motivos de vergonha para suas famílias e seus núcleos sociais, e como um perigo e uma ameaça para a sociedade. São tutelados e ficam condicionados a uma inércia passiva, por médicos,

profissionais da justiça e tantas outras autoridades (MOLINA, 2005).

Ainda por muitas das vezes, podem ou até são considerados incapazes de produzir, de conviver e até de amar, rompendo os laços sociais no âmbito cultural, de trabalho, de trocas, de afeto, que alicerçam e dá sentido a vida humana.

Neste sentido reitero a afirmação de Saraceno (1999) quando afirma que os manicômios além de serem miseráveis, são também locais vazios de relações afetivas. Desta forma um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica, é evitar que a pessoa acometida de uma doença mental, possa ser privada de vivenciar os seus laços afetivos ou sociais.

Vislumbrando o indivíduo em sofrimento mental no contexto de sua vida social, incluindo os laços familiares e seus afetos, faz-se necessário que a família possa cuidar e ser cuidada, para que se sinta protegida e aliviada da sobrecarga vivenciada, no sentido de que possa cuidar do indivíduo de maneira mais autônoma e livre (SILVEIRA; SANTOS JUNIOR; 2009).

As denúncias realizadas por Foucault (2003) e Goffman (2005) deslocam a convergência de um discurso centrado na prática psiquiátrica, para uma aproximação de uma visão mais humana, integradora, permitindo a visualização de um ser humano experienciando um fenômeno – a loucura - e não o inverso (FONTES, 2007).

No cenário brasileiro, os indivíduos em sofrimento mental muitas vezes trocam a solidão e as privações impostas pelos hospitais psiquiátricos, pelo abandono nas ruas, situação esta imposta pela falta de apoio necessário a consolidar e reatar os laços familiares, e de afeto que foram abruptamente rompidos pela internação, configurando-se em importante problema social, político e de saúde pública (BRASIL, 2006).

Goffman (1996) descreve a mortificação do eu, do sujeito asilado no manicômio. Destacando o comprometimento dos laços de sociabilidade deste sujeito, de maneira que o doente mental e a instituição asilar, praticamente confundem-se, pela internalização dos padrões e rotinas asilares. Este fenômeno o autor chama de “morte social”.

Partindo-se de uma lógica autoritarista, seja dentro do hospital psiquiátrico ou fora dele, a única voz que este indivíduo encontra é a voz que o invade e o reprime, o impelindo a uma passividade inerte, que o transforma em um indivíduo sem voz, sem direito, com uma terceira voz a falar por ele.

Dialeticamente falando, se ao invés de falarmos *por* eles, falarmos *com* eles, a conversa certamente seria outra. Sendo possível, ao escutá-los compreender que muito antes de ser doença, a loucura é uma experiência humana (BRASIL, 2006).

Por esta total incompreensão deste modo diferente de experienciar a vida, os indivíduos foram encarcerados a pretexto de serem curados, foram sendo cronificados, tutelados, praticamente *destruindo-se* seus laços sociais, familiares, de afeto.

Partindo deste vértice, da ruptura dos laços sociais dos indivíduos em sofrimento mental pelo enclausuramento no manicômio, cabe discutir as motivações hegemônicas deste processo. Esta contextualização histórica permite a compreensão dos múltiplos vetores e interesses que os historiadores apontam na concepção do processo saúde-doença, os quais envolvem o fenômeno da loucura.

Nesta ótica histórica, Oliveira (2009) traz à tona a discussão que permeia os conflitos na estruturação da saúde mental, e os interesses hegemônicos históricos, que envolvem a lógica manicomial. O autor evidencia o modelo manicomial como centrado especificamente na figura profissional do médico, calcado na hegemonia disciplinar. Enfatiza que no modelo asilar de atenção, as discussões são conduzidas a se darem de forma restrita, sendo preferencialmente controladas, com privilégios aos ambientes técnicos e/ou acadêmicos. O modo de atenção psicossocial, no entanto, rompe com esta configuração disciplinar, convidando a uma discussão pública dos problemas mentais, impulsionando as pessoas, anteriormente denominadas pacientes, agora usuários a assumirem seus lugares de cidadãos num mundo de direitos e deveres (OLIVEIRA, 2009).

No contexto da Idade Média, o louco gozava de certa liberdade e podia circular pelos espaços, sendo os feudos lugares relativamente pequenos, o

que, de certa maneira, permitia que as pessoas se conhecessem e participassem da vida umas das outras de forma mais aproximada, numa perspectiva de uma vida comunitária. Com o crescimento das cidades, visto que o anonimato otimiza as vulnerabilidades, o louco passa a ser visto como um malfeitor, e adquire um status de indesejado, tendo por solução a exclusão. No final da Idade Média acontecimentos marcantes no campo das ideias, da política e da economia, motivam mudanças nos costumes que marcarão a Idade Média. Processam-se transformações nas maneiras de viver e nas formas subjetivas e concretas de se e estar no mundo, que não permitem que o ócio encontre alguma acomodação e seja compreendido ou aceito, visto que as tônicas do cotidiano das pessoas passam a ser centradas nos negócios (OLIVEIRA, 2009).

Naquele cenário dos feudos, e buscando compreender o aprisionamento histórico do louco, Foucault (1993) evidencia uma relativa liberdade que este gozava, muito embora ficando evidente por ora, o status que fora dado a sua linguagem, sendo por vezes vista como sem status, e, por outras vezes, com um valor particular. O autor faz referência a uma identificação entre a loucura e a literatura, especialmente porque a loucura não tem a obrigatoriedade de seguir as regras da vida cotidiana para a sua expressão, ocupando, assim como a literatura, enquanto disciplina e campo do saber, um lugar fora da centralidade, noutras palavras, um lugar marginal.

Ainda neste momento histórico, tendo a liberdade como pano de fundo, o louco continua nesta configuração de diferente, sobretudo ainda liberto, quando era atração lúdica nos teatros europeus, divertindo os expectadores, visto que era uma personagem que externalizava a verdade, da qual os demais atores e expectadores não teriam consciência. A Festa da Loucura é um outro evento exemplar a este respeito, quando as instituições sociais, lingüísticas e religiosas eram questionadas pela inversão de papéis entre os atores e o questionamento de valores e condutas pairava neste acontecimento, o qual se destacava também por ser a única festa que não era religiosa por natureza (FOUCAULT, 1993).

Muito embora, na Idade Média, ainda os loucos fossem admitidos e

pudessem vagar pelas cidades, eles não se casavam, não tinham permissão para participarem de jogos, e eram sustentados por terceiros, por outras famílias. O autor ainda enfatiza que quando se tornavam agitados, eram afastados das cidades, e a título de segurança eram presos (FOUCAULT, 1993).

A época da “Era das Luzes” - que inclusive Kant afirma representar uma época em que os homens saem de uma tutela que estes mesmos impuseram a si próprios – o louco passa a ser recluso às instituições totais, em locais esguios à centralidade da sociedade, neste momento, ocupando um status de periculosidade, anteriormente atribuído aos acometido pela lepra. Os rótulos de perigoso e improdutivo começam a ser atribuídos, as pessoas com algum transtorno mental. No século XVIII, em meio às luzes do Iluminismo, a loucura passa a ser objeto de tratamento científico, sendo estudada nos manicômios, e tendo por sujeitos, os pacientes na extensão do termo, configurando-se, desta forma, as características fundantes da Psiquiatria Clínica. Dentro deste contexto hegemônico, de tentar aprisionar a loucura para uma ciência específica- a psiquiatria- no século XIX busca-se um reconhecimento de uma especialidade médica respeitável (OLIVEIRA, 2009).

O pensamento de Foucault (1973) mostra-se, no mínimo, desconfiado com as “Luzes” e com o sucesso da progressão da razão, no sentido de um racionalismo disposto a “tudo explicar”. O autor afirma que as luzes que porventura tivessem descoberto a liberdade, paradoxalmente inventaram a disciplina.

No final do século XIX, duas correntes disputam espaços dentro da psiquiatria: primeiro a psiquiatria organicista, que se ocupa de contemplar o tratamento da loucura por meios físicos, químicos ou biológicos, a qual perdura até a contemporaneidade; segundo a vertente dinâmica que busca as interpretações com base na Psicanálise. No contexto histórico do Iluminismo, a ética da psiquiatria moderna exerce direito sobre o comportamento, o corpo e a vontade do louco, tendo respaldo pela cientificidade da época, sendo legitimada pelo corporativismo profissional médico. A loucura é aprisionada por Kraepelin (2001), que entende a gênese da doença mental como oriunda da

genética, numa visão biologicista, a partir de uma descrição detalhada e pormenorizada de sintomas, cartografando e classificando o que é normal ou patológico (AMARANTE, 2007).

No final do século XX, a concepção de doença mental no Brasil é fortemente envolta pelo Movimento Higienista, que tinha no seu cerne a problematização, não só da doença, mas dos seus determinantes sociais e ambientais. Os problemas sociais passam a ser vistos como doentios, sendo assim medicalizados. As maneiras de caminhar, vestir-se, se expressar, falar, se relacionar, são passíveis de medicalizações, se não enquadrados como eventos adequados ou normais. Até esta etapa, a psiquiatria mantém o direito sobre os corpos e comportamentos, sendo o profissional médico psiquiatra aquele que busca um status social de consultor privilegiado. No que se refere às normas de comportamento social, nos relacionamentos interpessoais, familiares, amorosos, afetivos, exercendo neste século um papel de controlador social do comportamento humano (COSTA, 2007).

O paradigma psiquiátrico é construído no contexto da Reforma Francesa e do Iluminismo, num contexto em que a superação das explicações religiosas da Igreja Católica sobre a loucura, se funda na ciência positivista. A medicina foi a ciência que sofreu um maior e mais significativo impacto neste processo. Nasce a psiquiatria enquanto especialidade médica, capaz de aprisionar a loucura (inclusive no sentido literal do termo) - antes objeto de estudo da Filosofia, com seus questionamentos sobre alma, paixões e moral – loucura essa que se torna doença mental, sendo passível de tratamento médico. Assim, o delírio, bem como o sonho, passa a ser um sintoma clínico, um erro por lhe faltar a racionalidade enquanto fenômeno psi, e que portanto tem de ser extirpado (COSTA-ROSA, 2000).

Segundo Foucault (1993) o século XVII e XVIII correspondem à grande internação, pois a incapacidade para o trabalho leva o louco, juntamente com os mendigos, prostitutas e demais excluídos do meio social, aos leprosários, permanecendo até sua morte. Neste contexto de exclusão, a hospitalização não possuía uma função clínica, mas sim de reclusão, salvaguardando a ordem social.

Entre o século XVIII e no início do século XIX, surge um novo conceito da psiquiatria, quando os médicos Philippe Pinel e William Tuke, retiram as correntes dos loucos e introduzem, dentro dos hospícios, práticas terapêuticas, transformando o hospício em uma instituição médica. Esta libertação não é total, pois o hospital passa a ser um local de classificação e diagnóstico, e um local onde o saber médico passa a ser o único detentor da verdade sobre a doença e o tratamento do paciente. Neste contexto, e justaposto ao tratamento medicamentoso, surgem outras técnicas de tratamento, como isolamentos e servidão, justificados como parte de tratamento ou cura (FOUCAULT, 2003).

Segundo Amarante (2005) os movimentos da reforma psiquiátrica no mundo surgem após a Segunda Guerra Mundial, e no Brasil, é contemporâneo ao Movimento da Reforma Sanitária, quando há uma luta pela saúde coletiva, por mudanças nas práticas de atenção e gestão e pela criação de novas tecnologias de cuidado.

Privilegiando a discussão pelo prisma do modelo médico hegemônico, no contexto nacional as Políticas de Saúde Mental, até a década de 80 eram seguidas as diretrizes da psiquiatria, sendo que na década de 70, as vinculações da psiquiatria com a rede de hospitais psiquiátricos e com a indústria farmacêutica se mostram favoráveis ao aumento do consumo de psicotrópicos e ao aumento das intervenções hospitalares, muito embora sua ineficácia fosse evidente, tendo em vista a baixa taxa de melhoras e de altas (COSTA-ROSA; MONDONI, 2006).

Amarante (1995) detalha a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira evidenciando que, no contexto da abertura do regime militar surgem as primeiras manifestações na saúde, principalmente com a criação de 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME), como espaços de pensamento crítico na área. No interior destes espaços, surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que denuncia e acusa o governo militar, principalmente no que se refere à assistência psiquiátrica da época, de práticas de corrupção, fraudes e torturas.

Em 1978, é realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, quando

são discutidos temas, não somente relacionados ao campo da Saúde Mental, mas também os de cunho político e social. Neste importante contexto, cabe destacar a vinda ao Brasil de Franco Basaglia, Erving Goffman, Félix Guatari e Robert Castel, a fim de participarem do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições. O ano de 1987 é marcado pela realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e pelo II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, sendo que este último se reveste de uma particular relevância, justificada pela participação de associações de familiares e usuários, denotando a incorporação destes atores no contexto de participação social (AMARANTE, 1995).

Evidenciadas as atrocidades cometidas pelas instituições psiquiátricas, surgem os serviços de saúde mental de base territorial, possibilitando um suporte social, com o intuito de inserir os indivíduos em sofrimento mental no meio social. Estes, segundo Oliveira (2009), são orientados por uma abordagem fenomenológico-assistencial, pautados no conceito da desinstitucionalização, apoiados numa rede de cuidados que promovem a cidadania, pois compreendem o indivíduo num contexto de subjetivação existencial, enquanto um sujeito de direitos.

Na atual conjuntura das transformações no campo da atenção psiquiátrica, a reabilitação psicossocial redefine-se como um saber/fazer que considera a doença mental apenas como um dado a mais na história de vida de uma pessoa que mora em um território específico, que estabelece relações sociais, que faz parte de uma família e que tem um transtorno severo, crônico e persistente que pode repercutir nas outras dimensões da sua vida (KANTORSKI, MIELKE, TEIXEIRA JUNIOR; 2001).

Neste sentido, Fontes (2007) evidencia que para descrever as redes de sociabilidade do indivíduo em sofrimento psíquico, e os infinitos laços que as compõem torna-se necessário considerar as particularidades do estigma da doença mental e a sua carreira neste processo de adoecimento. Implica em incorporar os significados do campo institucional onde essas pessoas vivem (CAPS, SRT's, ambulatórios), considerando nestes espaços os profissionais de saúde que aí trabalham e todas as pessoas imbricadas neste espaço-tempo,

pois é neste contexto que o cotidiano acontece e as trocas se realizam.

Particularmente aqui, em alto-relevo destaca-se a atuação do enfermeiro nos novos dispositivos de atenção à saúde mental, como importante estimulador das atividades cotidianas dos indivíduos em sofrimento mental, de forma a estabelecer seus laços sociais, proporcionando autonomia, qualidade de vida e desenvolvimento de quem é cuidado, através do vínculo afetivo e social, como garantia ao acolhimento da diferença (MONTEIRO, 2006).

Além dos profissionais mergulhados neste processo, cabe incorporar em nossa compreensão, amigos, vizinhos, parentes, cuidadores, colegas de trabalho, e todas as pessoas com quem os indivíduos em sofrimento psíquico se relacionam, e de onde retiram suporte para o enfrentamento da doença mental.

Fontes (2004) destaca as recentes transformações e a importância das Organizações Não-Governamentais, igrejas e associações nas redes sociais, sendo necessária a compreensão a respeito deste terceiro setor no meio social. Se por um lado há uma certa solidariedade que move estas associações, sendo baseadas numa lógica racional instrumental no mundo capitalista, por outro lado, pode ser proposta uma solidariedade baseada não numa racionalidade mercantilista, outrossim baseada no mundo das trocas, no “mundo da vida”, onde as trocas de dons, de dádivas possibilita o estabelecimento de laços entre os indivíduos e seus agrupamentos sociais.

Neste trabalho, privilegiarei os serviços residenciais terapêuticos por se tratarem de serviços destinados a portadores de sofrimento mental egressos de longos anos de instituição psiquiátrica, onde se assume a tarefa de ensinar e proporcionar ao sujeito voltar a viver em uma casa, em um lar, envolvendo o desempenho das tarefas cotidianas mais simples que lhes foram roubadas, privadas, impostas no decorrer dos anos de internações em instituições asilares que negaram a estes sujeitos condições dignas de simplesmente viver a vida, sendo seus laços sociais, “vitais”, fragilizados, mortificados,

enfraquecidos, quiçá, de certa forma, destruídos⁶.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) ou Residências Terapêuticas são moradias inseridas preferencialmente na comunidade, com finalidade cuidar de pessoas que passaram longos anos asiladas em hospitais psiquiátricos. São casas que devem se configurar como um lar, atendendo as particularidades do grupo de pessoas que nela mora, podendo ser advindos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Na sua grande maioria, seus moradores perderam os vínculos familiares. Importante destacar que estas casas não são serviços de saúde, devendo proporcionar às pessoas que nelas moram o retorno à vida social (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005, p.01) “*as residências são espaços de reconstrução de laços sociais e afetivos para aqueles cujas vidas encontravam-se confinadas ao universo hospitalar*”. Este é um dos principais dispositivos para a efetivação de processos de desinstitucionalização. Os moradores das residências terapêuticas são acompanhados, e devem transitar na rede extra-hospitalar (CAPS, ambulatórios, atenção básica, entre outros).

Quanto ao número de usuários, este pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte e apoio dos Centros de Atenção Psicossocial. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. A inserção do indivíduo em um SRT é o começo de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador (BRASIL, 2004).

Segundo Amarante (2008), precisa ser compreendida como a desconstrução de saberes, discursos e práticas, a todo instante, que sustentam os significados da loucura, reduzindo-a ao aspecto linear da patologia em si, tendo o manicômio por referência de atenção.

⁶ Refiro-me aqui aos laços mais concretos que se pode supor no contexto social, didaticamente diferente dos laços que possam habitar o mundo subjetivo das pessoas que tiveram suas vidas, ou parte delas reclusas dentro de instituições psiquiátricas.

Esta concepção de loucura implica em (re)significá-la, (re)compreendê-la, percebendo a complexidade do sofrimento psíquico, e desta forma então, destruir os manicômios internos e externos, que tem permitido a constituição de certas formas de fazer e de pensar, ainda aprisionadas e primordialmente permitir que se (re)invente formas de lidar com e na realidade (KANTORSKI; SILVA, 2001).

Os SRT's inserem-se nesta perspectiva de reinvenção do cotidiano por permitirem que o indivíduo conviva em uma casa, enfrente o cotidiano com suas problemáticas e desafios, sendo um ambiente que potencialize os sonhos de vida destes indivíduos, pelo fato de neste modelo de atenção estarem aprendendo a (re)concretizarem a vida de relações, de afetos, de significados, de subjetividades, praticamente destruídas no manicômio.

Amorim e Dimenstein (2009a) consideram que a compreensão de território e suas múltiplas interfaces, é uma possibilidade de novas criações e ressignificados, não somente para os usuários deste novo equipamento de saúde mental, outrossim para a equipe de profissionais que dão suporte a estes sujeitos, tendo o desafio de incorporar a própria clínica os saberes que emergem da comunidade em que usuários-moradores e equipes estão submergidos.

Ainda neste sentido, as mesmas autoras, convidam a reflexão para que se pense nós percebidos no cotidiano de trabalho de um SRT em Natal-RN, quando afirmam que o SRT “deve” guardar características de moradia e não de um serviço. Destacam a premência de se pensar a dependência dos usuários deste SRT, no aspecto bidimensional de tempo e espaço, quando relatam que os finais de semana em suas casas são como prisões. O fato aparentemente simples de o morador sair à rua, no contexto do SRT de Natal – RN depende de um profissional do serviço em acompanhá-lo o que por si só explicita limites importantes que carecem ser rompidos (AMORIM; DIMEINSTEIN, 2009a).

Outra crítica bastante significativa diz respeito à recusa dos moradores realizarem as tarefas no CAPS por se sentirem presos àquele local. Esta situação sugere ainda que se reflita e se discuta entre usuários, familiares e equipes, novas modalidades terapêuticas em prática nos CAPS. É necessário

que se repense este espaço-tempo de modo que não se perca o encontro da loucura com o novo, pois que o desejo não se estrutura, não operacionaliza acordos, meramente deseja (AMORIM; DIMEINSTEIN, 2009a).

Entre os desafios do SRT encontra-se a importância deste equipamento de saúde na reconstituição dos laços sociais, com os recursos territoriais e afetivos da comunidade, como o profissional que agora se transformou em amigo acolhedor, o comerciante, o feirante, o vizinho no sentido de produzir interfaces múltiplas de cuidados e sociabilidades no âmbito da vida individual e do todo (AMORIM; DIMEINSTEIN, 2009a).

Sztajnberg e Cavalcanti (2010) relatam a experiência de transição da pessoa de uma instituição psiquiátrica para um SRT, através de um estudo de caso clínico de uma paciente, que se encontrava nesta experiência de mudança subjetiva e concreta de vida. As autoras destacam que esta mudança é um evento complexo, que está particularmente ligado a singularidade de existir para cada um de nós. Assim, a mudança de um dispositivo para outro, que tem configurações bastante diferentes para não dizer antagônicas, se torna um evento complexo. As autoras narram grande parte da vida desta personagem, seu cotidiano na instituição psiquiátrica, suas trocas baseadas em barganhas com cigarros entre pacientes e funcionários, bem como a perda de sua individualidade no decorrer dos anos, sendo esta engolida pelo reducionismo própria do asilo.

A ex-paciente, agora moradora, mostra-se visualmente diferente, com roupas compradas com Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS), a seu gosto, muito embora passe a maior parte do tempo deitada e relatando o desejo de retornar a morar no asilo. Passado algum tempo a moradora encontra-se mais envolvida pela vida diária e refere não querer mais voltar a morar no Hospital Psiquiátrico, justificando os mal tratos que em suas palavras “chegavam a quebrar seus ossos”. O estudo ainda convida à reflexão sobre o espaço concreto e subjetivo do que é morar, trazendo reflexões da protagonista deste artigo quando ensina as autoras que o espaço de morar não se encontra nem no hospital psiquiátrico, nem no

serviço residencial terapêutico, talvez num espaço intermediário que nos cabe reinventar e redescobrir (SZTAJNBERG; CAVALCANTI, 2010).

Outro cenário de possibilidades de reconstrução da vida em um SRT no interior de Minas Gerais é narrado por Generoso (2008) ao trazer a história de um morador de rua por longos anos e agora fora acolhido numa Casa Protegida nos moldes de um SRT. A autora orientada pela ótica da psicanálise lacaniana busca compreensões na construção subjetiva modo de vida coletivo na perspectiva de rearranjar o laço social deste indivíduo, neste equipamento comunitário dos serviços de saúde mental.

Narra ainda que este morador ao mudar-se para o SRT teve grandes dificuldades e estranhamentos, sobre o fato de não ter horários fixos para realizar as atividades, dormir, bem como dispor de múltiplos objetos que se tem em casa e ao seu alcance, sem saber como e para que utilizar.

Generoso (2008) ressalta que depois da “liberdade da rua”, esta liberdade aqui precisa ser entendida como aquela que não disciplina inflexivelmente como é tônica das instituições totais, e destaca que o cerceamento da instituição psiquiátrica paradoxalmente compôs a história de vida deste indivíduo. Passando o dia juntando papéis do chão e guardando-os em gavetas, sofrera intervenções da equipe não no sentido impositor, outrossim, de alguém que se coloca na condição de parceiro, tentando auxiliá-lo a encontrar o simbólico e a reconhecer o outro como companheiro, na reconstituição de seus laços sociais.

Amorim e Dimeinstein (2009b) analisam algumas cenas de uma cidade e propõem reflexões acerca da superação do modelo hegemônico manicomial, no sentido de desconstrução interna e externa de nossos manicômios proposta por Foucault (1983). Trazem como possibilidade de superação desta lógica, no binômio loucura-cidade as “lutas em rede”, que consistem na ampliação das vias de comunicação entre gestores, profissionais, usuários, políticos, e todos os atores sociais, configurando-se em forças de resistência no campo da saúde

mental em oposição aos vetores de resistência do modelo hegemônico biomédico manicomial⁷.

No I Congresso Brasileiro de CAPS, Lobosque (2007) traz à tona como função precípua destes equipamentos de saúde mental, o suporte para que os indivíduos possam reatar seus laços sociais, definidos como sendo elos de enlace entre os indivíduos, e não outros elos que possam denotar uma sociabilidade frívola que serve para mascarar a mútua indiferença entre as pessoas, e as condiciona a obedecer padrões e acatar normas. Nem frívolos laçarotes, nem duras amarras, os laços sociais não se destinam a adaptações impostas por uma normatividade, outrossim devem permitir que as diferenças se expressem livremente, propiciando à cultura, expressões movidas pelo desejo (LOBOSQUE, 2007).

Destarte, apresento o pressuposto deste estudo: **Os laços sociais dos indivíduos em sofrimento mental, que foram rompidos ou fragilizados, são reconstituídos tendo por base as trocas relacionais entre os próprios moradores do SRT, e também entre os moradores e os profissionais do SRT, visto que estas trocas os fortalecem formando uma rede social, os impulsionando para uma vida fora do serviço e assim possibilitando que transitem em outras redes sociais.**

Neste contexto, a loucura assume uma configuração, no sentido de riqueza de uma experiência humana, diferente de exclusivamente uma doença no sentido linear que a clínica possa compreender e continuar num contexto de expressão em que sua forma parece isolar-se no mundo solitário de um único indivíduo consolidando barreiras da interação com o mundo externo. Evidenciando laços, relacionamentos e afetos, constituídos na transformação de práticas desinstitucionalizantes de saúde mental, explico o objeto de estudo desta dissertação:

⁷ Neste ínterim, as autoras descrevem as propagandas do Sindicato dos Médicos do Estado do Rio Grande do Sul, quando este expõe publicamente em *outdoors*: “Loucura? Loucura é a falta de leitos psiquiátricos!” (SINDICATO DOS MÉDICOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2007). No estudo as autoras, discutem pormenorizadamente as forças biopolíticas que envolvem este movimento.

O restabelecimento dos laços sociais constituídos por indivíduos egressos de instituições asilares, e atualmente moradores do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de Caxias do Sul – RS.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Compreender a constituição dos laços sociais dos indivíduos em sofrimento psíquico moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) de Caxias do Sul – RS.

3.2 Objetivos específicos

Conhecer a estrutura dos laços sociais no processo de viver e no cotidiano dos moradores do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de Caxias do Sul – RS.

Identificar a rede de relações e os laços sociais dos moradores dos Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de Caxias do Sul – RS.

Conhecer o sistema de trocas (dádivas) e os mecanismos de solidariedade que fortalecem ou fragilizam os laços sociais, que permeiam a vida dos moradores deste lugar.

4 Referencial teórico

4.1 Laços Sociais: da Psicanálise às Ciências Sociais um diálogo possível

Busco alicerçar a discussão sobre os laços sociais, as trocas entre o sujeito e o outro, e sua origem, no referencial psicanalítico, visando articular as compreensões da Sociologia com a Psicanálise, como um diálogo possível no sentido de compreender e ampliar a percepção, no aparente hiato que possa existir entre o individual e o coletivo, visto que são entes indissociáveis e interligados, sendo includentes e não excludentes.

Desta maneira, percebo as dimensões micro e macro **psicossociais**, a partir de um *self* individual, para um *self* comunitário, considerando que as pessoas em sofrimento mental fazem parte de uma trama social. A fim de embasar a discussão teórica do tema proposto, busco apoio em autores clássicos como Marcel Mauss (2003, 2008) e no arcabouço teórico-científico de autores integrantes do Movimento Antiutilitarista das Ciências Sociais.

A criação da Psicanálise por Sigmund Freud é comparada às contribuições produzidas por Karl Marx em termos de seus impactos históricos e sociais. A psicanálise é uma teoria, uma prática enquanto profissão ou ainda a um método de investigação (HERMANN, 1984, p. 34-35).

- **Teoria:** enquanto teoria, a psicanálise caracteriza-se por um conjunto de conhecimentos sobre a forma organização da vida psíquica do indivíduo;
- **Método de investigação:** enquanto método de investigação, busca a compreensão daquilo que é manifesto através de símbolos, da linguagem ou das produções imaginárias, como os delírios, o simbolismo dos sonhos e as associações livres;

- **Prática profissional:** tem por objetivo a cura ou então se refere à forma de tratamento através da análise que pretende conduzir o indivíduo ao autoconhecimento.

Segundo Hermann (1984), para que se compreenda de fato a Psicanálise faz-se necessário que se recorra à trajetória de vida de Freud e seus escritos, mas isso só não basta. Assim compreender a Psicanálise significa vivenciar as experiências psicanalíticas no campo pessoal, tanto paciente quanto o psicanalista. Freud utilizou no início de suas práticas, a técnica de hipnose que tão logo abandonou para utilizar e aprimorar o método catártico (tratamento que possibilita a liberação de afetos e emoções que porventura estejam ligadas a algum acontecimento traumático que não puderam ser expressos no ato da vivência desagradável ou então dolorosa) no tratamento de seus pacientes.

Freud (1972) desenvolve ainda duas teorias sobre a estrutura do aparelho psíquico, primeiramente em 1900 no livro *A interpretação dos sonhos* onde revela três instâncias da estrutura do aparelho psíquico:

- O **inconsciente**: parte mais profunda da mente humana, onde se localizam os desejos, impulsos e demais processos psíquicos que escapam à consciência por estarem reprimidos ou censurados;
- O **pré-consciente**: é aquela estrutura do aparelho psíquico que pode ser acessada através da consciência. Não está na consciência neste momento, mas pode ser acessada.
- O **consciente**: é a estrutura do aparelho psíquico que recebe simultaneamente as informações do mundo externo como as informações do mundo interno. Evidencia-se a percepção do mundo externo neste sistema.

Ainda segundo Hermann (1984), Freud, de 1920 a 1923 introduz os conceitos de id, ego e superego referindo-se a outros três sistemas da personalidade humana, a saber:

- O **id**: constitui-se num reservatório de energia psíquica. É regido pelo princípio primitivo do prazer.

- O **ego**: realiza os equilíbrio entre as exigências da realidade da vida e as demandas do superego. Tenta contemplar os interesses do indivíduo. É regido pelo princípio de realidade.
- O **superego**: origina-se a partir da internalização de proibições autoridades e limites. Atua como um juiz. As exigências sociais e culturais referem-se ao superego.

O objetivo da clínica psicanalítica, ou seja, da análise, refere-se ao fato de buscar o foco originário do sintoma, isto é agregar os conteúdos inconscientes na consciência, com o intuito de remoção dos sintomas ou então de autodescobrimento. O método que permite o acesso ao inconsciente de cada pessoa refere-se à interpretação dos conteúdos oníricos, das associações livres e dos atos falhos. Assim, cada símbolo, cada palavra tem um significado particular para cada pessoa. Muito embora associemos a imagem do paciente deitado em um divã fazendo análise, Hermann (1984) afirma que a psicanálise tem se esforçado para contribuir junto aos fenômenos sociais, nos mostrando que a todo instante temos a possibilidade da dissociação dos vínculos sociais.

Para Rosa (2004) a psicanálise tem sua forma particular de compreender os fenômenos sociais, chamada de psicanálise extramuros, que procura contemplar o sujeito enredado nas tramas sociais e não exclusivamente no individual, ligado a uma condição de tratamento psicanalítico. A autora ainda elucida que apesar da psicanálise ser uma teoria e técnica de tratamento, Freud (1972b, 1972c; 1980) faz uso frequente de fenômenos coletivos a fim de compreender os fenômenos individuais, além de afirmar textualmente que a psicologia individual também é, ao mesmo tempo, social.

No entanto, quando se reduz as condutas anormais ao plano individual, estas assumem um nível inferior, diferente do que quando se expressam no coletivo. A redução do social ao patológico por meio da psicopatologia exclusivamente, como pretendem alguns, seria ilusório, e implicaria em conceber que cada sociedade teria as suas formas preferidas de distúrbios mentais, e que o normal se definiria em função de uma ordem coletiva que a própria exceção não deixaria indiferente (LÉVI-STRAUSS; 2007 p. 16).

Martins (2009) esclarece que cada pessoa é constituída de uma unidade inteligente a qual denomina “eu”, que se constrói a partir da interação com outras instituições, as quais denomina “outros”. O “eu” se refere a diversas redes que o constituem, e configuram-se no *self* individual, assim pode haver um *self* individual, de uma pessoa, de uma instituição, de uma nação, de uma comunidade.

No sentido de evidenciar os estudos de redes sociais, Martins (2009) traz à tona o desafio de se entender o caráter relacional dessas redes no sentido de compreender o mundo intersubjetivo de trocas simbólicas e ou materiais que envolvem as trocas de gestos, gentilezas, afetos, estabelecendo-se um fluxo de funcionamento, e fortalecendo o *ethos* comunitário, sem, contudo fragilizar o *ethos* individual.

Muitos autores (FREUD, 1972b,c; FOULKES, 1975; LACAN, 1978;; AULAGNIER, 1994; KAES, 2003; MAUSS, 2003, 2008) defendem a possível, e até devida articulação entre esses campos do saber, seja a psicanálise e a Sociologia, rompendo com o pragmatismo da dicotomia individual/coletivo. Enriquez (2005) afirma que a psicanálise não é tão somente uma ciência do ser individual, mas sim do ser concebido no social. Assim ela preocupa-se em compreender como se forja o laço social, e desta maneira permitir que o sujeito exista de uma maneira mais autônoma no conjunto social em que está mergulhado (consciente ou inconscientemente).

A fim de compreendermos a teoria antiutilitarista, na qual este referencial teórico encontra-se ancorado, faz-se necessário que compreendamos o utilitarismo. Nas palavras de Matos (2010), o utilitarismo reside na ideia central de que o indivíduo está desvinculado completamente de seus valores morais. Nega-se a discutir a felicidade do ponto de vista qualitativo igualando aquilo que é bom aquilo que é útil.

Segundo Martins (2010) o utilitarismo é a doutrina a qual os sujeitos humanos são regidos pela lógica do egoísmo e do cálculo permanente de quaisquer prazeres ou desprazeres, ou de seus lucros ou ainda prejuízos. Para Caillé (2009), na modernidade, o utilitarismo já não se encaixa em nenhum sistema filosófico em particular ou componente em específico. De tal forma que

para os atuais modernos, o que não tem valor instrumental, já não tem sentido. A crítica ao utilitarismo constitui-se no cerne do Movimento Antiutilitarista das Ciências Sociais (M.A.U.S.S.), que foi fundado na França em 1981. A crítica antiutilitarista tem dois momentos diferentes a saber: uma crítica difusa, que surge nos anos 80, e a crítica intitulada de propositiva, que pretende colocar o dom como um paradigma alternativo antiutilitarista no campo das Ciências Sociais.

Em termos sociológicos, levando-se em consideração que o antiutilitarismo tem ascendência sobre o ser útil, e abarca sua funcionalidade, o que importa primordialmente, mesmo antes de produzir bens ou até mesmo filhos, é a produção dos laços sociais. Assim, o laço passa a ser mais importante que o próprio bem, é o que afirma o dom (CAILLÉ, 2009).

Caillé (2009) ainda nos explica que “antiutilitarismo” não significa sem utilidade, gratuito, ou inútil no sentido de não ter motivos; outrossim, o que importa é a aliança selada pelo dom, significando o que permite neste sentido, a passagem da guerra à paz, ou o contrário. O autor afirma que ninguém pode ter acesso a essa utilidade, caso não seja capaz de sair do registro do utilitário, concluindo que o laço deve ser desejado por ele mesmo e não pelo bem.

Caillé (2009) define, numa perspectiva sociológica, o dom de maneira a se entender que toda prestação de serviços ou de bens, ocorre sem uma intenção de retribuição, mas sim com a intenção de manter ou criar e ou reconstituir o vínculo social.

Marcel Mauss (1924) tem em sua obra fundamental “Ensaio sobre o dom, forma e razão da troca nas sociedades arcaicas”, publicado pela primeira vez em 1924, o estudo da teoria da dádiva ou dom. Os estudos etnográficos de Marcel Mauss (1974) analisam as trocas sociais sobre os habitantes da Polinésia (ilhas do Havaí); Melanésia (do grego “ilhas dos negros”), uma região do oeste do Oceano Pacífico à nordeste da Austrália, que inclui os territórios das ilhas Molucas, Nova Guiné, Salomão, Vanuatu, Nova Caledônia e Fiji; a Papuásia refere-se à ilha da Nova Guiné e, oficialmente, pertence à Indonésia; Maoris da Nova Zelândia; além de habitantes do noroeste americano.

Numa sociedade onde não existia o sistema financeiro, Fontes (2008) elucida que as trocas estudadas por Mauss, se davam em um sistema complexo de prestações e contraprestações, através primordialmente da troca de presentes. O argumento central desta obra diz respeito aos aspectos de aliança que a dádiva produz, tantos as matrimoniais como as políticas, religiosas jurídicas e diplomáticas. A Dádiva ou dom inclui não somente a troca de presentes, mas as visitas, festas, comunhões, esmolas. Tão próximo da ideia de altruísmo, o ato de dar, para Mauss, não é um ato desinteressado, pois não existe a dádiva sem a expectativa de retribuição (LANNA, 2000).

Segundo Martins (2005) uma das contribuições fundamentais da obra de Mauss diz respeito ao fato de que o valor das coisas não pode ser maior do que o valor das relações e que o simbolismo é primordial para a vida social.

O autor destaca a origem do estudo sobre o dom com Marcel Mauss (1924), que evidencia a existência de uma certa universalidade, nas trocas sociais, desde as sociedades mais arcaicas, dom este que parece perpetuar-se até os dias de hoje no sentido de parecer estar implícito no ato de dar algo, uma obrigação intrínseca de retornar o ato, o que denomina *“a tríplice obrigação de dar, receber e retribuir”*.

O Movimento antiutilitarista das Ciências Sociais, o M.A.U.S.S., foi fundado na França em 1981 com o objetivo de fazer de uma forma sistemática a crítica pela perspectiva antiutilitarista nas ciências sociais. Esse movimento assim é denominado por duas razões, uma de homenagear Marcel Mauss que inspira o movimento, e outra razão pelo fato de ser notória a crítica que o movimento faz ao utilitarismo econômico e metodológico de maneira sistemática (MARTINS, 2005).

Martins (2009) esclarece que a sociedade se alicerça na ambivalência da reciprocidade (dar, receber e retribuir) existindo o interesse mas também o desinteresse, contrato e também o vínculo, o pago mas também o gratuito. Para os antiutilitaristas, o paradigma do dom existe não somente para as sociedades tradicionais, mas também para as modernas, e este fenômeno paradoxal é a razão do vínculo social. Pela lógica utilitarista, fundam-se empresas comerciais mas não se estabelece o vínculo social.

O fato de existir desde as sociedades antigas a obrigação do dar, receber e retribuir, parece perpetuá-la até às sociedades contemporâneas, fortalecendo o vínculo e o laço social entre os indivíduos e consequentemente os laços sociais da coletividade, ou seja, do *ethos* comunitário. Pensando num sentido mais amplo que o individualista (self individual), muito embora o dom seja praticado por indivíduos, por pessoas, ele diz respeito a um conjunto todo de dimensões que repercute no tecido social (self comunitário) (MARTINS, 2010).

Segundo Poli (2005) a relação entre o social e o individual é sempre tensa, se por um lado a psicanálise fechou-se em torno do indivíduo em contraposição ao sujeito biológico, chegamos num momento que o mais recomendável é compreender o sujeito em suas dimensões biológicas, sociais e psicológica. Para o autor, essa relação entre o individual e o coletivo é sempre tensa. O fruto desta discussão refere-se a um sujeito psicossocial, com as duas esferas indissociáveis, o psíquico e o coletivo.

4.2 Trocas relacionais numa perspectiva sócio-antropológica: a teoria da dádiva

Entre alguns autores clássicos, como Mauss (2008) e Simmel (1986) há uma preocupação de compreender a sociedade a partir de uma perspectiva relacional. Conceitos como a dádiva e o dom, revelam uma sensibilidade para a importância de práticas cotidianas como o amor e a intimidade, também a rivalidade e a competição. Segundo Martins (2009), estes são conceitos fundamentais para que se compreenda a estruturação dos relacionamentos da vida.

As compreensões acerca do fenômeno do dom e da dívida, se inserem no contexto do Movimento Anti-utilitarista nas Ciências Sociais ou M.A.U.S.S., sendo um movimento que surge na França, através do antropólogo Allain Caillé, com forte inspiração em Marcel Mauss, sobretudo em sua célebre obra intitulada “Ensaio sobre a dádiva – forma e razão de troca nas sociedades arcaicas” (MAUSS, 2008), também conhecida como “Ensaio sobre o dom”, a

qual tem sua primeira publicação em 1924, que trata dos métodos de trocas nas sociedades ditas primitivas ou arcaicas (MARTINS, 2009).

Nesta perspectiva anti-utilitarista:

Mauss reconhece a presença do sistema da dádiva nos interstícios das trocas sociais, entendendo, igualmente, que as bases das trocas sociais não são apenas de caráter material ou econômico, mas sobretudo simbólicas, isto é, não redutíveis apenas aos aspectos materiais, ou aos valores utilitaristas, baseados nos cálculos, necessidades e preferências (Martins, 2008, p.37).

Esta importante obra de Mauss é reconhecida por ser o primeiro tratado, de caráter etnológico e sócio-antropológico a abordar o intercâmbio, as relações de reciprocidade, sobretudo a origem antropológica do contrato nas relações que envolvem o homem (BOURDIEU, 1996).

Par Lanna (2000), a ideia central do ensaio é a aliança, tanto que o argumento central é baseado na dádiva que produz alianças matrimoniais, políticas, religiosas, econômicas, jurídicas e diplomáticas. Mauss (1924) definia a dádiva de modo ampliado, não só os presentes mas também as visitas, festas, heranças. Não existe a dádiva sem uma expectativa de retribuição, assim a dádiva é um ato espontâneo e obrigatório ao mesmo tempo.

Mauss utiliza os dados das pesquisas etnográficas de Malinowski sobre o *kula* nas ilhas de Trobriand (os participantes do Kula viajavam centenas de quilômetros transportando colares em sentido horário e em sentido anti-horário transportavam braceletes, quando então se encontravam, trocavam colares por braceletes e vice-versa, mas de maneira obrigatória, embora aparentemente voluntária). O autor também analisa o *potlatch* (consiste num festejo quando o homenageado renuncia a todos os bens que tenha acumulado e doa a seus parentes e amigos, ou simplesmente os destrói, a expectativa do homenageado é também receber presentes de seus amigos e parentes quando for o potlach deles, existente entre os índios americanos e alguns povos da Polinésia mostrando a troca de presentes nestas sociedades. Mauss, em suas conclusões, sugere que as sociedades industrializadas poderiam beneficiar-se de alguma forma ao compreender a trilogia dar-receber e retribuir que fundamenta este sistema de trocas (HYDE, 2010).

O sustentáculo teórico da teoria da dávida baseia-se na compreensão de que, no ato de doar algum objeto ou um presente a pessoa que recebe, ou seja, o receptor fica em si com a obrigação de retribuir a oferta do primeiro. O que sustenta esta relação de trocas é justamente a obrigação da reciprocidade e não o valor do bem em si. O resultado destes intercâmbios entre os indivíduos ou seus grupos, se constitui nas primeiras formas de economia e solidariedade social que une os agrupamentos humanos. Assim, as doações que tem em si uma força de reciprocidade, fortalecem as alianças, promovem o auxílio entre os indivíduos e a assistência mútua (MAUSS, 2008).

Caillé (2009), ao descrever a rede relacional entre as pessoas, diz que essa rede de relações, de trocas e de tramas que enlaçam os indivíduos em suas transações, pode ser definida como um conjunto de pessoas capazes de manter relações de pessoas a pessoas, de camaradagem ou então de amizades, e esta trama permitirá conservar e esperar fidelidade ou confiança. Por outro lado, nesta rede de relações os indivíduos também se enlaçam pelas disputas, pelas tramas, complôs e traições.

A teoria das reciprocidades não-simétricas ou Teoria da Dádiva, ou ainda Teoria do Dom, proposta por Mauss (2008) expõe uma obrigação social coletiva de trocas, que se superpõe as diferenças individuais. Segundo Martins (2009), Mauss (2008) supera conceitualmente Durkheim por reconhecer que *“as diferenças individuais contém em si o germe da totalidade”*, é por esta mesma razão, que essas partes contém igualmente o germen da autonomia e da liberdade (MARTINS, 2008, p. 36).

A dádiva, ou seja, o reconhecimento de uma obrigação de cunho social, se impõe nas relações concretas entre os indivíduos e obedece a uma certa determinação passível, que pode ser modificada no transcurso da troca de bens entre os indivíduos. Esta compreensão permitiu a Mauss (1980) reconhecer o campo das trocas e perceber o caráter paradoxal das práticas sociais, especialmente, naquelas que envolvem a doação de presentes, pelo caráter inerente de conter em si a obrigatoriedade da reciprocidade, ou seja da retribuição de outros presentes (MAUSS, 1980).

À guisa de entendimento da coisa dada, Mauss (2008) explica que esta contém em si o seu *mana* (considerado como uma força fluídica que envolve todas as coisas no universo), e que este *mana* pode ser destrutivo no caso da obrigação da retribuição não ser observada, sendo inclusive mortal. O *mana* portanto, tem um sentido amplo, definido pelo autor como sendo o verbo, o substantivo e o adjetivo (MAUSS, 2008).

O caráter negativo relacionado a não retribuição da dádiva, incorpora um novo elemento a esta tese, pois se não houver devolução, algo de terrível poderá ocorrer com este transgressor. Nos contos populares, as pessoas que tentam deter e se apossar de alguma doação são punidas com a morte, e no caso de alguns povos tribais, com castigos como tempestades (HYDE, 2010).

Neste contexto, surge a compreensão de *hau*, propriamente o espírito da coisa dada, não sendo algo estático, mas sim algo que obriga a retribuir o dom oferecido, ou seja, um contradom. Quando se doa algo a outro entrega-se uma parte da própria alma do doador. Logo, o contradom é forçado pelo *hau*. Ocorre quando uma pessoa presenteia outra com algum objeto - descartando qualquer lógica de mercado neste processo - e ela dá este objeto a uma terceira pessoa, que passado algum tempo retorna o presente ao primeiro. O *hau* que habita o objeto doado o motiva a ser retribuído, sendo este uma força inata que habita o presente ofertado. Aceitar alguma coisa de alguém significa aceitar uma parcela de sua alma, visto que o presente vem através de uma força não só física, mas moral e espiritual por parte de quem doa (MAUSS, 2008).

Uma forma de manter a dádiva em movimento é consumi-la, sendo o alimento a forma mais comum de doação entre os povos. Mesmo quando o presente trata de algo que é um bem durável, é comum se fazer referência a esta dádiva como algo que pode ser comido. Nos rituais das ilhas de Trobriand, que formam um arquipélago ao longo da costa oriental da Nova Guiné, quando seus nativos se presenteavam com colares de concha e pulseiras, era uma espécie de contrato, os presentes eram atirados no chão e era dito que se tratava de uma comida, mas a mesma não poderia ser comida (HYDE, 2010).

A diferença fundamental neste tipo de transação, mediada por objetos na sociedade ocidental industrial, é que nas compras e vendas não há emoção, não há envolvimento, nem o contato que ocorre numa troca de presentes (HYDE, 2010). Neste contato compreende-se que as trocas são rituais, pois que as vezes como no caso exposto é necessário que estes elos se rompam, uma vez que nem todos os elos são harmônicos e saudáveis.

A este cerimonial de troca de presentes, próprios das ilhas Trobriand, dá-se o nome de *Kula*, sendo que Malinowski (1976) refere-se a estes objetos como “doações cerimoniais”, pois a função exercida pelos objetos doados extrapola seu uso prático. A presença destes presentes na casa de um o homem o torna capaz de atrair muito prestígio, de contar como o recebeu e planejar como e para quem vai doá-lo, sendo para os membros das tribos um dos assuntos prediletos em seu cotidiano (MAUSS, 2008). Malinowski (1976) observou que estes objetos estão sempre circulando pelas ilhas dos arquipélagos dos Massins, como apresentado graficamente na figura abaixo:

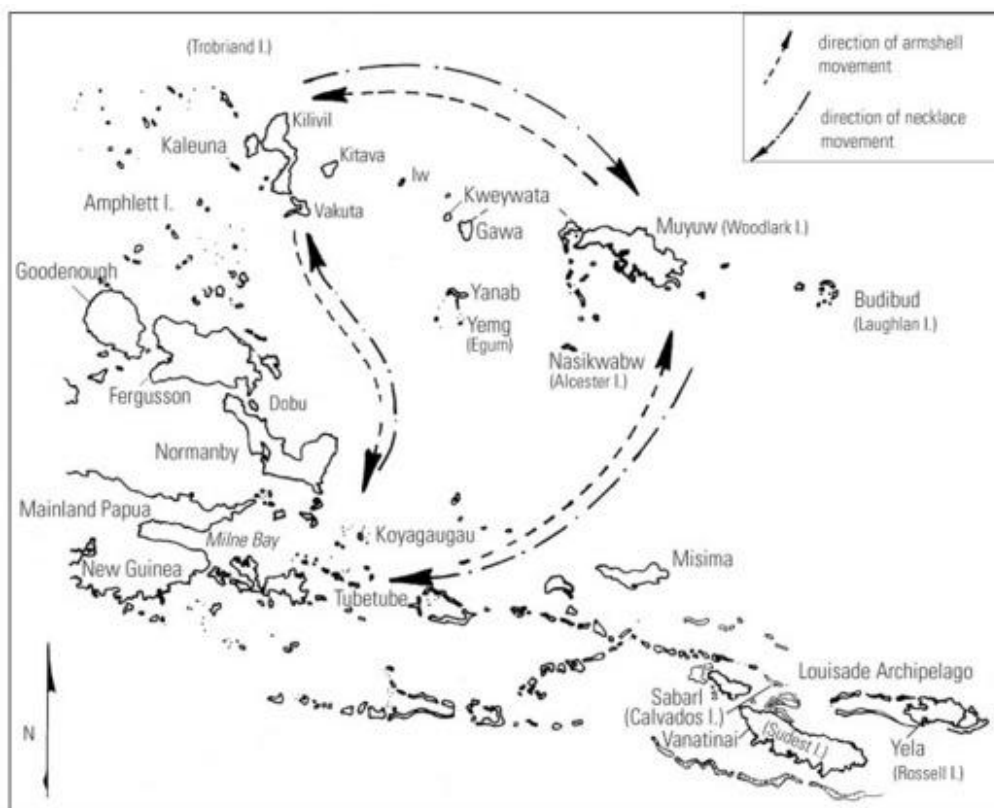


Figura 3: Circulação do Kula nas ilhas dos Massins.

Fonte: DAMON, 2002.

Os presentes nunca param de circular, sendo que os braceletes circulam no sentido anti-horário (chamados de “*Mwali*”), e os colares circulam no sentido horário (chamados “*Soulava*”), de maneira não muito lenta (no máximo um ou dois anos) para que sua reputação não seja interpretada como “lenta” ou “pouco amistosa”. Hyde (2010) assinala que o sentido de posse no *kula* apresenta uma relação “econômica” bastante especial; o código social estabelece que a posse de algo torna o indivíduo importante, e que a riqueza é atributo indispensável para deter status social ou até mesmo condição de virtude pessoal. Para estes nativos das ilhas na Nova Zelândia, possuir é doar. Hyde (2010) enfatiza que numa compreensão totalmente antiutilitarista, espera-se que o homem que possui algo, possa compartilhar de alguma forma com o outro, sendo responsável por aquilo que é doado e pelo processo de doação.

Partindo deste princípio antiutilitarista, de que a doação pode estabelecer uma relação afetiva, no mínimo entre duas pessoas, e que a não existência destas conexões são típicas das relações de mercado, Lévi-Strauss (1969) exemplifica a formação de laços sociais num acontecimento típico em alguns restaurantes no sul da França, quando pessoas desconhecidas sentam-se em uma longa mesa, encontrando a sua frente uma garrafa de vinho. Logo cada comensal serve a taça de vinho da pessoa sentada a seu lado, o que os obriga a trocarem cordialidades. A proximidade espacial propicia trocas sociais, motivadas pela troca destas dádivas. Lévi-Strauss (1969) elucida ainda um detalhe importante, que é o fato dos franceses terem por costume ignorar as pessoas que não conhecem, o que não ocorre nestes pequenos restaurantes sulinos da França.

Dentro desta perspectiva de doações no sentido de formarem laços sociais, exemplos outros são assinalados por Hyde (2010), como os fatos triviais de se oferecer simplesmente uma bala à pessoa sentada ao lado no ônibus, a troca de palavras e diálogos informais entre pessoas que não se conhecem nas viagens de trem ou avião, enfatizando que estes pequenos gestos estabelecem os laços mais simples do relacionamento social, mas estes modelos podem ser estendidos às mais complexas uniões.

Na Nova Caledônia – arquipélago pertencente à Oceania situado na Melanésia - o namoro costuma ser iniciado quando o rapaz questiona se a moça aceitaria presentes que pode lhe oferecer. A resposta afirmativa pode indicar o início de um relacionamento afetivo que se completa nas núpcias do casal. Na situação oposta, ou seja, quando a moça já está comprometida, sua resposta invariavelmente tende a ser de que já aceitou os presentes de outro rapaz (MAUSS, 2008).

Presentes costumam sempre ser a primeira etapa dos relacionamentos rompidos (ou então o desencadear de uma ruptura). Assumem a função de selar a paz entre as nações, ou ainda podem reconstituir laços afetivo-sociais entre as pessoas. As doações também nos (re)conectam ao subjetivo, no sentido do sagrado, de Deus, como no caso das oferendas e sacrifícios que podem ligar os homens ao mundo espiritual. Doações de órgãos são outros exemplos patentes da formação de laços afetivos.

Doações pressupõem relacionamento. Se os laços afetivos forem reconhecidos por ambos os lados, como o móvel da doação, tanto o doador quanto o receptor cuidarão de estruturar a transação de modo a não prejudicar a afeição mútua [...] todavia quando quem dá algo ou recebe começa a tratar do que é dado em termos de dívida, tal coisa deixa de ser uma doação, e embora muitos nesta situação se sintam magoados com o pouco afeto revelado, os laços afetivos [...] evaporam-se instantaneamente. (HYDE, 2010, p.122-123).

Destaca ainda Hyde (2010) que os laços estabelecidos por doações podem manter algumas identidades e podem limitar a liberdade de movimento do indivíduo, basta se pensar no jovem que pretende sair de casa, logo precisa deixar de aceitar as doações dos pais, para que então viva de maneira independente, pois as doações mantêm os laços entre pais e filhos.

Ficamos conectados à dádiva até que este processo chegue ao fim (deixar de receber as doações dos pais), sendo que os laços os quais nos permitimos submeter de boa-vontade se afrouxam com a maturação desta dádiva, e este processo é revelado quando somos capazes de fazer doações. (SIMMEL, 1950).

Sobre as trocas relacionais entre os indivíduos no campo social, Martins (2009) afirma que tudo na sociedade torna-se importante a fim de

esclarecer suas origens e sua própria dinâmica de funcionamento, sendo de uma **relevância particular aqueles fatos que geralmente são considerados banais, irrisórios e sem importância, como os gestos, os risos, os rituais, as falas, as danças, além naturalmente dos bens e dos serviços de saúde**⁸.

A centralidade da Teoria da Dádiva, desenvolvida por Mauss (2008), tem por base a tríplice obrigação do dar, receber e retribuir, nos sistemas das sociedades arcaicas numa perspectiva que envolve o indivíduo, o seu grupo e sua comunidade, não obedecendo a uma linearidade nesta ordem, mas como círculos que se encontram e desencontram rotineiramente, como se perpassando, emergindo desta forma os estudos que privilegiam e buscam compreender as redes relacionais numa perspectiva social. O Movimento Antiutilitarista nas Ciências Sociais no Brasil, tem contado com os estudos do sociólogo Paulo Henrique Martins, que tem buscado compreender as redes de saúde, a partir das concepções antiutilitaristas provenientes da escola francesa (FONTES, 2008).

Neste emaranhado de trocas, envolvem-se os indivíduos desde as civilizações mais antigas e longínquas, e continuam a formar vínculos e laços entre si e no meio social em que se encontram envolvidos, havendo encontros e desencontros, conflitos, interesses, afetos e guerras, impelido-nos a compreender as tramas formadas por laços no meio social, que passam a constituir as redes sociais.

Para Martins (2009), na nossa sociedade onde predomina o mercado e o Estado, ainda sobrevivem de certa forma, outros tipos de trocas que são exclusivas nas sociedades tradicionais. Nas sociedades arcaicas prevalece a força do coletivo, que faz o indivíduo desaparecer. Na nossa, prevalece o individualismo, o utilitarismo e o interesse.

Em minhas concepções, as quais me aproximaram da Enfermagem Psiquiátrica, e, por conseguinte do indivíduo em sofrimento psíquico deu-se primordialmente pelo fato de considerar, realmente no mais profundo, sincero e

⁸ Grifos do autor.

amplo sentido que a palavra “presente” possa assumir, quando em relacionamento terapêutico acolhia as histórias de vidas dessas pessoas, suas angústias, mágoas, alegrias e imensas fortalezas; como realmente um presente, uma preciosidade, uma pérola íntima que no meu entendimento, simboliza a “coisa” mais valiosa e respeitável que uma pessoa pode oferecer a outra.

Relacionando as forças que envolvem o ato de presentear entre as pessoas, em especial aquelas que moram nos Serviços Residenciais Terapêuticos, reflete-se sobre o poder contratual destas trocas, tanto entre os próprios moradores, quanto entre os moradores e a equipe de profissionais. Assim pode-se afirmar que as dádivas estabelecem contratos terapêuticos entre as pessoas.

O fato de ser um serviço em movimento, ou seja, guarda características de uma casa, com acompanhamento de uma equipe de profissionais, permite que trocas aparentemente triviais, como auxílios mútuos nas tarefas domésticas, ou em dificuldades com os cuidados pessoais entre si, saídas à rua, visitas aos familiares que estão não somente geograficamente distantes, mas sim afetivamente distanciados, ocorram e sejam potencializadoras dos laços sociais.

A imersão nas atividades da comunidade, como as idas aos cultos e missas nas igrejas, o ato de fazer uma refeição no restaurante da esquina, ou ter a possibilidade de ir ao supermercado e comprar o que sentir vontade, sem a preocupação de preço ou quantidade ou marca mais popular, os passeios aos parques, a possibilidade de aprender a ler e a escrever, ou simplesmente o fato de abrir a porta e poder sair para a rua sabendo que tem um lugar para voltar que lhe oferece continência, e estarem intimamente interligados pelas trocas que envolvem o seu cotidiano, são situações nos SRT que possibilitam (re) construir laços sociais.

4.3 Laços sociais formando redes sociais

Buscando romper com o modelo teórico imposto na grande área do conhecimento da saúde, que compreende o corpo como ente fragmentado,

uma visão do ser humano compartimentalizado em órgãos, que Foucault (2004) denomina de concepção anátomo-clínica, Martins (2004) avança propondo uma reavaliação desta visão abrangendo aspectos políticos, ambientais e sociais.

Partindo de uma compreensão mais expandida acerca da constituição do sujeito no mundo, e rompendo com um pragmatismo exclusivamente individualista. Sluzki (1997) afirma que as fronteiras de um indivíduo não estão circunscritas e ou delimitadas por sua pele, incluindo todo o resto no qual o sujeito interage, como a família e o próprio meio que se encontra mergulhado. Acrescenta ainda que as fronteiras do indivíduo não se limitam ao sistema significativo compreendido pela família nuclear ou expandida, mas refere que os limites do indivíduo incluem toda a rede de vínculos de relações interpessoais na qual ele encontra-se envolvido.

Martins (2010) destaca a transição dos movimentos sociais que envolvem a sociedade moderna, que envolve o reconhecimento da presença de novos modelos de sistemas dinâmicos que abarcam a sociedade contemporânea, denominados redes sociais, os quais funcionam dinamicamente mediando conflitos, interesses, e acordos entre indivíduos e agrupamentos minoritários. Esta nova concepção de análise permite superar o paradigma holístico, que valoriza o total e descuida do individual, bem como supera o paradigma individualista, que por sua vez valoriza o individual deixando de lado a totalidade social (MARTINS, 2010).

A rede na concepção de Mercklé (2004, p.3):

Trata-se de um conjunto de métodos, modelos e teorias utilizados pela sociologia e outras disciplinas que tomam por objetos de estudo não os atributos dos indivíduos (idade, profissão etc.), mas as relações entre indivíduos e os elementos que essas relações oferecem para descrição como as regularidades das trocas, a formação e a transformação do sistema de relação, seus efeitos sobre os comportamentos individuais.

Segundo Castells (2007), a rede é uma interconexão de nós que se comunicam entre si, devido a sua maleabilidade e flexibilidade que se expandem de maneira ilimitada desde que compartilhem os mesmos objetivos. Assim a rede passa a ser um sistema aberto, apto à inovação e sem ameaças

a sua dinâmica. O termo rede social remete a um conjunto de indivíduos em uma população, e suas interconexões. Cada indivíduo está conectado a outros indivíduos, e estes por sua vez a outros ainda num crescente ilimitado.

Martins (2007) classifica as teorias vigentes que tem se preocupado em explicar o complexo sistema das redes sociais, a saber:

- Cibernética: disciplina que se ocupa da comunicação de informações, seres vivos e máquinas, por exemplo, as redes rodoviárias.
- Teoria dos sistemas: disciplina que se ocupa de estudar as disposições das partes de um todo, que possuem uma coordenação entre si e funcionam como um conjunto, por exemplo, sistemas de classes sociais na Índia.
- Teorias interacionistas: envolvem disciplinas que se ocupam mais de estudar as relações entre as pessoas, que propriamente as pessoas envolvidas, como por exemplo, as redes de afetos.

Fontes (2004) explica que a discussão central a respeito das redes é de recombinação, criação, ou reconstrução das vinculações das pessoas a seus grupos, e agrupamentos sociais através das relações interpessoais por intermédio de seus vínculos dispostos no cotidiano. Em outras palavras, sobre os laços estabelecidos nas suas construções diárias no meio social, ao qual o indivíduo está submerso. Nesta conjuntura de tramas relacionais, Fontes (2004, p. 125) ainda conceitua *relés sociais*, que podem ser definidos como propulsores dos indivíduos a **novas redes** sendo o que ele mesmo chama de “*redes de redes*”.

Interligando o conceito de relés⁹ sociais ao de laços proponho uma reflexão sobre como estes mecanismos impelem os indivíduos a buscarem “outras sociabilidades”. Granovetter (1983) é chamado à discussão quando propõe a teorização dos laços fracos, sendo os laços sociais capazes de impulsionarem as pessoas a buscarem novas informações, outras formas de

⁹ Relé: em termos físicos, é um interruptor acionado eletricamente, sendo um dispositivo eletromecânico ou não, com múltiplas aplicações possíveis em comutação de contatos elétricos. Serve, pois, para ligar ou desligar dispositivos. Pode ser normal o relé estar ligado a dois circuitos elétricos. Quando uma corrente originada no primeiro circuito passa pela bobina, um campo eletromagnético é gerado, acionando o relé e isso possibilita o funcionamento do segundo circuito (ELETROBRAS, 2004).

viver por circularem num meio completamente diferente ao seu de origem. Circulando em um meio diferente, tendo que desprender energia interna para dar sustentação a este laço social, visto que é fraco e não faz parte de seu cotidiano, estes laços sociais passam a fazer parte da socialização do sujeito, o conectando a redes de contato diferente daquelas que é acostumado a circular.

Do ponto de vista estrutural da formação das redes sociais, contextualizando os laços sociais, conexões e pontos de encontro, Mercklé (2004) enfatiza que metodologicamente o que é mais importante no estabelecimento das redes não é a forma díade, ou seja, o reconhecimento das estruturas de um ponto A e um ponto B, e sim o reconhecimento de três elementos estruturais, o ponto A, o ponto B e o vínculo que se forma entre eles.

No sentido relacional de intercâmbios e de trocas de dons entre os indivíduos, Simmel (1950) afirma que a socialização só se efetiva realmente quando o fato de coexistir dos indivíduos passa a assumir formas de colaboração, que por sua natureza passam a se sujeitar ao conceito e a natureza da reciprocidade.

Além dos elementos estruturais da composição de uma rede social, Martins (2007) traz como indicadores: a conexividade ou densidade (que se dá pelo nível de interações entre os indivíduos do grupo), o tamanho (através do número de pessoas da rede), a dispersão (que se dá pela distância geográfica entre os membros do grupo), e a homogeneidade demográfica ou sócio-cultural (que pode ser medido ou compreendido pelas variáveis como renda, sexo, idade, etnia).

Caillé (2000) redes sociais compreende como:

o conjunto de pessoas com quem o ato de manter relações de pessoa a pessoa, de amizade ou de camaradagem, permite conservar e esperar confiança e fidelidade. A única coisa que falta a priori a essas análises é reconhecer que essa aliança generalizada em que consistem as redes, tanto hoje como nas sociedades arcaicas, não é criada senão a partir da aposta no dom e na confiança (Caillé, 2000, p.65).

Martins e Fontes (2004), a partir de uma compreensão antiutilitarista, afirmam que o que realmente importa na teoria de rede social, não está ligado

ao que se ganha, ou ainda ao que se perde, materialmente falando. Outrossim o que precisa ser compreendido realmente, no mundo concreto, é o que circula na vida social em benefício do grupo todo, na vida coletiva, aparecendo as vezes como ganhos, outras vezes como perdas. Os autores enfatizam que o que importa é, sobretudo, o simbolismo que envolve estes atos.

Dentro desta complexidade que envolve os processos de trocas nas redes sociais, os sentidos, os elementos que promovem o fluxo de informações, de gentilezas, de compreensões, encontros e desencontros na vida das pessoas, neste emaranhado de subjetividades, faz-se necessário que se compreenda alguns significados embrionários desta rede, que damos sentido baseados no lastro dos laços sociais que envolvem o indivíduo.

Muito embora haja variação das terminologias utilizadas para definir e compreender o vocábulo “rede”, muitas ciências tem se ocupado de estudar as dimensões e funcionalidades das mais específicas redes: como a Antropologia (interação direta e local, redes de identidade primária como vizinhos, parentes amigos e comunidade), a Sociologia (rede a partir de articulações políticas, ideológicas, sociais através de movimentos como ONGs), a Administração (na perspectiva de redes organizacionais), a Geografia (redes urbanas, fluxo de mercadorias transportes, pessoa e capital), a Economia (ideias de rede no consumo, no trabalho e relações de mercado). O fato é que todas as ciências tomam por base o princípio etimológico do termo, ou seja, uma série de fios entrelaçados que formam uma malha, um tecido, com uma série de nós que são pontos de conexões proporcionados pelos fios deste emaranhado que se presta a compor as redes (FONSECA; O'NEILL, 2001).

Castells (2007) refere-se ao fato de a comunicação ser o elemento diferenciador principal, entre as redes materiais e as redes sociais, sendo a comunicação diretamente dependente do estabelecimento dos laços constituídos ou a serem constituídos entre os indivíduos. Segundo o autor, a ideia de rede social está intimamente aderida à ideia de redes identitárias - como a religião, territorial, étnica – e são originárias das necessidades das pessoas de estarem cada vez mais próximas do que lhes possibilita o fortalecimento de laços de identidade.

Estudos escassos (CAPSUL, 2010; REDESUL, 2011; FURTADO; BENEVIDES; ONOCKO CAMPOS; PASSOS, 2005), sobretudo significativos na área da saúde mental tem mostrado pontos a serem observados, relativos à rede e a vínculos dos usuários mergulhados numa teia por vezes pobre de relações. Souza, Kantorski e Mielke (2006) referem-se ao serviço como o principal nó da rede social de apoio a indivíduos usuários de um CAPS ad, tendo em vista o descrédito provocado por inúmeras recaídas.

Considerando a realidade de exclusão social deste indivíduo em sofrimento psíquico, concordo com Castel (1994) quando afirma que os processos de exclusão e desfiliação tem requerido novas e diferentes formas de intervenção. Sendo que esta reclusão à periferia da rede social se dá a todos aqueles indivíduos que se encontram em situação que não lhes permitem trocas sociais, dentro do circuito vivo da vida comunitária, tendo em vista os vértices fragilizados em relação à sociabilidade ou ao trabalho. O mesmo autor ainda denomina quatro zonas, seja pela proximidade ou pelo nível de ruptura social que o indivíduo esteja transitando, as quais denominam:

1. Zona de integração: nesta zona, o indivíduo encontra determinada segurança em seu trabalho;
2. Zona de assistência: nesta zona, o indivíduo figura com alguma inaptidão ao trabalho, embora seja assistido de alguma forma pelo Estado;
3. Zona de vulnerabilidade: o indivíduo nesta zona possui alguma ligação com o mundo do trabalho, todavia, neste nível, possui uma interação social frágil e pobre;
4. Zona de desfiliação: nesta zona o indivíduo se encontra apartado do mundo do trabalho, e sem apoio assistencial ou relacional.

Mângia e Muramoto (2005) afirmam que os indivíduos que se encontram em qualquer uma destas zonas, não estão em uma situação inerte ou estagnada, é necessário que para que se visualize os limites bastante porosos desta zona admitindo-se uma ampla circulação de acordo com os movimentos da vida e da conjuntura sócio econômica. Destacam que a

população portadora de alguma doença mental, geralmente transita entre as zonas de desfiliação e vulnerabilidade.

A respeito da fragilidade e uma quase desvinculação do indivíduo de sua rede social, quando este enfraquece seus vínculos, e por conseguinte, perde o seu laço social com o outro, o estudo CAPSUL (2007) traz em seus resultados na fala dos familiares e usuários dos CAPS, relatos do preconceito que sofrem nas ruas, nos ônibus, no trabalho, e, como sujeitos partícipes e ativos no processo de restabelecimento de seu laço social, sugerem parcerias mais presentes junto à comunidade no sentido de esclarecimento acerca do fenômeno da loucura. Neste importante estudo, a equipe de profissionais é enfática ao também reiterar a importância de se expandir os trabalhos para fora dos serviços e investir no prisma cultural e nas potencialidades subjetivas de cada indivíduo, ajudando desta forma a desconstruir as pré-conceituações construídas socialmente no decorrer do tempo em relação ao louco, e possibilitando a ele que reconstrua seu laço social junto ao meio comunitário em que se encontra submerso.

5 Metodologia

5.1 Caracterização do estudo

A presente dissertação de mestrado consiste num recorte da pesquisa Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial – REDESUL¹⁰. Este estudo refere-se a etapa qualitativa do referido estudo, sendo privilegiado o estudo de caso do município de Caxias do Sul – RS. Este estudo tem uma abordagem metodológica qualitativa, descritiva e analítica, caracterizando-se por ser um estudo de caso.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso caracterizado como observacional, que segundo Triviños (2008) utiliza-se prioritariamente da observação participante como técnica de coleta de dados.

O caráter descritivo deste estudo justifica-se por pretender pesquisar com exatidão e em profundidade, os fatos e os fenômenos de uma realidade

¹⁰ A pesquisa Redesul constitui-se de um estudo qualitativo e quantitativo. O Estudo de Avaliação Quantitativa com uma abordagem epidemiológica avaliou a composição e qualidade das redes de atenção psicossocial da Região Sul do Brasil/RS através de um estudo descritivo para caracterizar a estrutura e processo de estruturação das redes de atenção em saúde mental; e de um estudo transversal para avaliar a autonomia dos usuários das redes de serviços em saúde mental. Englobou cinco municípios Rio Grande do Sul (Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Porto Alegre, Viamão), 39 serviços (6 CAPS e 33 SRT"s), 14 coordenadores de CAPS (6) e SRT (8), 209 cuidadores/trabalhadores e 392 usuários de SRT e CAPS. O Estudo de Avaliação Qualitativa de experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial através da avaliação de quarta geração, construtivista e responsiva de Egon Guba e Yvona Lincoln e da metodologia de análise de redes do cotidiano de Paulo Henrique Martins a partir de moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos e os grupos de interesse (cuidadores/trabalhadores do SRT, moradores do SRT e gestores da rede de atenção em saúde mental) que vão se configurando através do fluxo estabelecido na rede de atenção psicossocial. Nesta etapa, realizaram-se dois estudos de caso (em Alegrete e Caxias do Sul) identificados como experiências com maior potencial de inovação de rede de atenção psicossocial. Para tanto foram realizadas observações participantes, entrevistas semi-estruturadas com moradores, cuidadores e gestores e grupo focal com os moradores e gestores (REDESUL, 2011).

específica. Nesta perspectiva o caráter descritivo deste estudo denomina-se estudo de caso, corroborando com Triviños (2008) quando evidencia que este tipo de estudo descreve em profundidade e com riqueza de detalhes a realidade estudada.

Geertz (2008), refere-se ao exercício etnográfico como uma descrição densa. Assim, fazer um exercício etnográfico é como tentar ler algo que é estranho ao pesquisador, como se fora um manuscrito, desbotado, com muitas incoerências, constituído de comentários tendenciosos. O etnógrafo anota o discurso social, e ao fazê-lo ele transforma este acontecimento do passado, que aconteceu apenas em seu momento no qual ocorreu em um relato que pode ser consultado novamente.

Nos achados antropológicos o que importa é sua especificidade complexa, ou seja, sua circunstancialidade. Desta forma, o material que passa a ser produzido em um trabalho de campo quase obsessivo e exaustivo de peneiramento, de caráter qualitativo (mas não necessariamente), altamente participante, é que podem concentrar toda espécie de sensibilidade na atualidade, que possibilita pensar não apenas concretamente sobre eles, sobretudo com eles (GEERTZ, 2008).

Sendo que Triviños (2008, pg 111) destaca a importância do estudo descritivo, no caso em questão do estudo de caso consiste em *“fornecer o conhecimento de uma realidade delimitada que os resultados obtidos podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas”*.

Na concepção de Severino (2007) o estudo de caso refere-se a um caso em particular, considerado representativo de um grupo de casos análogos. Nesta metodologia específica, o caso escolhido para fundamentar uma generalização para situações análogas, sendo descrito em registros rigorosos e qualificados.

Gil (2007) evidencia a característica exaustiva e de aprofundamento típicas do estudo de caso, de maneira que se possa conhecer de forma ampla e detalhada, o que torna este tipo de estudo rico e particular por natureza.

Com base nas observações do antropólogo Florence Kluchon (1946), Gil (2007) traz à tona as principais vantagens relacionadas à observação participante:

- O rápido acesso aos dados relacionados às situações habituais e rotineiras, nas quais os membros do grupo observado estão mergulhados;
- O acesso aos dados que a comunidade considera de natureza privada são possibilitados pela imersão em campo de pesquisa; e
- A possibilidade de apreender palavras que possam acompanhar o comportamento dos observados, sendo desta maneira esclarecedora.

Alguns limites da observação participante são ainda evidenciados por Gil (2007), a saber:

- O pesquisador ao assumir determinados papéis pode sofrer restrições nas informações;
- O pesquisador poderá sofrer limitações na qualidade das informações obtidas, pois sua participação poderá estar diminuída pela desconfiança dos observados.
- A amplitude da experiência poderá estar diminuída, pois o observador tender a assumir um papel dentro do grupo observado.

Como instrumentos para a coleta de dados, foram utilizados um roteiro para a observação-participante e o registro minucioso no diário de campo, além da utilização do ecomapa, que possibilitou mapear os vínculos de cada morador.

O ecomapa constitui-se de um instrumento utilizado largamente pelas enfermeiras canadenses Dr^a Lorraine M. Wright e Dr^a Maureen Leahey, o qual é composto por uma forma gráfica de representação, através de diagramas das relações do indivíduo ou da família com a comunidade, que permite avaliar as redes de apoio entre o indivíduo/ família e a comunidade e a qualidade e ou intensidade dos vínculos das relações. O indivíduo/família é representado por

um círculo no centro, e a rede social em círculos externos. As linhas que interligam os círculos indicam o tipo de relação (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Ainda para as autoras a validade do ecomapa reside no fato deste instrumento causar impacto visual, visto que seu objetivo é representar os relacionamentos, fluxos afetivos, conflitos relacionais, o trânsito dos indivíduos na comunidade, suas provações e as dificuldades da família e, por conseguinte do indivíduo com os sistemas mais ampliados, neste caso a rede. É um mapeamento que delinea pontos de conexões, interfaces que podem ser buscadas na resolução de conflitos no cotidiano. A gravura a seguir é adaptada da obra *“Enfermeiras e Famílias – um guia para avaliação e intervenção na família”*, a qual se propõe a demonstrar a maneira gráfica do ecomapa e as formas de relações e vínculos dos indivíduos de uma família hipotética (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

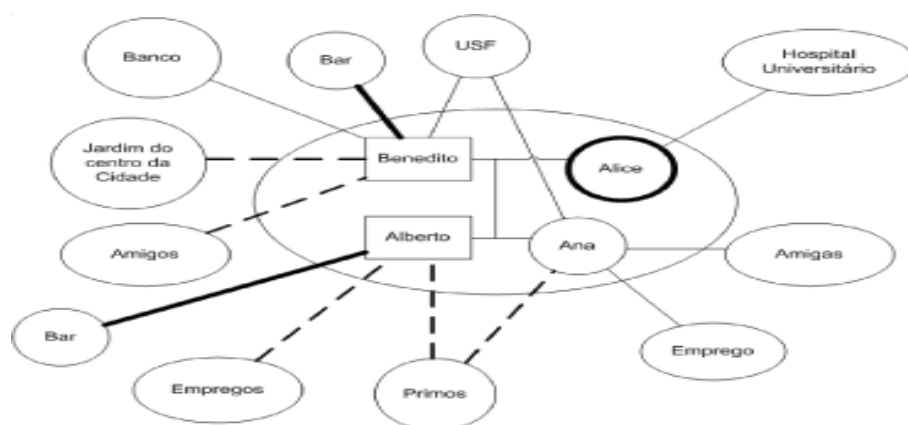
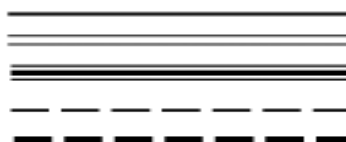


Figura 2 – Ecomapa da família de D. Alice.

Legenda:

Vínculo moderado
Vínculo intenso
Vínculo muito intenso
Vínculo fraco
Vínculo estressante



Adaptado de Wright & Leahey, 2002 ⁽³⁾.

Figura 4 – Exemplo de um ecomapa

Fonte: WRIGHT; LEAHEY, 2002.

Assim os círculos externos representam as pessoas ou as instituições que os indivíduos transitam, a linha desenhada entre o círculo e o membro desta família hipotética representa a natureza do vínculo afetivo existente. As linhas retas indicam vínculos fortes, as linhas pontilhadas representam os vínculos tênues ou fracos e as linhas cortadas representam relações estressantes, sendo que as linhas onduladas expressam ainda vínculos negativos. Setas logo acima das linhas representam o fluxo de energia e os recursos.

5.2 Cenário do estudo

O cenário deste consiste num Serviço Residencial Terapêutico I (SRT) e também por um Serviço Residencial Terapêutico II (SRT) ou Moradia Assistida (MA), localizados no município de Caxias do Sul – RS. A figura 4 mostra a localização do município na serra gaúcha:



Figura 5: localização do município de Caxias do Sul - RS

Fonte: <http://www.answers.com/topic/caxias-do-sul>. Acesso em 12/03/2011.

O município de Caxias do Sul surge numa clareira da mata conhecida como Campo dos Bugres, e recebeu os primeiros imigrantes oriundos da Itália, por volta de 1875. Encontra-se localizado na encosta superior do nordeste do estado do Rio Grande do Sul, contando com uma área de 1643,91 km², uma população de 435.482 habitantes, destes sendo 49,04% correspondente a população masculina e 50,96% a população feminina, a população urbana corresponde a 96,29% e a população rural a 3,71%, ficando distante a 156 Km de Porto Alegre. As temperaturas variam de 2 a 36°C, com uma temperatura média anual de 13°C (IBGE, 2010).

O SRT em Caxias do Sul conta com dois serviços, o SRT I que atende 8 pessoas com um maior grau de autonomia, e o SRT II, atende 11 pessoas que requerem um maior acompanhamento profissional. A coleta dos dados ocorreu durante o mês de maio de 2010.

Conta com uma equipe multiprofissional composta por uma enfermeira, que coordena o serviço, um assistente social, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, uma nutricionista, um musicoterapeuta, um oficineiro, dezesseis técnicos/auxiliares de enfermagem, dois higienizadores e duas cozinheiras.

Em termos arquitetônicos o SRT II localiza-se numa região privilegiada do centro de Caxias do Sul, sendo um prédio nos moldes da arquitetura italiana, com grades cercando todo o seu em torno, contando com interfone, pintado em cores brandas, sendo as aberturas protegidas por grades, um quintal de tamanho mediano e jardim arborizados. Avizinha-se de uma grande escola particular, a duas quadras de dois hiperpermecados, em frente a uma padaria, perto de uma lotérica, hotéis, rodoviária e próximo a muitas lojas. Distanciando-se a cerca de duas quadras da morada assistida, a imagem refere-se a fachada do SRTII.

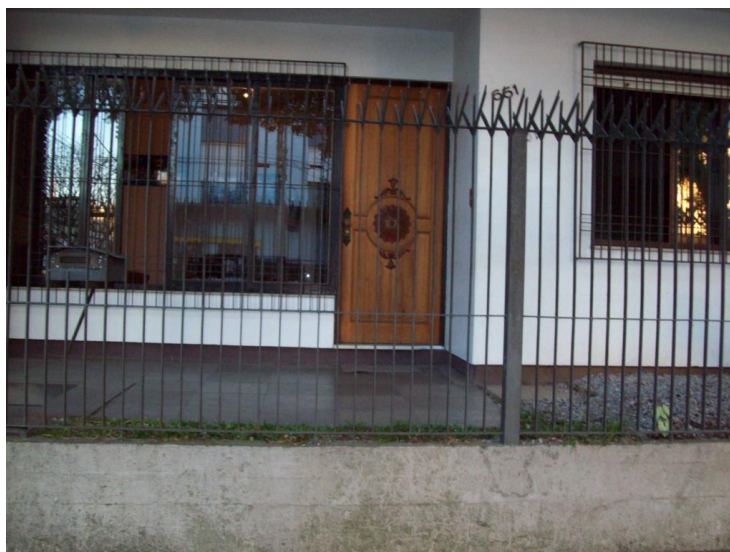


Figura 6: Fachada do SRT II de Caxias do Sul.

Fonte: REDESUL (2011).

Internamente o SRTII conta com uma saleta destinada a recepção e ao setor administrativo da casa, tendo ainda uma área destinada as reuniões de equipe, logo após há uma ampla sala de estar e também destinada às refeições, local onde encontram-se dispostas oito mesas, que suportam até no máximo cinco pessoas cada. Adjunto ao refeitório há uma saleta chamada “sala de enfermagem”, local onde são armazenados e administrados os medicamentos, contando ainda com uma maca que dá suporte em casos que necessitem um cuidado clínico pontual. Ao lado da sala de enfermagem há dois banheiros, sendo um deles destinado exclusivamente ao uso do pessoal da equipe, ladeados por dois dormitórios que acomodam dois e quatro usuários noutro.

A casa conta ainda com uma ampla cozinha, equipada com forno e fogões industriais. Esta cozinha possui uma ligação com o quintal e ainda uma porta que dá acesso ao restante da casa. Saindo da cozinha é possível visualizar outra saleta menor e mais aconchegante, contendo dois sofás e uma televisão. Saindo deste cômodo é possível acessar outros quatro dormitórios e outro banheiro, além de um corredor que possibilita a saída para o quintal. O quintal é arborizado, com piso acimentado, local onde os usuários tem amplo e

livre acesso, é também nesta área que fica localizada a lavanderia e duas amplas garagens.

A casa é ladeada por muros altos, avizinhandose diretamente a uma casa que destina-se a abrigar crianças sem lar, pertencente ao Serviço de Assistência Social da Prefeitura Municipal e a uma outra casa, na qual mora uma família.

O SRT II ou Morada Assistida, localiza-se a cerca de dois quarteirões do SRT I, constitui-se de um sobrado com dois andares. No andar superior localizam-se uma cozinha, uma sala de estar, um banheiro, um quarto de casal e um quarto de solteiro. No andar inferior localiza-se uma grande lavanderia e os dois quartos restantes. A casa é toda gradeada, e possui um pátio arborizado. Dada a proximidade com o SRT I os moradores da Morada Assistida frequentemente transitam entre um serviço e outro.

5.3 O trabalho de campo

Os dados foram coletados nas três primeiras semanas do mês de maio de 2010, em um Serviço Residencial Terapêutico e em uma Morada Assistida, integrantes da rede de saúde mental do município de Caxias do Sul.

Inicialmente uma pesquisadora deslocou-se até o município e apresentou o projeto à Coordenadora da Saúde Mental, e também pactuou a ida a campo dos demais pesquisadores, sendo que a etapa da coleta de dados do estudo qualitativo, foi agendado para maio de 2010, quando então os pesquisadores foram recebidos nos serviços.

O trabalho de campo foi realizado por duas duplas de enfermeiros, sendo deste total um professor doutor (coordenador de campo) e três mestrandos. Todos com experiência em pesquisa qualitativa, sendo previamente treinados, o que possibilitou uma boa cobertura de todas as atividades do campo durante o período de coleta dos dados.

Na primeira semana após apresentação inicial dos pesquisadores aos moradores e trabalhadores, deu-se início a observação participante de uma forma livre e intensa no contexto do serviço (ANEXO A). A observação

possibilitou a vivência de todas as atividades que os moradores realizaram, de forma a contar sempre com um pesquisador para acompanhar a equipe e o morador quando da saída deste as suas atividades cotidianas (equoterapia, hidroginástica, idas ao CAPS, compras, visitas, consultas, passeios). Também, de forma a sempre manter no mínimo um pesquisador dentro do serviço residencial terapêutico. O registro ocorreu sendo realizadas algumas breves anotações durante a observação e que no final do dia era completado com detalhes, utilizando-se do diário de campo, perfazendo um total de 700 horas de observação participante.

A observação participante se reveste de uma singular importância na pesquisa qualitativa, sendo que para alguns autores, ela é mais que uma técnica de investigação científica, pois por si só, pois permite uma ampla e aprofundada compreensão da realidade. O observador se coloca em relação direta com os sujeitos da pesquisa, participando de seu espaço geográfico e simbólico de seu meio social e cultural, com a finalidade de colher os dados e compreender aquela realidade. Assim o observador faz parte deste contexto pois participa dele interferindo diretamente, e sem dúvidas também é modificado pessoalmente (MINAYO, 2007).

Gil (2007) evidencia que a observação participante ou observação ativa, como também é conhecida, ancora-se na participação real da vida do grupo social observado, quando e onde o observador assume até certo ponto o papel de um membro do grupo social. A técnica de observação participante tem sua origem na pesquisa social, especificamente, foi noção cunhada por Malinowski no estudo junto aos nativos nas Ilhas de Trobriand, que permitiu as análises posteriores de Mauss sobre os significados das trocas no Kula.

A observação participante divide-se em duas espécies: natural ou artificial. Sendo que na observação participante natural o observador pertence à comunidade que está sendo observada e a observação participante artificial, técnica utilizada nesta pesquisa, o observador integrou-se ao grupo a fim de compreender a realidade a ser pesquisada (GIL, 2007).

Após a primeira semana de observação três dos quatro pesquisadores partem para o processo de entrevista com os moradores, cuidadores e

gestores, e o quarto observador mantém-se na observação exclusivamente, por mais duas semanas consecutivas. A observação ocorreu durante os turnos da manhã e da tarde, durante os intervalos de refeições e algumas noites, em que os pesquisadores pernотaram no residencial. O tempo total de observação participante foi de 700 horas.

Os dados dos diários de campo foram apresentados no decorrer da análise com a sigla “DC”, seguido da primeira letra alfabética do primeiro nome de cada um dos pesquisadores que coletaram os dados, pelas letras: “A”, “F”, “J” e “L”. Ainda acrescidos dos numerais 1 ou 2 quando os trechos referirem-se ao mesmo diário de campo, porém em momentos distintos.

A seguir foi realizado o ecomapa de forma individual, em ambiente reservado, permitindo que o morador falasse sobre seus vínculos e laços sociais, bem como a intensidade desses no seu contexto de vida, o pesquisador registrando graficamente no diário de campo, à medida que o morador se expressava no diário de campo de maneira gráfica.

Além do registro detalhado dos ecomapas no diário de campo, todas as vivências e observações foram oportunamente transcritas, sempre por um tempo dobrado de observações realizadas em campo, e realizadas reuniões no período da noite para discussão entre os pesquisadores das atividades do dia e planejamento do próximo dia de trabalho, em relação ao que seria observado.

Ao final dos dias, os pesquisadores reuniam-se a fim de discutir as atividades desenvolvidas e planejavam as estratégias para o dia vindouro, de maneira a propiciar uma cobertura ampla e completa, a fim de esclarecer quaisquer situações que porventura ocorressem, além do registro amplo, detalhado e minucioso em diário de campo, de todas as observações participadas no transcorrer do dia.

Minayo (2007) ainda chama a atenção para o diário de campo, enfatizando ser o principal instrumento de trabalho de observação, podendo ser um caderno manuscrito ou arquivos eletrônicos, devendo ser registrado em detalhes tudo o que for observado pelo pesquisador para a análise *a posteriori*.

5.4 Sujeitos do estudo

São sujeitos deste estudo seis entre os onze moradores do Serviço Residencial Terapêutico II e um do Serviço Residencial Terapêutico I. A escolha dos sujeitos deu-se de forma intencional, justificando-se pelo fato dos moradores do cenário deste estudo, serem oriundos de longos anos de internação asilar, e por terem a priori seus laços sociais fragilizados por esta razão. Foram escolhidos também por estarem em condições de comunicação, e aceitarem participar de todas as etapas da pesquisa. O único sujeito do SRT I foi escolhido pelo fato de ser mãe de outro sujeito do SRT II.

Os sujeitos do sexo masculino foram identificados por nomes de artistas renascentistas italianos, e os sujeitos do sexo feminino identificados com o título de algumas obras clássicas dos referidos artistas, a saber: *Pietà*, *Monalisa*, *Virgem Maria*, *Madalena Doni*, *Michelângelo*, *Rafael* e *Leonardo da Vinci*.

5.5 Critérios para seleção dos sujeitos

Os sujeitos foram selecionados tendo por critérios:

- Ser morador do SRT II, oriundo de instituição psiquiátrica e ou asilar;
- Ter registro no seu prontuário de sua vida antes de ingressar no SRT;
- Concordar em realizar a pesquisa e aprovar a divulgação científica dos dados;
- O seu tutor ter assinado o Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

5.6 Princípios éticos

Os direitos éticos foram assegurados conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, através do Capítulo III¹¹, artigos 89, 90 e

¹¹ Cap. III: Responsabilidades e deveres: art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Proibições: art. 94 - Realizar ou

91, os quais expõem aspectos sobre as responsabilidades e deveres, e artigos 94 e 98 os quais tratam das proibições; e também de acordo com a Resolução nº 196/96¹² do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da saúde.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFPel, sob o parecer 073/2009, de 14 de janeiro de 2009.

5.7 Análise dos dados

A análise dos dados ocorreu pelo método da cartografia proposto por Deleuze e Guatari (1996), que tem sido utilizado em pesquisas de campo que buscam apreender e compreender a subjetividade. Na opinião de Romagnoli (2009) a cartografia é muito mais do que uma metodologia, transpassa quaisquer aspectos reducionistas, no sentido de ser compreendida como um método ou como outra possibilidade de conhecer a verdade. Neste método o papel do pesquisador assume centralidade, pois as percepções afetos e sensações se dão a partir do encontro do pesquisador com seu próprio campo.

Na concepção de Mairesse (2003) o método cartográfico inaugura na ciência uma nova forma de se produzir conhecimento, uma forma ético-estética, envolvendo, a criação, o artista, o cartógrafo ou ainda o pesquisador.

Cartografar é mergulharmos no mundo de afetos de relações que o pesquisador pretende compreender, permitindo que este se insira e desta forma assuma responsabilidade com o objeto de seu estudo (ROMAGNOLI, 2009).

Para Rolnik (1989) diferentemente da cartografia para os geógrafos, neste tipo de pesquisa a cartografia permite que as paisagens psicossociais

participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

¹² Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde: são normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, incorporando sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

sejam cartografadas. Neste caso o mundo a ser cartografado é como se fora um mundo paralelo criado pelo cartógrafo para que se apreenda os afetos que nele residem e afetam. Para a autora a prática do cartógrafo aborda a formação do desejo no campo social. Não interessando qual o campo da vida que será objeto de estudo, qualquer evento da vida humana é passível de ser cartografado: os movimentos sociais, a violência, as fantasias que habitam o consciente ou inconsciente, grupos institucionalizados ou não. Não há protocolos a serem seguidos para que se cartografe, a regra é não ter uma ou outras regras, talvez a regra maior fosse a delicadeza de apreender as cenas.

Pode-se dizer que na prática do cartógrafo intercalam-se história e geografia, pois participam de territórios existenciais, na constituição de realidades. Ele aceita a vida, seus territórios simbólicos ou não e se entrega de corpo e alma. O que define o perfil de um pesquisador cartógrafo é que ele possui como característica principal é a exclusividade de uma sensibilidade, que assume o compromisso de fazer valer em seu trabalho. Toma como princípio a expansão extramoral que a vida assume, sem do que a própria expansão da vida é seu parâmetro. Rolnik (1989) defende ainda que, o corpo vibrátil capta no ar uma espécie de *feeling* que é variável para cada situação, para cada singularidade e o limite de tolerância do que é afetado pelo cartógrafo também deve ser avaliado.

Em síntese, os registros dos diários de campo fornecem dados relativos ao cotidiano dos moradores do SRT, sua vida diária, suas dificuldades e facilidades, suas relações, seu trânsito dentro e fora do serviço. Os prontuários por sua vez fornecem dados que se referem principalmente a trajetória de vida dos moradores antes de morar no SRT, de maneira a retratar como era a vida do morador antes de chegar no SRT, contribuindo para se compreender como os laços sociais foram fragilizados ou talvez destruídos.

Dalmolin (2006) ao cartografar sujeitos em sofrimento psíquico, acrescenta que a cartografia refere-se a um desenho que acompanha as mudanças de sentidos que são produzidas na vida dos territórios. Desta forma a cartografia busca captar os universos e os mundos que são organizados por cada pessoa em seu território, pelos desejos, pelas construções e

desconstruções que vão se tornando obsoletas na vidas das pessoas, ou ainda por possibilidades concretas na trajetória de vida das pessoas, que correspondem a múltiplas formas de inserção sócio-cultural.

6 Análise e discussão dos resultados

Neste capítulo são analisados os dados coletados através da observação participante e dos dados dos prontuários dos moradores do SRT cenário deste estudo, à luz da Teoria da Dádiva de Marcel Mauss (2003, 2008) e também do arcabouço teórico de autores integrantes do Movimento Antiutilitarista das Ciências Sociais.

A análise é apresentada em dois grandes subcapítulos, a saber: O primeiro subcapítulo intitulado *Caracterização dos sujeitos deste estudo*, em que são apresentados brevemente cada um dos moradores a fim de que o leitor tenha uma ideia geral de cada um dos sujeitos e suas características. Logo após são apresentados em *Trajetórias de vida e vínculos dos sujeitos* quando são apresentados cada um dos moradores e suas trajetórias de vida, além de seus ecomapas, permitindo ao leitor conhecer os vínculos de cada um dos sujeitos do estudo.

O segundo subcapítulo intitulado *Laços sociais, cenas e subjetividades: um estudo cartográfico das trocas sociais no Serviço Residencial Terapêutico*, são apresentadas três cenas emblemáticas que possibilitaram compreender o sistemas de trocas dos moradores e de que forma são estruturados seus laços sociais intitulados: *Laços fracos e laços fortes e o sonho de voltar para casa, Dom, Hau e contra-dom e O laço social*. No estudo cartográfico destas três cenas são chamados pelo autor da dissertação a colaborar com este estudo, histórias infantis clássicas e ou fatos da história da civilização humana no sentido de enriquecer as cenas cartografadas, a fim de tornar a compreensão das relações subjetivas mais didáticas.

6.1 Caracterização dos sujeitos deste estudo

Neste capítulo são caracterizados os sujeitos deste estudo, bem como apresentadas as suas histórias de vida elucidando seus percursos de vida focando em suas relações e laços familiares, de afeto e sociais, assim como a intensidade e fragilidades deste, através da representação gráfica de seus ecomapas.

A seguir com o intuito de apresentar ao leitor, um panorama geral das características dos sujeitos, apresento os seguintes dados:

Sujeito	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Naturalidade (RS)	Ingresso no SRT
Pietà	F	57	Solt.	Analfabeta	Nova Araçá	01/2005
Monalisa	F	28	Solt.	2ª série	Vila Seca	2005
Virgem Maria	F	32	Solt.	3ª série	Caxias do Sul	04/2005
Madalena Doni	F	60	Viúvo	Analfabeto	Galópolis	19/07/2005
Michelângelo	F	52	Solt.	Analfabeto	Vacaria	20/12/2007
Rafael	M	31	Solt.	Analfabeto	Caxias do Sul	08/2005
Leonardo da Vinci	M	31	Solt.	Analfabeto	Caxias do Sul	06/2005

Figura 7: Caracterização dos sujeitos

Fonte: Banco de dados – Redesul, 2011.

Os sujeitos constituem-se de quatro mulheres e três homens, com idades que variam de 28 a 60 anos de idade, cinco são analfabetos, sendo a maioria solteiros com exceção de Madalena Doni que é viúva.

Todos os sujeitos são de cidades do interior do estado do Rio Grande do Sul, a maioria dando entrada no SRT no ano de 2005, sendo que apenas Michelângelo ingressa no serviço em 2007.

Embora cinco sujeitos sejam analfabetos, todos os sujeitos deste estudo atualmente são alunos do “*Programa Brasil Alfabetizado*”, adotado pela gestão municipal, em parceria com a Faculdade Imigrantes que disponibiliza nas suas dependências físicas o desenvolvimento das aulas. Madalena Doni e Monalisa embora sejam alfabetizadas, frequentam igualmente as aulas do projeto de forma regular.

6.1.1 Trajetórias de vida e vínculos dos sujeitos

Neste subcapítulo são narradas as histórias de vida, dos sujeitos deste estudo, de maneira a aprofundar os múltiplos aspectos que envolvem seus contextos, o que permitirá ao leitor compreender a constituição de seus vínculos e o trânsito das suas trocas impulsionadas pelo fenômeno do dom, e de que forma estas interferem na constituição do laço social do indivíduo com o outro.

Os dados resultantes das trajetórias de vida e vínculos dos sujeitos são oriundos dos prontuários dos moradores, e ainda das observações registradas nos diários de campo.

Apresento a seguir os atores que comporão as três cenas a serem cartografadas:

Pietà: trata-se de uma senhora de 57 anos de idade, solteira, natural de Nova Araçá- RS ingressou no SRT em janeiro de 2005. Tem diagnóstico de retardo mental associado a sintomas psicóticos. Possui oito irmãos sendo que um deles é morador da Morada Assistida e uma outra irmã é detentora a sua tutela. Não possui filhos. Seu pai faleceu em 1993 e sua mãe em 1999 devido ao uso abusivo de álcool, segundo os registros do prontuário. Evento este que desencadeou sua internação no Asilo Vó Rose, permanecendo por 7 anos neste lugar. Possui um histórico de 24 internações psiquiátricas na Clínica Paulo Guedes, localizada em Caxias do Sul – RS.

Hoje enquanto moradora do SRT, possui uma semana distribuída entre a participação em diversas atividades de reabilitação psicossocial, tais como: 2 vezes por semana participa do Projeto Brasil Alfabetizado, oficinas de culinária e atividades de vida diária no CAPS, além de hidroterapia, participando também de atividades domésticas do SRT como tarefas de limpeza da casa e participação na elaboração do cardápio diário.

A seguir apresento esquematicamente o esboço do ecomapa de Pietà, o que permite a visualização e compreensão da estrutura e intensidade de seus vínculos.

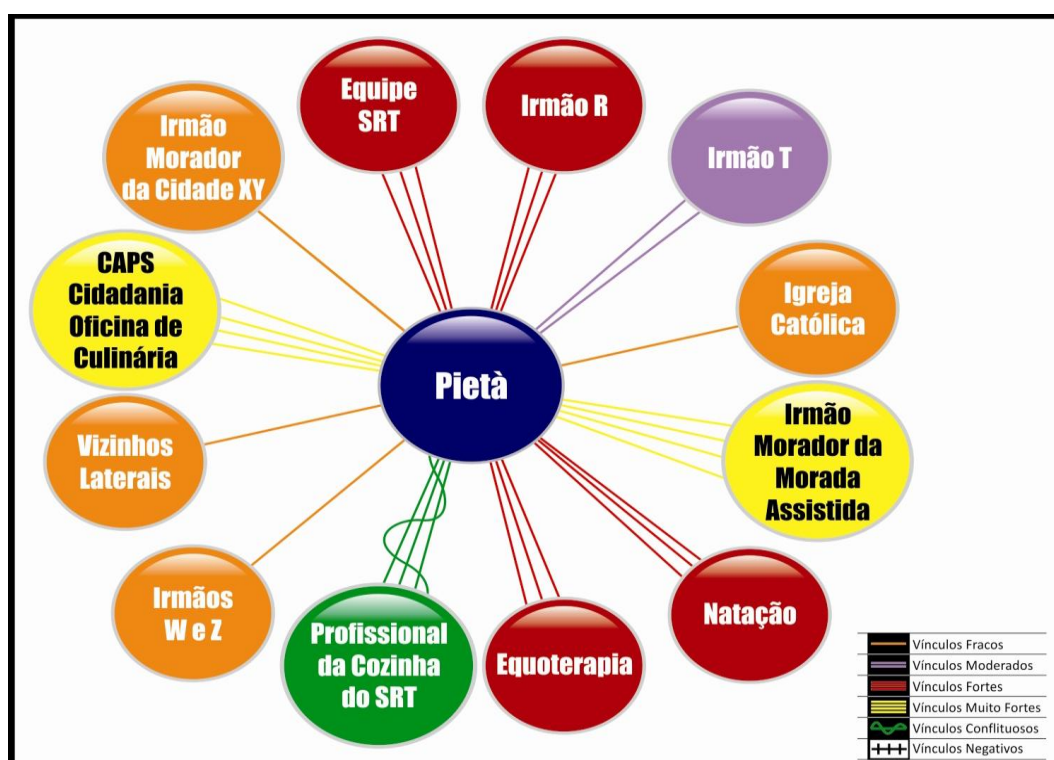


Figura 8: Ecomapa de Pietà

Fonte: Banco de dados - Redesul, 2010.

Durante a construção de seu ecomapa, Pietà informa que possui vínculos muito fortes com seu irmão, que é morador da Morada Assistida e também com o CAPS, evidenciando principalmente a Oficina de Culinária. Estes vínculos ilustram a intensidade de inserção no meio social proporcionado pela participação nas atividades do CAPS.

Os vínculos fortes de Pietà também se referem à sua relação com a equipe do SRT, conforme evidenciado nas passagens descritas a seguir:

Dona Pietà, carinhosamente chamada de “Pie” por Profissional da Equipe conversa animadamente ao redor da mesa sobre o pinhão e de como conseguiram sementes [...]. Pietà ajuda a técnica de enfermagem a dobrar e guardar as roupas (DCJ).

O sujeito só existe na intersubjetividade se há vínculo. E os vínculos são os formadores dos sujeitos nas dimensões que representam significados na subjetividade. Desta forma, não há um “eu” interno que seja totalmente independente de um mundo externo conectado a vinculações que o dão forma. Logo, o homem só existe neste mundo de vinculações como “*criador e criatura de um mundo vincular*” (ÁVILA, 2003, p. 76).

Outros vínculos fortes de Pietà correspondem as atividades da equoterapia, e os vínculos moderados a interligam a outro irmão ainda.

A equipe do SRT mantém fortes vínculos com Pietà privilegiando um aprofundamento da relação entre morador/serviço de saúde. Assim concordo com Jorge et al (2011) quando salientam que utilizando-se deste dispositivo relacional (vínculo) vislumbra-se a possibilidade de uma nova prática terapêutica nos serviços de saúde mental.

A potencialização da relação entre os sujeitos (equipe de profissionais e morador) com ênfase no processo relacional, o qual incorpora estratégias de aproximação que torna o atendimento individualizado e efetivo a cada morador de forma particular. A construção do vínculo entre o profissional da equipe e o morador pauta-se na formação e laços afetivos que se desenvolvem, externalizando na figura do técnico de referência em suas tentativas de solucionar problemas do morador (JORGE et al, 2011).

É ligada a outro irmão que ainda é morador de sua cidade natal, do interior do estado do RS, e mais dois outros irmãos ainda, os quais denomina de “meus manos” no transcorrer da elaboração do ecomapa.

Conversei com a Pietà, ela contou um pouco sobre a sua vida, disse que um dos seus irmãos mora no SRTI, Y é o nome dele. Disse que quando ele era pequeno ela ajudou a cuidá-lo, que ajudava em casa, morava para fora da cidade. Hoje ela está muito falante, contou também que tem sete irmãos (DCA).

Pietà é conectada ao sagrado, na figura da Igreja Católica por vínculos fracos, ficando aqui representada pela estatueta de santos católicos em seu quarto e por suas idas às missas.

Chegamos no SRT II em torno das 19h, falei com Pietà em seu quarto, estava alegre, e cooperativa. Seu quarto estava desorganizado com um cheiro forte de urina, em cima de sua mesinha de cabeceira, tem uma estatueta de um santo católico, quebrado e remendado. Durante nossa conversa Dona Y [moradora] chega no quarto e dorme do lado de Pietà, as 2 conversam um pouco antes, e se entendem (DCJ).

Pietà me pergunta o horário, digo que é 9h e 05min, e ela diz que às 10h vai ir à missa porque se ficar em casa não tem o que fazer. Pietà está inquieta para ir à missa, profissional W diz que ela pode ir então ela pega a sua bolsa e vai sozinha à missa (DCA).

Segundo Dalgarrondo (2007) a presença do religioso tanto no construir como na experiência de vivenciar o fenômeno da loucura, tem sido objeto de estudo de muitos pesquisadores. A busca por alguma explicação e alívio ao sofrimento, bem como a busca por uma significação por aquele que sofre decorrente de uma patologia psiquiátrica, relativo ao desespero que se instala na vida da pessoa parece ser uma constante sobretudo nas classes mais populares da sociedade.

Esclarece Ellison (1991), que o estabelecimento de relações com o sagrado, o significado do sistema de significados, signos e símbolos promovem a coerência existencial consigo próprio, ou até mesmo estimulam modos de vida específicos que algumas religiões possam recomendar. As relações com o sagrado podem ser caracterizadas por relações sociais subjetivas com seres ou símbolos provenientes de crenças religiosas, como, por exemplo, Deus, Jesus Cristo, anjos da guarda, guias, protetores, ou ainda crucifixos, rezas ou oferendas, influenciando desta forma significativamente a qualidade de vida da pessoa que por ventura esteja portando uma doença mental.

As relações conflituosas representadas no ecomapa referem-se a uma funcionária do SRT, que trabalha na cozinha e é responsável por coordenar os moradores quando são escalados para desempenharem tarefas domésticas ligadas a organização da cozinha e culinária.

Pietà procura profissional X [coordenadora do SRT] querendo uma receita nova de bolo para levar para o CAPS (participa da oficina de culinária). Profissional X dá uma folha de papel e pede para ela conversar com profissional da cozinha, pedir uma receita e copiar. Profissional Z [nutricionista] está na cozinha. Pietà chega e diz “[profissional da cozinha] eu queria uma receita dessas que você faz de bolo para eu copiar e levar para o CAPS”. Profissional Z diz que agora não, porque está quase na hora do almoço e a profissional da cozinha não pode. Depois do almoço ela vê e passa para Pietà. Pietà aceita (DCF).

Pietà tem predileção por atividades domésticas, tanto que participa de oficinas de culinária no CAPS, bem como também participa dessas atividades na cozinha do SRT, que são coordenadas pela funcionária com quem segundo Pietà possuem uma relação conflituosa. Na observação acima a relação entre equipe de profissionais e moradores muitas das vezes é permeada pela imposição de limites, os quais considero necessários para a adequação do cotidiano de qualquer pessoa. Percebo que a relação dita conflituosa, pode ser assim percebida pela moradora devido a estes limites “terapeuticamente impostos” pela profissional da cozinha.

Pela manhã quando estou na sala de TV vejo que a profissional da cozinha entra fala com Pietà, lhe pergunta sobre estar descalça, ela responde dizendo que estão (ela e a técnica de enfermagem) procurando umas meias. Então a profissional da cozinha diz que está esperando sua ajuda na cozinha, pois Pietà hoje está na escala de atividades na louça (DCL).

Um vínculo fraco é evidenciado por Pietà com os vizinhos laterais do SRT, aqui se configurando no comércio local.

Profissional K foi com Pietà até a loja de produtos de beleza. Lá Pietà foi bem recebida pela Sra. da loja que perguntou o que ela queria, ela disse que sabonete e pediu a Sra. que pegasse na prateleira pois tinha medo de derrubar. A Sra. mostrou, Pietà escolheu e foi até o caixa, pagou pediu o recibo e depois a Sra. da loja contou que vão ampliar a loja pegando a sala do lado e que vão ter mais espaço e muitos produtos novos. Depois se despedem e a Dona da loja diz “vai com Deus”. Observação: parece-me que a relação com este espaço da vizinhança é bom, a Sra. da loja estava sorridente, recebeu bem ela. Parece-me que são tratados como bons clientes (DCL).

Muito embora para Pietà a relação com seus vizinhos configure-se como um vínculo fraco, evoco Granovetter (2002) e a importância que se tem os laços fracos em nossa rede social, sendo talvez tão ou mais importante que aqueles laços que consideramos fortes, pela sua capacidade de nos introduzir em novas tramas relacionais.

Mângia e Marumoto (2007) sustentam em seus estudos de redes sociais, que os vizinhos assumem papel importante na rede, pelo fato do compartilhamento de seus cotidianos e suportes mútuos num sentido mais ampliado, visto que em muitas situações de emergência os vizinhos são os primeiros a serem acionados, criando desta forma um grau de proteção significativo seja em situações cotidianas, seja noutras que demandem um cuidador maior.

Monalisa: é uma jovem de 28 anos de idade, também natural do interior do estado do RS, localidade denominada Vila Seca, tendo uma história de conflitos intensos e severos com seu pai, o que motivou sua madrasta aos seus nove anos de idade denunciá-lo ao Ministério Público, fato este que a levou a ser moradora de um abrigo em Porto Alegre - RS até os 21 anos de idade. Possui diagnóstico de transtorno de personalidade com instabilidade emocional e transtorno depressivo recorrente.

Ao atingir a maioridade civil, então deixou o abrigo e foi morar com um irmão e sua cunhada, durando pouco tempo. Segundo registros em seu prontuário, teve inúmeras tentativas de suicídio, sempre relatando que estes eventos davam-se pelas lembranças dos conflitos com seu pai. Ainda durante sua morada no Abrigo, teve suas primeiras internações psiquiátricas. Monalisa fala sempre de uma irmã gêmea sua que faleceu quando tinham 7 anos de idade, evidenciando um laço afetivo importante.

Os laços fragilizados com um de seus irmãos fica notório, quando este recebe um comunicado do Ministério Público que impõe a ele que deveria proceder aos trâmites administrativos para a alta de Monalisa da Clínica Paulo Guedes num prazo máximo de 5 dias. Neste evento o irmão faz questão de trazer à tona seus sentimentos em relação à ausência de laços afetivos com a irmã, tendo em vista que foram separados ainda na primeira infância, tendo cada irmão um destino diferente, e ambos perdendo o contato. Nesta ocasião o irmão relatou que ainda morava com seus pais adotivos, desde os 12 anos de idade. A madrasta de Monalisa detém sua tutela.

A violência intra-familiar permeia intensamente a história de vida de Monalisa e seus irmãos, pois nos relatos de sua madrasta no prontuário do

SRT, fica registrada tal situação. Narram ainda os registros, que o pai quando chegava em casa agredia todos, irmãos e madrasta, o que ocasionou a situação de rua de dois irmãos de Monalisa. O irmão mais velho trabalhava para ajudar no sustento da casa, e as duas outras irmãs de Monalisa, uma de 11 e outra de 14 anos, auxiliavam sua madrasta nas tarefas domésticas da vida diária, visto que esta se encontrava numa gravidez de risco.

O fato de sua madrasta estar em gestação nestas condições, a obrigou a uma internação hospitalar, por um determinado período, sem a presença da madrasta em casa a relação entre pai e filhas foi ainda mais permeada de intensa violência. Quando a madrasta retorna para casa, percebe algo de estranho no comportamento das meninas, o que dispara inúmeras brigas entre o casal, levando a madrasta de Monalisa a proceder uma denúncia no Ministério Público, o que resultou na prisão de seu pai por 8 meses.

Nesta época Monalisa foi transferida para um abrigo, o qual não se adaptou, e por decisão judicial retorna a sua casa ficando sob a tutela de sua madrasta. Nesta época sua relação com a família parece se fragilizar ainda mais pelo fato de Monalisa voltar tarde da noite para casa, relatar frequentemente ouvir vozes e pelas inúmeras tentativas de suicídio, com alguns episódios de inclusive atear fogo no próprio corpo, o que lhe custou alguns meses de internação hospitalar com passagem pela Unidade de Terapia Intensiva.

Seu irmão e cunhada, justificando pelas dificuldades de lidarem com Monalisa em seu contexto, desistem neste momento de requer sua tutela. Os profissionais do SRT procedem então uma visita domiciliar à sua mãe, a fim de investigarem a estrutura e intensidade de seus laços afetivos. Sua mãe é usuária de álcool e relata que recebe eventualmente as visitas de Monalisa e de sua madrasta, não manifestando interesse e nem condições de permanecer com a tutela da mesma. Monalisa recebe um benefício por mês, no valor de um salário mínimo.

A fim de compreendermos de forma mais elucidativa, os vínculos de Monalisa e suas intensidades, apresento ecomapa:

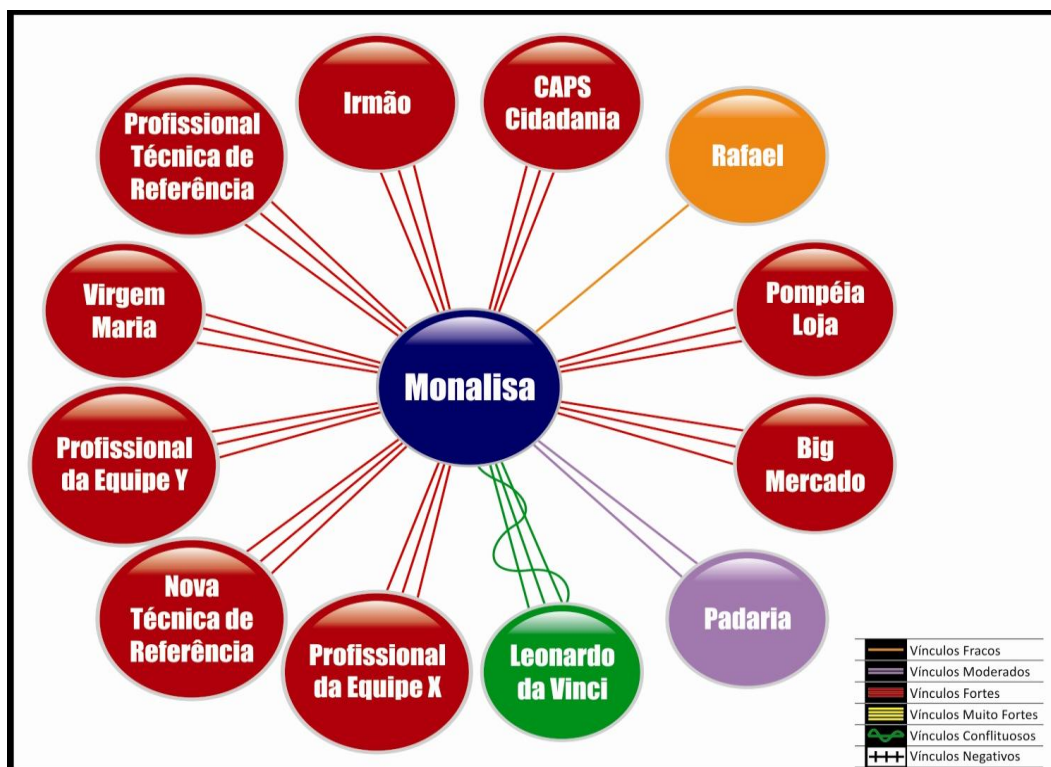


Figura 9: Ecomapa de Monalisa

Fonte: Banco de dados - Redesul, 2010.

O ecomapa de Monalisa ilustra sua rede social bem ampla, e mostra seu trânsito pela comunidade evidenciando a intensidade de seus vínculos. Nutre um vínculo fraco com Leonardo da Vinci, quando *“aparece Leonardo da Vinci na janela e disse que brigam às vezes (Monalisa e Leonardo da Vinci), pois para ela, ele é muito beijeiro” (DCJ)*, e uma relação conflituosa com Rafael, que por vezes é permeada por algumas brigas.

E assim outros sustos que ela deu: quando na sexta, profissional X fazia uma oficina de costura, Monalisa aceitou uma provocação de Rafael que separava roupas do brechó para ele e ao ser repreendido, disse que *“combinava com sua técnica de referência”*, e Monalisa não tinha nada a ver com esta situação. Então ela o agarrou nos testículos e no pescoço com uma força enorme (DCL).

Com a padaria que se avizinha ao SRT, possui um vínculo moderado, já que as funcionárias a conhecem, sempre conversam informalmente e sobre trivialidades do cotidiano.

Hoje, passamos na padaria para comprarmos as coisas para prepararmos o lanche [...] que realizou-se na Morada assistida. Encontramos Monalisa com a profissional W acompanhando (DCJ).

A maior parte de seus vínculos são muito fortes, como o comércio local aqui representados pelas Lojas Pompéia e pelo Supermercado local, os quais tem trânsito livre e são locais em que ela gasta grande parte de seu dinheiro em suas compras particulares. O CAPS também aparece como um forte vínculo, pois Monalisa participa de oficinas como Biodança que permite a expressão corporal e trabalha além de outros aspectos a socialização através do compartilhamento de emoções e expressões de suas subjetividades, e a oficina de culinária na qual tem aprendido a confeccionar alguns pratos.

10h saio com Monalisa, pois ela tem oficina de dança no CAPS. Saímos as duas, digo que não sei que ônibus pegar para chegar no CAPS e ela me diz “Fica tranquila gurá, se eu não souber a gente volta”. Pegamos o ônibus em frente ao BIG. Ela paga (empresta) minha passagem pois eu não tenho trocado e o ônibus não aceita troco acima de R\$10,00. Entramos no ônibus e ela me mostra o caminho que o ônibus vai fazer. Dai me pergunta como eu vou fazer para voltar pois ela vai almoçar no CAPS que tem oficina de culinária até as 15h. Ela me explica direitinho onde e que ônibus posso pegar que passa no BIG. Diz que também posso voltar a pé se eu quiser. É só descer reto do CAPS, dobro aqui na rodoviária e vai até o BIG que é perto do teu hotel, né e depois você sabe ir até o CAPS (DCF1).

Sento-me numa cadeira enquanto elas colocam saias para dançar. Observo as trocas de ajuda, de amizade entre elas, uma auxilia a outra a colocar as saias e colares. A profissional me diz que se eu quiser posso colocar uma saia e dançar também. Monalisa e Profissional Q [técnica de referência] são mais desinibidas e dançam, rebolam, sambam [...] De repente uma musica sertaneja de dançar junto Monalisa e Profissional Q e dou as mãos para W e T [usuários do CAPS] e dançamos em roda. W fica muito contente e dança cada vez mais. As profissionais interagem também, dançam ressaltam positivamente as danças das alunas. Às 11h e 50min - finalização da oficina: Monalisa coordena o alongamento, organizam a sala e até a próxima (DCF2).

As atividades como suporte terapêutico oportunizadas pelo CAPS, constituindo-se de oficinas terapêuticas, atendimentos individuais ou grupais, passeios, festas, lazer, assumem importante papel na constituição desta rede social dos moradores.

É necessário considerar que o cuidado da pessoa portadora de sofrimento psíquico precisa contemplar além do olhar clínico, e englobam o contexto territorial que esta pessoa encontra-se submergida para disponibilizar ofertas que enriqueçam sua experiência existencial (KANTORSKI et al, 2011).

Monalisa possui vínculo muito forte com a profissional que é sua técnica de referência, com quem compartilha muitas de suas dificuldades e desejos, sendo uma relação mais do que profissional nas palavras da própria profissional. Esta é uma relação permeada de identificação e afeto recíprocos. Traz a tona os vínculos muito fortes, ainda com mais três profissionais do SRT, sendo que uma delas é sua outra técnica de referência. Cabe aqui explicar que Monalisa terá outra técnica de referência além da que já possui, foi escolhida pela coordenação do serviço pela afinidade entre a profissional e a moradora, ficando portanto com duas técnicas de referência.

Monalisa passa creme no rosto e mãos, e conversa com Virgem Maria e profissional U, também abre a sua gaveta e mostra algumas fotos, de uma profissional que já trabalhou no SRT junto com ela, que gostava dela, mas que ela foi despedida, e também mostra a foto de um bebê (filho da funcionária T), fazendo a piada que é seu filho e sorrindo (DCA).

Em relação ao técnico de referência, Campos e Soares (2003) afirmam que o processo de formação de vínculo deve ser o cerne do processo de trabalho do profissional técnico de referência. Nesta mesma linha de considerações, Furtado e Miranda (2006) consideram que o profissional de referência está muito além de simplesmente gerenciar um caso especificamente, mas sim que requer para seu efetivo funcionamento uma gama de iniciativas que apontem para a avaliação e intervenção da equipe dos demais trabalhadores, sempre balizadas pelos indícios que podem ser retirados da relação profissional de referência e seu morador.

Seus irmãos integram ainda seus vínculos muito fortes, sem citar nenhum especificamente, os traz a tona de uma forma geral.

Conta-me ainda que tem uns quatro irmãos que moram em Caxias e outro em Porto Alegre, tem muitos sobrinhos. Diz que quando tem saudades deles liga e marca, e seu irmão vem buscá-la para ir passar o dia com eles. Diz que virão no seu aniversário no dia 15 de maio, conta-me que teve internada mais ou menos 4 anos na Clínica Psiquiátrica Paulo Guedes e faz 4 anos que mora no SRT. Fala isto porque pergunto, titubeando em me falar que teve muito anos no hospital psiquiátrico, parece-me envergonhadíssima (DCJ).

Embora Monalisa não especifique os irmãos os individualizando, com estes tem um vínculo muito forte e são a sua referência familiar, tanto que

telefona e marcam de encontrarem-se quando ela sente saudades e em seu aniversário eles virão vê-la

Tem um vínculo muito forte também com Virgem Maria, que é sua companheira de quarto, as duas são muito amigas e tem uma relação de amizade sólida e de cumplicidade. Monalisa e Virgem Maria planejam dividirem a mesma casa quando o SRT, for mudar-se¹³ de local oportunizando algumas casas mais individualizadas.

Observo que Virgem Maria e Monalisa são muito amigas, além de serem colegas de quarto. Monalisa procura Virgem Maria para tomarem o café juntas, sentam-se a mesma mesa, juntamente com Pietà e as três conversam produtivamente (DCJ).

Estas comentaram que no fim do ano fazem amigo secreto, e trocam presentes entre si, todos participam. Monalisa reclama que não tem tênis novo, e Virgem Maria diz que está bom, que ela vai dar um tênis novo para ela (DCA).

Virgem Maria: é uma jovem de 32 anos de idade, natural de Caxias do Sul, frequenta as aulas do “Programa Brasil Alfabetizado”, e está em suas primeiras noções de ler e escrever. Possui diagnóstico de retardo mental moderado.

Virgem Maria é a filha mais nova de um total de 8 irmãos, sua mãe já é falecida e seu pai mora com um dos seus irmãos, sendo os dois usuários de álcool e a mãe apresentava comprometimentos neurológicos importantes. Virgem Maria é filha caçula, de 8 irmãos, sendo que 2 também possuem problemas psiquiátricos. Segundo os registros em seu prontuário, Virgem Maria morou com vários familiares, incluindo irmãos, sua avó paterna e seu pai.

Segundo relatos de sua irmã a deficiência mental sempre esteve presente na família, com alguns casos de comprometimento neurológico

¹³ O SRT está em processo de mudança de espaço físico, pelo motivo de ter um número em excesso de moradores (17 moradores), portanto foram alugadas outras casas para a mudança, e desta maneira alguns moradores serão divididos para morarem sozinhos ou em menor número.

significativo, sendo que ela só veio a caminhar aos sete anos de idade, com debilidades importantíssimas na marcha. A mesma irmã, ainda segundo registros em prontuário, suspeitou de algum tipo de violência infringido a Virgem Maria, o que fez com que elas morassem juntas por um bom tempo.

Porém as condições de toda a família sempre foram precárias, o que obrigou a irmão de Virgem Maria a trabalhar, deixando-a trancada em casa nos horários de seu labor, fato que impulsionou os vizinhos a fazer a denuncia por maus tratos e cárcere privado. A alternativa encontrada pelos familiares foi deixá-la nestes horários albergada no Asilo Vó Rose.

Quando Virgem Maria chegou no SRT não caminhava sozinha, necessitando a todo instante de alguém a seu lado para que pudesse apoiar-se, além de não ter controle dos esfíncteres, e não ter autonomia para o autocuidado. Hoje caminha sozinha, auxiliando inclusive outros moradores, além de ser extremamente asseada e cuidadosa com sua aparência pessoal.

É bastante vinculada a um dos irmãos e seus sobrinhos, que a visitam no SRT. Na avaliação dos profissionais que a acompanham, Virgem Maria poderia retornar a morar com seus familiares e o SRT tem envidado esforços neste sentido, através de aproximações dela com seus irmãos, recorrendo ao recurso das visitas domiciliares. Recebe ainda um benefício no valor de um salário mínimo ao mês. Tem fortalecido seus laços sociais ao participar da hidroterapia, da equoterapia e da arteterapia, além de participar também do Programa Brasil alfabetizado, fazendo parte ainda de seu Plano Terapêutico Singular a frequência de uma vez ao mês a um Salão de Beleza.

A seguir apresento o ecomapa de Virgem Maria:



Figura 10: Ecomapa de Virgem Maria

Fonte: Banco de dados - Redesul, 2010.

Os vínculos muito fortes de Virgem Maria dizem respeito a profissional responsável pela cozinha do SRT, a equipe do SRT de uma forma geral, simbolizado em sua fala “*Virgem Maria me abordou e fala que profissional X [coordenadora do SRT] é a sua mãe*” (DCJ). Possui vínculo forte com um irmão e com Monalisa (outra moradora do residencial com quem divide o quarto), e uma relação conflituosa com a irmã.

Virgem Maria (a entrevistada) ao falar do problema da irmã não vir visitá-la chora e se mobiliza, percebo que fica profundamente entristecida. Ao sair da sala perguntamos sobre Monalisa, se ainda dorme, ela diz que Monalisa é sua amiga (DCJ).

Fomos para a sala de TV, as únicas pessoas acordadas eram moradora Z, Virgem Maria e Monalisa, estavam olhando a novela. Monalisa comenta que deu de presente brincos para Virgem Maria (DCA).

A relação conflituosa entre Virgem Maria e sua irmã também é percebida por sua técnica de referência, que intervém nesta relação, como mostrado na observação a seguir.

Conversou que foi tentando a reaproximação de Virgem Maria com sua família, mas que este contato era muito difícil, que às vezes ela ia para sua família no fim de semana, mas que quando retornava para o SRT seu estado piorava, pois a tratavam como criança. Falou que determinada vez, a irmã de Virgem Maria levou uma boneca para ela, e [a técnica de referência] não permitiu que ela desse a boneca para ela, pois ela não é uma criança e sim uma moça, e que sua irmã deveria a tratar como tal (DCA1).

Quando ela refere, um dos problemas, que a sua irmã não vem lhe visitar porque trabalha de noite e de dia tem que cuidar da casa, e por isso não tem tempo de visitá-la, Virgem Maria começa a chorar, e precisamos mudar de assunto, para no final retornar a esse problema (DCA2).

A relação de Virgem Maria e sua técnica de referência é estruturada por vínculos fortes, marcada pelo desenvolvimento de Virgem Maria desde sua entrada no SRT, quando veio em condições de total dependência de uma instituição asilar.

Relata que quando ela chegou ao SRT, andava “engatinhando”, se arrastando pelo chão e fazendo uso de fraldas. Relatou que ela não falava também. Que quando Virgem Maria foi indicada para ficar sob sua responsabilidade (na forma de técnica de referência), ela ficou assustada, pois ela [técnica de referência] era nova no serviço, o SRT era novo, e ela não sabia nem por onde começar. Mas que com o tempo e com muito esforço, Virgem Maria foi melhorando, foi evoluindo e hoje se encontra totalmente diferente de quando chegou lá. Relatou que Virgem Maria comia somente sentada ou ajoelhada no chão, e hoje se alimenta normalmente. Disse que é muito gratificante ver o resultado do investimento em Virgem Maria, que realmente valeu a pena (DCA).

Os amigos do SRT, do CAPS e a equoterapia relacionam-se com Virgem Maria através de vínculos muito fortes.

Vão para a equoterapia: moradores W e R e Virgem Maria. A reunião inicia Virgem Maria me chama na sala de TV, já está pronta para ir a equoterapia, colocou seus tênis e abrigo novo, e se maquiou (DCA).

Segundo Motti (2007) a equoterapia é um recurso terapêutico inovador que utiliza o cavalo como instrumento de reabilitação. Para a autora o fato de poder contemplar o espaço do alto do cavalo incentiva e encoraja o cavaleiro, ou seja, o cavalo ao obedecer o cavaleiro proporciona que ele se sinta seguro e confiante.

A profissional da cozinha possui um forte vínculo com Virgem Maria, o que possibilita que sua relação seja terapêutica, socializadora e estimule a autonomia da moradora, enquanto vivenciam as “simples” tarefas domésticas da cozinha de uma casa.

A profissional da cozinha comenta que o seu trabalho é contínuo com os moradores, que ela ensina constantemente as tarefas para eles. Que quando Virgem Maria foi trabalhar (realizar as atividades) na cozinha, não sabia nem ao menos pegar a esponja na mão e que hoje lava, seca a louça sem auxílio (DCA).

Os vínculos fortes também estão presentes nas suas relações com o supermercado, a padaria e a lancheria da comunidade. Com a escola na qual ela frequenta no Programa Brasil Alfabetizado seu vínculo é fraco.

Então ficamos conversando eu, Virgem Maria e o morador M, Virgem Maria falou da escola, contando que aprendeu as letras e um pouco o seu nome, e morador M diz que nesta oficina ele também participa. E que são 14 usuários, nas terças e quintas-feiras, da 14h às 17h (DCA).

As oficinas de alfabetização, no caso em questão o Programa Brasil Alfabetizado, possibilita ao morador a oportunidade de aprender e ou treinar a escrita e a leitura estimulando desta maneira seu exercício como cidadão (BRASIL, 2004).

Madalena Doni: é uma senhora de 60 anos de idade, viúva, possui a 3ª série do ensino fundamental, ingressou na morada assistida no ano de 2005, é mãe biológica de Leonardo da Vinci. Possui diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, psicose paranoide e transtorno de comportamento decorrente do uso de álcool. É usuária de álcool, e atribui o aumento deste consumo ser relacionado ao fato de terem lhe tirado tudo, o marido e os filhos. Há relatos em seu prontuário, de que não tinha bom relacionamento com sua mãe, que era negligente com o cuidado dos filhos, e tem boas recordações de seu pai. Tem

saída livre da Morada Assistida e utiliza-se do recurso terapêutico do banco pedagógico, recebendo em dois dias da semana uma quantia média de R\$ 7,50. Frequenta as oficinas de jardinagem e de fuxico no CAPS, além de fazer desintoxicação para o uso de álcool no CAPS ad. A seguir apresento o ecomapa de Madalena Doni:

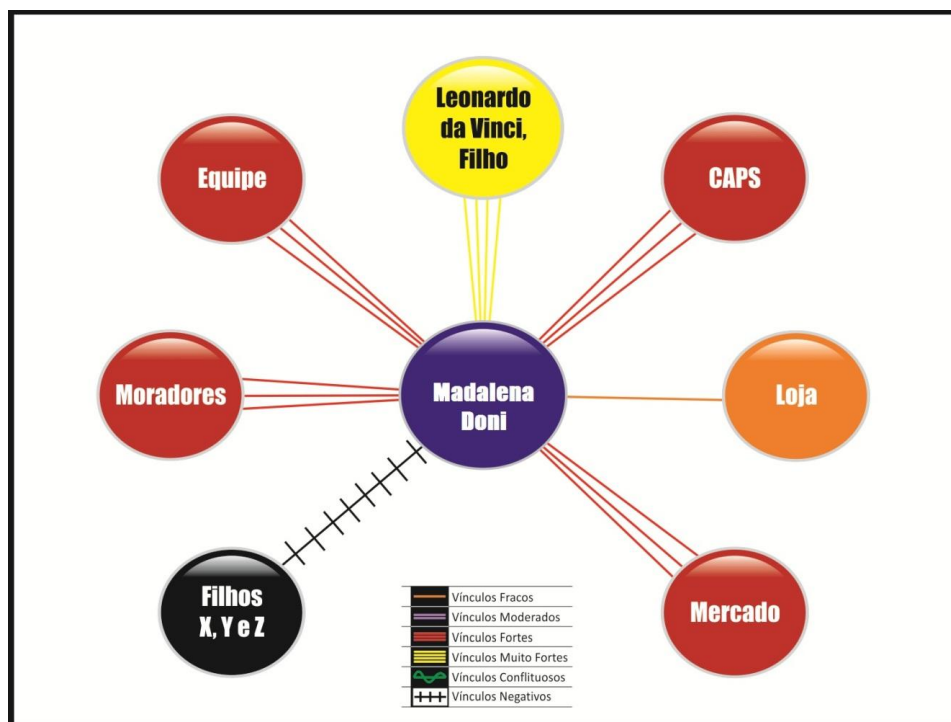


Figura 11: Ecomapa de Madalena Doni

Fonte: Banco de dados - Redesul, 2010.

O ecomapa de Madalena Doni nos permite visualizar seus vínculos muito fortes com os demais moradores, destacando-se outro morador da Morada Assistida com que faz trocas de afeto e companheirismo importantes. Têm relações de caráter conflitivo com seus filhos, tendo uma maior proximidade apenas com Leonardo da Vinci, que mora no SRTI e tem uma convivência mais próxima.

O fato de relatar a estrutura dos laços e vínculos de Madalena Doni, a mobilizam bastante, principalmente pelos vínculos conflituosos com alguns filhos.

Madalena Doni que estava muito nervosa, apreensiva, no meio da conversa fica bastante sudorética, pálida, de lábios cianóticos, e muito ansiosa, interrompo a conversa, procedo aos manejos verbais adequados e a escuta terapêutica ativa, a tranquilizo, dizendo que ela só fala o que tiver vontade, não tendo obrigatoriedade de absolutamente nada, aproveito e reforço os preceitos éticos da pesquisa, garantindo-lhe o anonimato de todas as informações, [...]. Fala-me de um laço de amizade profundo com morador B, morador da nova casa e fala de laços com os outros três filhos abalados, sendo ainda preservado o laço com Leonardo da Vinci, morador do SRTII (DCJ).

A equipe começa a conversar sobre a história de vida de Leonardo da Vinci, e de sua mãe, a qual mora no SRTI (Morada Assistida). Disseram que Madalena Doni (mãe do Leonardo da Vinci), teve 5 filhos (quatro homens e uma mulher) [...]. O conselho tutelar tirou dela dois filhos (um menino e uma menina) que foram para adoção, e ela ia atrás deles na casa de abrigo (antes da família os adotar) para tentar levá-los para casa, mas não permitiam. Disse que esses dois filhos foram adotados por uma família que tinha poder aquisitivo, e que foram criados bem de vida. E a moça cresceu, resolveu procurar a sua família. Quando encontraram-se, Madalena Doni não a aceitou, fez um monte de cobranças a ela, como se a filha tivesse escolhido sair de casa, e a culpando por estar em boas condições financeiras. Diz que então a partir desse momento, a filha desistiu de manter contato com a mãe. A equipe falou que Leonardo da Vinci procura sempre manter contato com a mãe, mas que ela não é receptiva, que entre eles não há diálogo. Que eles até saem juntos, mas só se for um técnico de referência junto, porque senão ela se recusa a sair com o filho (DCA1).

Falam também que quando Madalena Doni estava internada na Clínica Paulo Guedes Leonardo da Vinci sempre ia visitá-la, mas que no contrário ela jamais o procurava (DCA2).

Além dos moradores, fazem parte de vínculos muito fortes de Madalena Doni a equipe profissional da Morada Assistida e do CAPS, onde realiza as oficinas que contribuem na sua socialização, e onde recebe suporte terapêutico, em seu próprio discurso fala ainda da *“desintoxicação alcoólica que vai começar a fazer no CAPS ad Reviver”* (DCJ). O supermercado também faz parte de seus laços muito fortes.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Reviver é um serviço de atenção psicossocial da rede de Caxias do Sul, que atende usuários em uso e ou abuso de substâncias psicoativas. Dentre suas atividades privilegia: acolhimento, elaboração do projeto terapêutico individual, atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre

outros), atendimento em grupo e individual, visitas domiciliares, atendimento à família, oficinas terapêuticas, desintoxicação ambulatorial, e quando necessário encaminhamento a recursos externos (RECRIA, 2011).

Michelângelo: tem 52 anos de idade, seus pais moram em uma cidade do interior do estado próxima cerca de 100 Km de Caxias do Sul. Em dezembro de 2007, chega no SRTII acompanhado por um oficial de justiça, que traz em mãos um mandato judicial., Chega desprovido de quaisquer documentos, vindo de uma comunidade terapêutica. Há registro em seu prontuário de uma visita realizada por um profissional do SRTII e Michelângelo para sua família em sua cidade natal. Possui diagnóstico de transtorno esquizoafetivo.

Nesta visita, Michelângelo apresentava-se muito alegre segundo as percepções do profissional, demonstra proximidade com sua mãe e sua sobrinha, que faz questão de passear pela cidade levando-o para visitar os amigos que há muito tempo não via, devido a suas inúmeras internações psiquiátricas. O profissional relata que procura pactuar algumas visitas periódicas de Michelângelo, no sentido de fortalecer seus laços familiares e de reforçar aqui importância de todos no processo de sua reintegração. Os familiares se mostraram muito receptivos as sugestões e orientações do profissional, muito embora não o visitem com a periodicidade pactuada e esperada.

Em seu Plano Terapêutico Singular consta o planejamento de uma maior aproximação de Michelângelo com sua família, e investigar junto a suas irmãs, quem poderia supervisioná-lo no seu dia a dia, numa tentativa de concretizar a sua volta para casa.

O SRTII entrou em contato com a Estratégia de Saúde da Família para que visite periodicamente a família, bem como entrou em contato com o CAPS a fim de dar suporte a sua mãe, numa tentativa de auxiliá-la a compreender a patologia do filho, desta forma modificando a relação com o filho.

Através do ecomapa a seguir é possível visualizar os vínculos e suas intensidades, que compõem a rede de Michelângelo:



Figura 12: Ecomapa de Michelângelo

Fonte: Banco de dados - Redesul, 2010.

Os vínculos fracos de Michelângelo dizem respeito a seu frágil relacionamento com sua família, já os vínculos muito fortes são observados com a equipe do SRT e com seus amigos moradores. Também é fraco o vínculo de Michelângelo com a equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Falo com Michelângelo, que após palavras desconexas e neologismos me fala que costuma ter ajuda do Sr. I [morador] nos momentos difíceis e da profissional J (técnica de enfermagem) com quem consegue ter intimidade (DCJ).

Michelângelo segue de mãos dadas com Sr N [morador] pois este tem uma dificuldade maior para se locomover. Desta forma, Michelângelo que é mais “esperto”, caminha mais facilmente, tem uma orientação maior ajuda seu colega em vários momentos caminha mais lentamente, pois Sr N está cansado (DCF).

Muito embora os vínculos fracos que unem Michelângelo a sua família sejam estruturalmente definidos como tal, Michelângelo sente vontade de fortalecer esta relação, a ponto de conseguir manter um diálogo coerente, por telefone com sua mãe, verbalizando sua saudade e seu desejo de estreitar laços (dado ao teor forte desta cena, foi eleita para ser melhor desenvolvida no capítulo a seguir).

Profissional O conta história de Michelângelo em conversa com a mãe (saudade, aniversário, falam do tempo, se ela vai vir visitar, se vem buscar ele). Profissional S expõe que a chamou atenção a manutenção de um discurso coerente, adequado por um bom tempo. Profissional S diz – é preciso ressignificar o morador para a família dele (DCF).

Noutras oportunidades, Michelângelo insiste no desejo de voltar a ver seus familiares, fortalecendo este vínculo fraco.

Converso com Michelângelo, ele comenta que não mora com seus parentes porque eles não vem buscá-lo, então ele precisa morar no SRT, diz que tem amigos aqui e no cinema, e até no CAPS (DCA1).

Michelângelo, na sala de TV, me vê e diz: “Bom dia! Como passou a noite?” Eu respondo, e ele disse que também passou bem. Que está esperando que um dia os seus parentes vão lhe buscar, a qualquer momento. E fica pensativo (DCA2).

Pergunto sobre a sua família, ele pergunta sobre os seus parentes, digo que sim, ele diz que estão longe. Diz que seus parentes não tem vergonha dele, que se tiverem vergonha é porque não são seus parentes. Depois olha TV (está passando desenho).
10h e 30min – converso com Michelângelo, ele é bem sucinto e fala o tempo todo nos “parentes” (DCA3).

A este respeito, entendo que o serviço deve criar estratégias na intervenção entre o morador e sua família, no sentido de estreitar estes laços familiares rompidos pelos anos de reclusão do morador nas instituições psiquiátricas. Se por um lado há que se ter o cuidado de não abafar a autonomia do morador, por outro lado fica evidente a necessidade de suporte a própria família.

Segundo Rosa (2005) o processo de aproximação da família com o serviço é gerador de angústias e conflitos, mas também de troca e crescimento. As novas práticas em saúde mental requerem formas novas, sem receitas prontas, exigindo uma construção conjunta de soluções.

E é neste conceito, sem formas prontas na busca de soluções para o morador, que se constitui um desafio a equipe de profissionais encontrar junto ao morador estratégias de aproximação ou não com suas famílias. Em muitos casos, a violência intrafamiliar parece ter relevância na desorganização dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Rafael: tem 31 anos, e foi expulso de casa pelos familiares indo morar na rua. Em seu prontuário, há um recorte de um jornal da época, datado de 2003, com uma reportagem a respeito da vida de Rafael em uma casa abandonada. Esta reportagem evidencia a vida na rua de uma pessoa com visíveis transtornos psíquicos. Narra as histórias de Rafael, seus episódios de alucinação, e suas histórias fantásticas, dizendo que poderia controlar todas as pessoas e o mundo por uma televisão sem o tubo de imagem. Seu cobertor e seu colchão eram feitos de papelão. Possui diagnósticos de esquizofrenia; transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos; e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - uso nocivo para a saúde.

Em meados de 2005 ingressa no SRTII, passando a maior parte do dia na rua, chegando quase sempre alcoolizado. Admitia fazer uso de álcool e de maconha, porém recusava-se a frequentar o CAPS ad e não aderiria à terapêutica proposta. Em determinado período, reconheceu que vinha colocando a sua vida em perigo, caminhando por entre os carros na rua sem o menor cuidado, então a equipe decide que Rafael só sairia à rua acompanhado e que sua medicação seria diluída no suco ou no leite.

Há registros em seu prontuário de uma queixa persistente de Rafael, no que se refere a um possível terreno que sua família teria lhe roubado e que estaria em vias judiciais para legalização. Após investigação da profissionais da equipe verificou-se não ser real. Tem diminuído a resistência da aproximação dos profissionais da equipe do residencial com sua família, inclusive tem lhes solicitado esta aproximação. Depois de quase dois meses de saídas acompanhadas, é facultado a Rafael sua saída sozinha, retornando sempre com sinais evidentes de uso de drogas, o que faz com que a equipe de

profissionais da equipe do residencial o encaminhe ao CAPS ad Reviver, para desintoxicação.

Rafael tem diminuído a distância de seus vínculos familiares mostrando o desejo de ir morar novamente com sua família, todavia sem reciprocidade. Em outro momento buscou por trabalho junto a várias empresas da cidade, sem obter sucesso, o que o movia a barganhar pequenos objetos dentro do SRTII e a procurar coisas pelo lixo para que pudesse vender.

Em momentos em que Rafael teve sua saída à rua condicionada ao acompanhante, houve episódios de fuga, sendo que na última delas no ano de 2007 ao sair espontaneamente disse que já estaria na hora de “ser livre”, mas que iria ao encontro de uma irmã e que não abandonaria as atividades terapêuticas junto ao CAPS.

De 1999 até 2001 morou com uma irmã quando teve sua primeira internação psiquiátrica, após ter quebrado tudo em casa, sendo contido pela Brigada Militar e encaminhado a uma clínica psiquiátrica. Obtendo alta esta irmã recusou-se a abrigar Rafael novamente, justificando que ele lhe dava muitos prejuízos. Rafael foi morar então com outro irmão, o qual concedeu-lhe um cômodo nos fundos de sua casa para que ele fosse morar com sua namorada, uma moça de 31 anos.

O relacionamento durou dois meses apenas, pois a namorada o abandona por estar muito desorganizado e agressivo, tumultuando o convívio entre os familiares e os próprios vizinhos, nestas crises de agressividade Rafael tem a segunda internação psiquiátrica. Após a alta, este irmão não o recebeu mais, justificando a falta de espaço físico para que morasse novamente ali e também dificuldades financeiras para tal. Possui mais três irmãos sendo um usuário de álcool e os outros dois portadores de sofrimento psíquico.

Sua terceira internação psiquiátrica ocorre quando Rafael apareceu vagando pelas ruas de uma cidade vizinha, sem saber seu nome ou de onde era. Foi levado ao Hospital Geral desta cidade, que após episódios de agressividade e de comportamentos bizarros o encaminha a mesma instituição psiquiátrica em que esteve internado as outras duas vezes. No total foram sete

internações psiquiátricas. Na última alta hospitalar Rafael ingressa no residencial terapêutico, sendo sempre acompanhado nas atividades terapêuticas do CAPS Reviver ad.

Os vínculos de Rafael podem ser melhor explorados na figura a seguir apresentada:

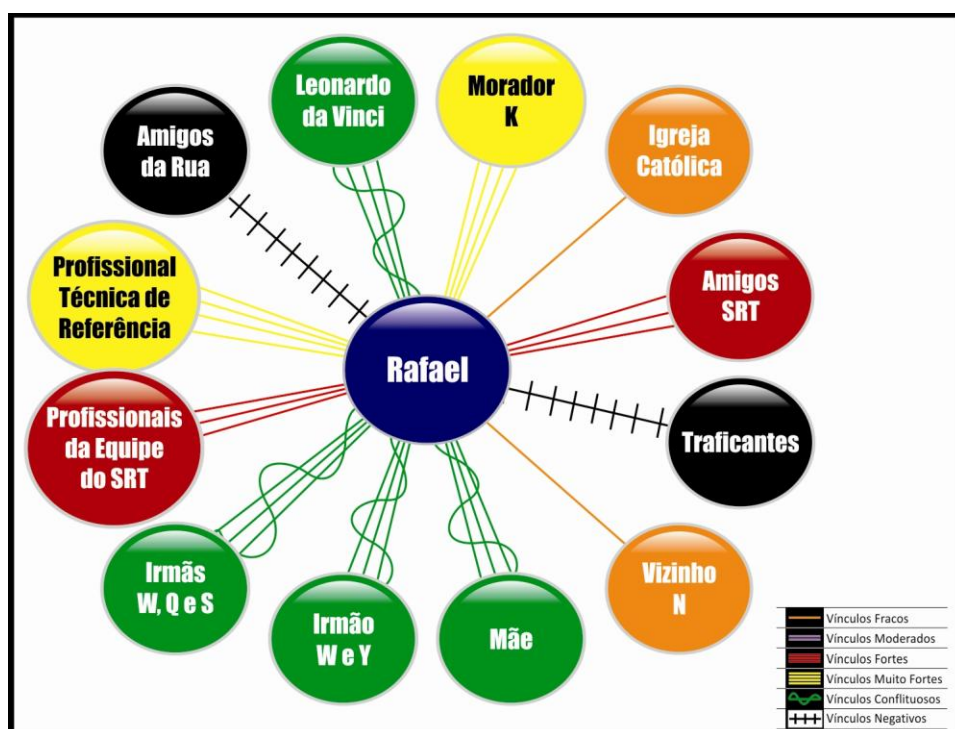


Figura 13 – Ecomapa de Rafael

Fonte: Banco de dados Redesul, 2010.

Rafael tem vínculos estressantes com Leonardo da Vinci, além de o ser também com sua própria mãe, irmãos e irmãs, muito embora em uma ocasião seu cunhado vá buscá-lo no SRTII para morar em sua casa.

O cunhado de Rafael o aguarda no refeitório, e Rafael aparece na sala com um saco de plástico preto com suas roupas e pertences particulares. Rafael diz que está ficando “louco neste monte de doentes”. Profissional D explica ao morador J que Rafael irá morar com a irmã dele (DCJ).

Pergunto mais sobre a família, mãe e irmãos, e relata que seu pai faleceu em 1997 por câncer de pulmão, sua mãe é aposentada e mora num bairro de Caxias. Seus irmãos moram num outro bairro. Seu irmão passa a noite na prisão por tráfico de drogas e sua irmã vende drogas para sustentar os filhos. Relatou que tentou no sábado ir a casa dos seus irmãos, mas chegou lá e disseram que lá não tinha lugar para ele ficar. Diz que sua mãe ele quase não visita e que não

pode ir morar com ela pois senão os outros também vão querer e já incomodaram ela muito (DCF).

Apesar de Rafael ter seus vínculos com sua família bastante conflituosos, ele demonstra vontade de morar com eles.

Rafael entra na sala da equipe, diz que está decidido que vai embora, que vai morar com a família “nem que eu tenha que pagar 300 real por mês”, e pede para ligar para a sua irmã porque quer que a profissional T fale com ela, que diz para ele falar, e não ela. Chama a ligação e ninguém atende (DCA1).

Rafael chega no SRT com o seu cunhado, diz que veio buscar as suas coisas para ir embora. A profissional S diz para ele aguardar a profissional T para primeiro conversar com ela. Ele está muito ansioso para ir embora (DCA2).

Os vínculos negativos são explicitados pelas relações com os traficantes e com os “amigos da rua”, segundo sua própria denominação, são pessoas que conheceu na rua, onde morou durante muitos anos.

Rafael está com a mão direita muito edemaciada (precisando inclusive de ser radiografada) porque relatou que na noite anterior tentou brigar na rua como não conseguiu, deu socos nas paredes [...] No café eles conversam, morador A e Rafael contam sobre suas trajetórias em instituições assistenciais tipo FEBEM, sobre vezes que fugiram para ir para rua ver o movimento e que cresceu assim (levando puxões de orelha e fugindo) (DCL).

Os profissionais do residencial e seus amigos moradores mantém vínculos fortes, evidenciando apenas um morador e sua profissional técnica de referência como vínculos muito fortes.

Rafael me aborda no refeitório, diz que está bem “graças a Deus”, está um pouco trêmulo, ansioso. Observo que na sala da equipe, profissionais Y, R e T, conversam sobre a síndrome de abstinência de Rafael, seus delírios persecutórios, comprometimentos orgânicos e psíquicos causados pelo uso de drogas ilícitas. Falam das várias possibilidades terapêuticas, incluindo intervenções e vinculações ao CAPS ad (DCJ).

Os vínculos fracos são ilustrados nas relações com um vizinho do SRT e com a Igreja Católica.

Leonardo da Vinci: tem 31 anos, é morador do SRT II não sabe ler nem escrever, é filho de Madalena Doni, que mora no SRTI com quem tem vínculo de afeto importante. Seu pai faleceu em 1995, vítima de um acidente de

trabalho. Possui mais dois irmãos e uma irmã que foi adotada por uma família de uma cidade vizinha. Possui diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica.

Embora tenha um bom vínculo com a mãe atualmente, nem sempre foi assim, visto que a história é permeada de violência intrafamiliar bastante significativa, sendo o pai o elemento protetor dos filhos segundo o registro do prontuário, o que segundo levou cada um morar em um residencial diferente do outro.

Ainda na primeira infância Leonardo da Vinci apresenta alterações significativas de comportamento. Possui várias internações psiquiátricas, sendo que em duas delas há registro de 12 sessões de eletroconvulsoterapia em cada uma delas. Passou ainda grande parte da infância e adolescência em abrigos protegidos para menores, em uma dessas passagens é encaminhado a primeira internação psiquiátrica compulsória, pela alegação de que o abrigo não teria condições adequadas de atendê-lo.

Quando completou 18 anos decidiu sair de um dos abrigos que morou e ganhar as ruas como opção de moradia. Numa oportunidade foi conduzido pela Brigada Militar até uma Clínica Psiquiátrica sob a alegação de estar fazendo “bagunça” no centro da cidade. Um único irmão de Leonardo da Vinci procura o poder público judiciário oferecendo-se para assumir a sua curatela, desaparecendo após o juiz informá-lo que para tal seu irmão deveria ir morar com ele. O SRT tenta contato com a família paterna para tentar alguma aproximação, mas todos são verbalmente agressivos e hostis.

Muito embora o passado de Leonardo da Vinci seja marcado pela violência intra e extrafamiliar, a sua única referência de vínculo familiar forte, segue sendo sua mãe, Madalena Doni, conforme evidenciado no ecomapa a seguir:

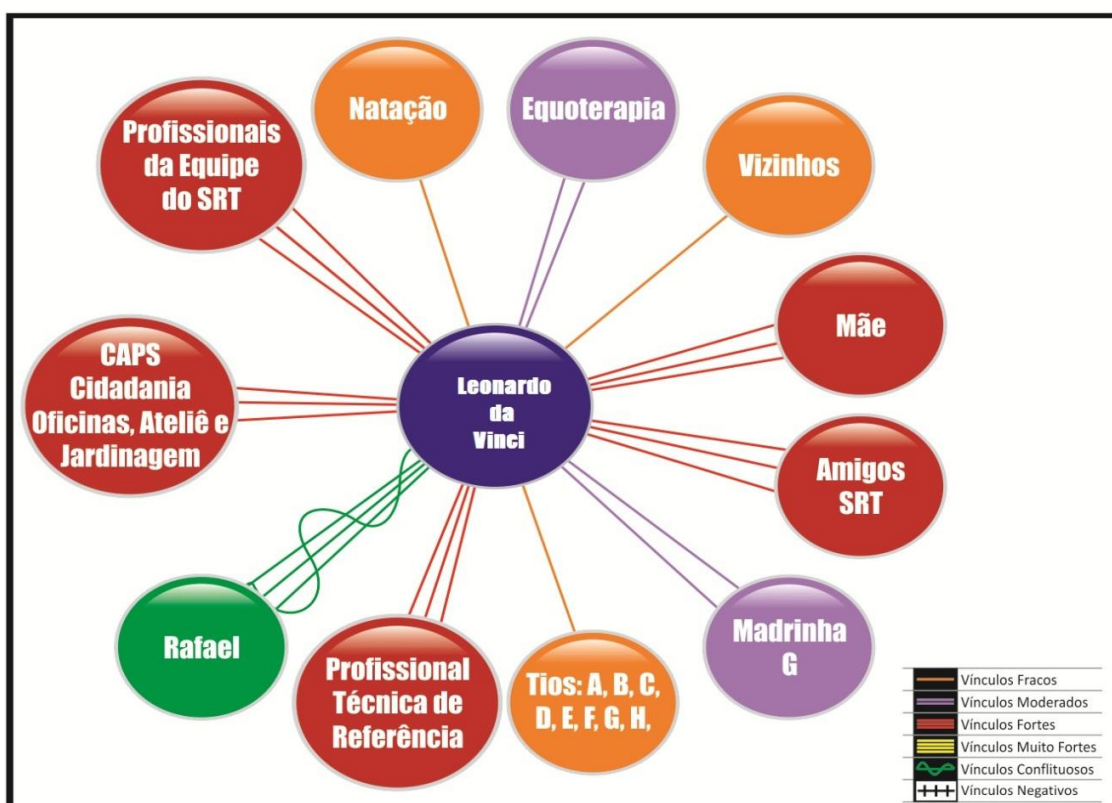


Figura 14: Ecomapa de Leonardo da Vinci

Fonte: Banco de dados - Redesul, 2010.

Leonardo da Vinci possui vínculos fortes com sua mãe, com a profissional que é sua técnica de referência, tanto que a considera sua confidente, com os profissionais do CAPS Cidadania e com seus amigos do SRT.

Diz que os profissionais o ajudam quando precisa e tem em profissional S [técnica de referência] uma confidente. Faz atividades no CAPS [...]. No final do almoço os profissionais almoçam na mesa dos usuários, junto com o morador Rafael (DCJ).

A equipe de profissionais do residencial tem grande vinculação com Rafael. Evidenciam este vínculo quando em algumas oportunidades alguns profissionais verbalizam que redobram cuidados e afetos, pela trajetória que Leonardo da Vinci fez na vida sendo privado destas atenções.

9h – acompanhei a profissional D com Leonardo da Vinci que vão colocar a roupa na máquina de lavar, depois colocam no balde, vão até o arrame (corda de roupa) e estendem. Leonardo da Vinci faz todo o processo com orientação da profissional que diz a ele: vamos pegar o sabão em pó. Onde coloca? em que local estende a roupa? Como precisa estender o lençol? Ele faz conforme a orientação. Leonardo da Vinci é um morador de longo tempo de institucionalização e apresenta dificuldades de fazer a tarefa, mas se esforça e faz em silêncio, apenas com algumas perguntas (DCL).

Os vínculos moderados referem-se a sua ligação com sua madrinha e com a equoterapia.

A natação, os tios e alguns vizinhos possuem vínculos fracos com Leonardo da Vinci.

Converso com Leonardo da Vinci em seu quarto, me conta que chegou no SRT em 2006 e que não gosta do SRT, quer uma casa. Diz que tem 30 anos, gosta de realizar atividades domésticas. Tem mãe e irmãos, que diz que não aceitam ele (DCA).

Um vínculo estressante é visualizado entre Leonardo da Vinci e Rafael, quando este inúmeras vezes o rechaça e evita qualquer tipo de contato.

Converso com Leonardo da Vinci em torno das 13h e 30min, fica ansioso, parece triste, desanimado. Relata inúmeras vezes seus vínculos estressantes, principalmente com Rafael que aparece algumas vezes na janela rindo e pedindo que ele “fale a verdade”, que incomoda os outros: Leonardo da Vinci fala desanimado do abandono da família, e relata o vínculo forte com a profissional S [técnica de referência] (DCJ).

A este respeito, Machado e Lavrador (2007) comentam que no cotidiano de qualquer um de nós, bem como no de uma casa-dispositivo, ou mesmo de um lugar que não se escolhe com quem morar está imposta uma série de dificuldades, brigas, desavenças, não-conformidades, insuportabilidades.

6.2 Laços sociais, cenas e subjetividades: um estudo cartográfico das trocas sociais no Serviço Residencial Terapêutico

Neste subcapítulo desenvolvo um estudo cartográfico de três cenas que tem como cenário o SRTII, e que possibilitam conhecer a estrutura dos laços sociais dos moradores, contemplando seus vínculos. Ainda permitem conhecer o sistema de trocas entre os atores envolvidos neste cenário sob a

ótica da teoria da dádiva, bem como compreender o laço social dos moradores e vislumbrar de que maneira que este laço contribui para sua inserção no meio social.

6.2.1 Laços fracos e laços fortes e o sonho de voltar para casa...

Neste espaço trago uma cena que permite analisar em profundidade a constituição de laços fracos entre o morador e seus familiares, esta fragilidade sustentada nos anos de distanciamento e nas sucessivas intenações psiquiátricas.

Entendo que a referência interna de casa, no sentido de lar, para todo ser humano enquanto ser social permeia o imaginário e o mundo subjetivo de qualquer pessoa. Por mais fracos que estejam os laços sociais que envolvem a pessoa moradora do SRT e seus familiares, estes no mínimo habitam seu psiquismo, seus desejos e seus “sonhos de voltar para casa”.

A noção de lar neste estudo compreende à idéia de lar que temos em nosso imaginário, como um local de aconchego, de privacidade, de identidade, de autonomia. Não necessariamente ao local físico, onde é o reduto da família, pois em muitos dos casos as relações familiares adoecidas parecem por conseguinte desorganizar os indivíduos. A este respeito Perrot (2001), evidencia que a construção de lar foi construída historicamente. Mostra que no Século XIX a casa é assunto de família, o lugar de sua localização, de sua habitação. Reveste-se a figural do casal e passa a assumir a figura de plenitude e sucesso. Neste momento, ainda a casa é objeto de investimento, a pedra é a formalização superior do patrimônio numa sociedade em que a renda inerente a patrimônio imobiliário é honrosa.

Neste sentido, da idéia interna de lar-casa, que foi construído historicamente, evoco Perrot (2001, p.321) a casa passa a ser *“cenário da vida privada e das aprendizagens mais pessoais, tópico de recordações da infância, a casa é o sítio de uma memória fundamental que nosso imaginário habita sempre”*.

Esses “sonhos de volta para casa” neste contexto assumem uma outra

configuração, na qual sou levado a evocar Corso e Corso (2007) quando compreendem às histórias infantis nos contos de fadas à luz da psicanálise, pulverizam explicações para os cenários e atores envolvidos no mundo subjetivo das crianças (e adultos).

Grande parte das histórias infantis ocorrem na floresta ou em torno dela, com a finalidade de atravessá-la. A floresta passa a ser o lugar de enfrentamento do perigo, ou o local de arrebatamento de tesouros ou ainda enfrentar fatores que ameassem a sobrevivência. Seja como for, a floresta retrata o local de expulsão do personagem de sua casa, de seu lar, exigindo-lhe que se entregue a um mundo novo de experiências que de alguma forma serve para seu desenvolvimento e crescimento (CORSO; CORSO, 2007).

O vocábulo lar ou casa, aqui assume um sentido como nas histórias infantis, quando o herói parte de casa e vai rumo à floresta, ou seja, ao mundo exterior em busca de seus objetivos ou de seu amadurecimento. E quando volta cheio de glórias e tesouros, nas palavras dos autores “muitas vezes nem volta: vai viver sua realeza num mundo por ele conquistado através dos dons que em casa ninguém soube aproveitar” (CORSO; CORSO, 2007, p. 38).

Neste sentido que o lar ou a casa assume no contexto do morador a nosso ver, o fato de “sonhar em voltar para casa” significa retornar a um lugar seu. Uma casa, que está além desta que possui profissionais que fortalecem seus laços sociais, a ponto de recompor sua autonomia e gerar possibilidades de sonhar em novamente voltar a morar em uma casa como qualquer um de nós.

Como os autores evidenciam muitas vezes nossos heróis das histórias infantis nem voltam, reconstroem outro mundo, o seu mundo fora de casa, mas ainda assim o seu lar.

A cena em que convido o leitor a mergulhar, ilustra de forma concreta estas evidências. O cenário é bucólico. É uma tarde escura e fria de inverno, e *Michelângelo* entra na sala da equipe do SRT, abordando uma das profissionais dizendo que quer falar com sua mãe. A profissional esboça um sorriso como que estranhando o interesse do morador, talvez pelo fato dele passar a maior parte do tempo com um discurso sem lógica, sem conseguir

responder seu próprio nome quando questionado, respondendo sempre com um “Outro, outra vez...”.

A profissional então, de pronto, procede ao contato telefônico, e pergunta se Michelângelo gostaria de falar. Ele responde negativamente e ela, após identificar-se, passa o telefone para ele, que assume o diálogo:

Michelângelo: – quando vocês vem me pega aqui? Porque eu tenho muita coisa para fazer aí fora.

– **Mãe** fala e ele diz: De certo vão fazer alguma coisa no meu aniversário aqui.

Michelângelo: - Até nós se ver...

Michelângelo: - Eu vou desligar, não tem mais nada para conversar.

- a Sra. conhece o morador Y ? O Morador y está aqui.

Ele passa o telefone para a profissional e diz que a mãe quer falar com elas.

Quando a profissional pega o telefone comenta com ela que tem que combinar uma visita a cidade natal de Michelângelo. A mãe diz que esteve aqui mês passado.

A profissional diz – mês passado já se foi.

Conversam... A profissional fala sobre Michelângelo que ele está bem.

A profissional pergunta se ela quer falar com ele e repassa o telefone. Ele diz que está com saudades. Diz que vai esperar eles virem buscar ele...

Ela fala. Ele diz que vai fazer 43 anos, e que está novo... E a Sra. também está nova.

Ela parece fazer várias perguntas (onde está, como ele está, o que faz)

Ele diz estar bem, que às vezes acontecem algumas serenatas aqui, se despede, pergunta se tudo está bem mesmo, beijos e tchau (DCL).

Não só a coerência do discurso de Michelângelo mobiliza a todos que presenciam esta cena no SRT, mais do que isso é o fato dele permear seu discurso com afeto, verbalizando sua saudade e a vontade de retornar a sua casa.

Submergido no contexto de Michelângelo, e seu desejo de voltar para casa, recordo-me do conto americano, clássico da década de 80, produzido por Gary Gygax inspirado nos romances e contos do filósofo John Ronald Reuel Tolkien, que no Brasil é apresentado na forma de animação, e fez parte de nossa infância, intitulado “A Caverna do Dragão”. A história tem início quando seis crianças americanas, após entrarem em uma montanha russa partem a outra dimensão, fazendo com que seu cotidiano gire em torno de tentativas frustradas de voltar para casa, e passam a viver num mundo diferente do seu (REAVES, 1999).

. Numa relação analógica com a história de Michelângelo, a montanha russa (aqui a instituição psiquiátrica) conduz a um outro espaço-tempo - diferente dos seus de origem, castrando as relações afetivas com seus familiares, transformando depois de certo tempo os laços familiares de fortes a fracos. A instituição psiquiátrica conduz a um mundo subjetivo de exclusão de seus afetos, num cotidiano de potencialização de sofrimentos, ilustrados pela dimensão de A Caverna do Dragão.

Os laços fracos que conectam Michelângelo a seus familiares, precisam ser fracos de investimento, pois no entendimento de Granovetter (1990) são estes os laços fracos que podem propiciar um trânsito com múltiplas possibilidades, pelo fato da pessoa não estar habituada a transitar no espaço social que estes laços façam parte.

Ainda no cenário da Caverna do Dragão surge outro personagem, denominado Mestre dos Magos, o qual aparece periodicamente para os jovens perdidos sugerindo estratégias a fim de que consigam retomar o caminho de volta para casa, respeitando suas decisões individuais (GARY GYGAX, 1999). Em analogia ao personagem Mestre dos Magos, comparo a estratégia do SRT, no sentido de oferecer literalmente, o contato entre Michelângelo e seus familiares.

Evidencio o residencial como um híbrido, entre ser uma casa ou ser um serviço (AMORIN, 2008). Aqui os profissionais do residencial podem auxiliar, indicar um caminho possível, uma tentativa de aproximar Michelângelo de seus familiares, sobretudo respeitando as decisões por ele tomadas ou mesmo as dificuldades e truncamentos impostos pelo seu próprio contexto de vida.

Noutro final de semana, retorno ao SRTII a fim de acompanhar o cotidiano do serviço. Chegando, Michelângelo me aborda e convida para ir até o bar da frente do SRTII jogar uma partida de sinuca. Aceitei seu convite. Ao atravessarmos a rua, ele me faz outro convite, o de ir até a rodoviária da cidade tomar um café, visto que ficava acerca de uns cinco quarteirões distantes dali. Confesso que o convite inusitado não me causara estranheza e seguimos.

Durante o trajeto, Michelângelo faz questão de me relatar que em sua cidade natal, “*existem muitas gurias bonitas*” e que eu iria gostar de lá.

Chegando à rodoviária, estrategicamente após bebermos um café, me convida então para pegarmos um ônibus e partirmos até a sua cidade natal, trazendo seu discurso carregado de saudosismo ao falar de seus familiares e outra vez verbalizando a vontade de voltar para casa. Explico que não seria possível de minha parte, e conversamos a respeito no caminho de volta ao SRT.

Michelângelo não só sonha com a possibilidade de voltar para a casa de seus familiares, como procura concretizá-lo neste segundo momento, ao me convidar para ir até a rodoviária para pegar o ônibus para sua cidade natal.

No sentido oposto a intencionalidade de Michelângelo, sua mãe ao telefone demonstra não ter interesse em combinar uma visita para que ela e Michelângelo se encontrassem, verbalizando que “já se viram no mês passado”, demonstrando a fragilidade do laço familiar.

As relações entre a família e o portador de sofrimento psíquico foram (são) fragilizadas pela prática manicomial de segregar a família do então paciente, separando-os à guisa de reorganizar o contato entre família / doente mental / sociedade. Hoje estamos frente a uma outra lógica – a lógica da inclusão – que percebe este sujeito não só como o portador de um aparelho psíquico que eventualmente precise de diagnósticos e uma terapêutica, agora como um ser acometido de um fenômeno histórico e social, vislumbrando a loucura de um outro ângulo, desta maneira permitindo que a atenção psicossocial dê conta de suas múltiplas dimensões, incluindo essencialmente a família neste contexto (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

As autoras ainda comentam que o retorno do sujeito acometido de uma doença mental à família é complexo e repleto de contradições, ressaltando ainda os desgastes dessas famílias, e a falta de preparação dos serviços extra-hospitalares para lidar com esta problemática.

Com relação ao fato da mãe de Michelângelo ser evasiva ao estímulo da profissional em aproximarem-se através de uma visitação, trago à tona as reflexões de Fabiana Pergoraro (2009) quando afirma que a internação possibilita que a família deixe a cargo do Estado o cuidado de seu familiar, seja pela sobrecarga dos cuidados cotidianos que o sujeito em sofrimento psíquico demanda, seja pela diminuição de gastos. Pois o tempo de internação diminui

os custos com alimentação, medicamentos de forma geral, bem como possibilita aos familiares-cuidadores que exerçam suas atividades profissionais.

Borba, Schwartz e Kantorski (2008) sistematizam a sobrecarga dos familiares em três grupos distintos a saber: a **sobrecarga financeira** evidenciada pelo fato dos familiares em muitos casos serem de baixa renda, e no caso de um de seus familiares ser portador de sofrimento psíquico, terem de se re-arranjar no tocante às relações no mundo do trabalho; a **sobrecarga de cuidado** quando os familiares-cuidadores tomam para si a tarefa de regular a administração dos psicofármacos e do restante de cuidados no intuito de preservar a integridade familiar; e a **sobrecarga física e emocional** quando os familiares se percebem mais ansiosos, fatigados e com alterações em sua saúde orgânica ou emocional, decorrente da mudança significativa na dinâmica familiar, ocasionada pelas demandas que o portador da doença mental requeira.

As mesmas autoras ainda trazem a compreensão que, o fato de as famílias solicitarem internações psiquiátricas não se dá pelo motivo meramente de não amar seus familiares, mas sim pelo motivo de não aguentarem mais as demandas e exigências que o portador de sofrimento psíquico exige (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Para Melman (2001), quando a família chega ao serviço de saúde mental traz em seu íntimo as sensações mais solitárias e sentimentos de impotência frente as suas experiências com doença mental, o que solicita aos profissionais de saúde produzir em um ambiente acolhedor que permita inspirar respeito, a fim de que então se estabeleçam laços de confiança. Depois dos laços estreitados, cabe resgatar a esperança frente ao desânimo de se viver a doença mental para que, desta forma, se possam modificar as formas de lidar com a problemática, acionando as múltiplas redes de apoio da comunidade (amigos, vizinhos, igreja, esportes, serviços de saúde).

No sentido de inter-relação entre serviço de saúde mental / morador / família, Camatta e Schneider (2009) consideram que os profissionais de saúde mental são os elementos catalisadores do processo da transição paradigmática entre o modo asilar e o modo psicossocial, bem como de todos os

interessados. Enfatizando a necessidade de buscar estratégias conjuntas com usuários e familiares para um enfrentamento mais eficaz e menos doloroso, promovendo um ambiente que seja fecundo à saúde mental dentro da própria comunidade.

Entendo que não existe fórmula pronta para a reconstrução dos laços entre o morador e sua família. Possivelmente esta “falta” de certezas duras seja o espaço para a criatividade conjunta entre profissionais, moradores, usuários e comunidade para construírem estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico, cada um a sua maneira, no seu contexto, no seu mundo.

Os laços entre moradores e seus afetos foram rompidos e fragilizados pelas duras certezas do modo asilar, que os separou seja por controle ou por culpabilização da doença. Cabe agora no modo psicossocial, a construção de novas formas de enfrentamento, de novas acomodações na vida, de outras formas de subjetivação da própria experiência do enlouquecer, de encontrarmos juntos as saídas e os fortalecimentos dos laços entre morador e seus afetos, em trocas sociais que permitam o seu retorno para sua casa, a partir do entendimento individual de cada um.

6.2.2 Dom, *Hau* e Contra-dom

Em o Pequeno Príncipe de Saint-Exupéry (1994) a criação de laços e o *hau*, compreendido como a força que move as relações entre as pessoas é explicitado entre as personagens representadas pelo príncipe e por uma ardilosa raposa.

Nesta cena emblemática, o pequeno príncipe convida uma raposa para brincarem, quando esta explica não ser possível pelo simples fato dele não a ter cativado, e a narrativa se desenrola em torno do que é cativar afinal:

- que quer dizer “cativar”?
- é uma coisa muito esquecida, disse a raposa. Significa “criar laços...”
- Criar **laços**?
- Exatamente, disse a raposa. Tu não és para mim senão um garoto igual a cem mil outros garotos. E eu não tenho **necessidade** de ti. E tu não tens necessidade de mim. Não passo a teus olhos de uma raposa igual a cem mil outras raposas. Mas se tu me cativas, nós teremos necessidade um do outro. Serás para mim único no mundo.

E eu serei para ti única no mundo... (SAINT-EXUPÉRY, 1994, p. 66-67).

Saint-Exupéry (1994) traz à tona, nesta cena de sua obra, a reciprocidade e a formação de laços nas relações entre as pessoas, as vinculações pelo fato de um cativar o outro e das necessidades que advém desta relação. Em outras palavras quando uma pessoa cativa outra, cria laços com ela e cada uma delas passa a ser única nesta relação. Assim, entendo que o cativar, sendo esta força que impulsiona o estabelecimento de laços se aproxima inequívoca e analogamente ao *Hau* de Mauss (2008).

Mergulhado na ótica de trocas relacionais de dons e contra-dons, além da força que os impulsiona, o hau, convido o leitor a acompanhar uma rápida descrição, porém significativa, de uma cena que ilustra os três conceitos-chaves desta dissertação.

O horário aproxima-se do meio dia, e na sala do SRT onde são servidas as refeições, entre intensa movimentação dos moradores e de alguns profissionais, é servido o almoço a todos os moradores. Os profissionais vestem uma toca e coordenam os moradores, de modo que todos sirvam-se adequadamente e acomodem-se. Todos almoçam entre conversas paralelas (praticamente ausentes em instituições toais e alguns refeitórios públicos) como na casa e na rotina de todos nós. Leonardo da Vinci, neste dia está um pouco mais lento com visíveis dificuldades de concentração, e bastante desanimado e desesperançoso.

Atentamente continuo sentado em um sofá que comporta no máximo três pessoas, registrando alguns pontos principais que julgo interessantes, para que sejam desenvolvidos noutro momento. Ao quase findar do almoço, desenrola-se uma cena simples, numa primeira avaliação, contudo de ímpar significância:

[técnica de enfermagem] administra a medicação junto ao almoço, todos “por via oral”. Monalisa chama a atenção de Morador Y para que coma direito, educadamente. Quase todos servem-se pela segunda vez e todos servem-se sozinhos. O cardápio hoje oferece: polenta, feijão, lentilha e saladas verdes, acompanhadas de fatias de laranja e suco. Morador Z toma o suco de Virgem Maria, Monalisa avisa. No final do almoço os profissionais almoçam na mesa dos usuários, junto com o morador Leonardo da Vinci (DCJ).

Anteriormente a este fato, os mesmos profissionais nos contaram em momentos diferentes, a trajetória de vida de Leonardo da Vinci, uma vida permeada pela violência intrafamiliar desde o início de seu desenvolvimento e pelas inúmeras internações psiquiátricas, e todos relatam que ele precisa de muito afeto.

Segundo os registros no prontuário de Leonardo da Vinci, as violências sempre foram o pano de fundo de seu desenvolvimento, desde quando sua mãe os expulsava de casa, e pela sua passagem nas instituições psiquiátricas, com história de inúmeras sessões de eletroconvulsoterapia. Contam ainda os registros de Leonardo da Vinci, que após completar a maioridade resolve ganhar as ruas como forma de moradia. Sua vida é marcada pelas alterações significativas de comportamento.

Leonardo da Vinci apresenta uma estrutura emocional extremamente frágil, fala baixinho e nas palavras dos trabalhadores “tem sempre uma tristeza no olhar”, possui a fala baixa e arrastada. Apresenta-se calmo e profundamente desleixado com sua aparência física, demonstrando sempre uma desesperança em seu comportamento, em minha percepção desperta compaixão dos integrantes da equipe de profissionais por esta trajetória de vida marcada pela dor e pelo abandono, o que mobiliza os profissionais a tratarem dele com um “cuidado a mais”.

Cortes e Kantorski (2009) sugerem a utilização do afeto como um recurso terapêutico pelos profissionais que atuam na saúde mental. A fim de que se possa estabelecer através de um relacionamento interpessoal com vínculos fortalecidos, a reconstrução dos laços fragilizados pelo manicômio.

Visando transpor o tratamento circunscrito ao espaço físico fechado, o serviço de saúde mental comunitário, pretende avançar num cuidado que tenha como meta a inserção social do sujeito, e parte desta valorização cotidiana dos vínculos.

Nesta linha de raciocínio, Távora (1999) elucida a importância e vitalidade das relações entre o serviço de saúde mental de base comunitária e o usuário deste. Destaca a necessidade de se investir em vínculos

estabelecidos em relações de afeto que se constroem a cada momento não somente a partir da prática de uma clínica e ou de conhecimentos pré-concebidos. Enfatiza o ouvir antes do intervir, permitindo a avaliação das demandas do serviço, repensar, problematizar os pedidos por parte dos indivíduos e oferecer então alternativas e suportes terapêuticos.

Antropologicamente falando, para Romanelli (2006) o afeto e o ato de comer mantém uma relação intrínseca e acompanha o desenvolvimento humano. O leite materno oferecido pela mãe ao bebê é acompanhado de carinho e proteção. Muito embora, para Badinter (1985) o amor materno não é inato, é desenvolvido pelos longos anos ao lado do filho, no cotidiano de cuidados dispensados em cada situação. Sendo possível para a autora, que a ausência do filho possa desenvolver na mãe o sentimento materno, mas isso se esse tempo não for demasiado longo, e desde que tenha existido previamente. O caráter afetivo que envolve a alimentação se refere a relação com o outro, transformando-se em momentos de conversação, de encontros, de formas múltiplas de sociabilidades bastante prazerosas.

Envolvido na cena de Leonardo da Vinci almoçando sentado à mesa com alguns profissionais da equipe, quando praticamente todos os outros moradores já almoçaram, compreendo que o dom oferecido à equipe de profissionais por Leonardo da Vinci diz respeito a sua própria trajetória de vida. Este sentimento de consideração (hau) os impulsiona a retribuem agora durante o almoço quando sentam. e comem juntos (contra-dom), num clima de afeto e continência.

Nas concepções de Schlichting, Boog e Campos (2007) as emoções são remoduladas em torno da mesa, estreitando os vínculos entre pacientes, terapeutas e com o próprio serviço de saúde mental, o que facilita e incentiva o tratamento e as relações de reciprocidade entre as partes. As autoras chamam a atenção ainda para a importância e o potencial terapêutico que os alimentos podem oferecer, pelas características organolépticas e estéticas, além das nutricionais, sobretudo das simbólicas obviamente. Neste contexto de alimentação em conjunto todos os aspectos apreendidos precisam ser privilegiados analiticamente.

Ao mergulhar nesta cena chamo a atenção do leitor a fim de observar a diversidade do cardápio oferecido aos moradores, das múltiplas possibilidades de um comer saudável o que certamente estimula e torna agradável não somente ao paladar. Mas proporciona estes momentos de comer juntos, transformando-os em espaços-momento de encontro, de troca de afetos e de reconstrução de laços.

O *hau* que os impulsiona fica explícito na prática destes profissionais, por entenderem as necessidades de Leonardo da Vinci. Nas palavras de Saint-Exupéry (1994) o cativam, por ele ser único, com sua história única de vida, suas diferenças e particularidades que o tornam único. Os profissionais então materializam o contra-dom através do “simples” fato de almoçarem juntos, utilizarem o afeto como um recurso terapêutico na prática, e o acolherem particularmente neste momento de maior fragilidade.

Não é o simples fato de sentarem e almoçarem juntos, equipe e morador, num sentido puramente inclusivo ou então terapêutico por si só. Compreendo que há muito mais do que apenas estas duas dimensões da ação implicada neste ato. O *hau* que impulsiona esta prática da equipe está externalizando as suas reais concepções, do que é cuidar em liberdade afinal, compreendendo Leonardo da Vinci como um sujeito-cidadão, nas suas múltiplas dimensões como um ser social, um cidadão de direitos, um usuário do serviço de saúde mental, um ser humano que tem a necessidade de afeto afinal.

Neste contexto, como atores coadjuvantes da cena de Leonardo da Vinci, os profissionais de enfermagem enquanto almoçam estabelecem inequivocamente um cuidado de enfermagem. Desta forma o dom no contexto do cuidado, está presente na complexidade do relacionamento humano, visto que a palavra é a primeira troca que um ser humano realiza com outro na maioria das vezes.

O relacionamento terapêutico constitui-se como um instrumento de cuidado utilizado pelos enfermeiros que tem permitido às pessoas que padecem psiquicamente reorganizar-se biopsiquicamente, inclusos as dimensões sociais, culturais, religiosas de cada individualidade. Trata-se de

uma prática terapêutica centrada na pessoa, configurando-se como uma prática de cuidado que entende o ser humano em sua totalidade, visualizando-o com suas potencialidades e limitações. Entende o ser humano como um protagonista de seu próprio cuidado desenvolvendo habilidades em si para que enfrente o seu sofrimento, de maneira a se reintegrar ao meio social (KANTORSKI et al., 2005).

Enfatizando esta especificidade identificada no cuidado dos profissionais de Enfermagem na atenção com Leonardo da Vinci, e todo aparato de relação interpessoal terapêutica que fica evidenciada, concordo com Almeida e Germano (2009) quando se apoiam no paradigma do dom para analisar as trocas relacionais no âmbito da enfermagem. Refere que podemos perceber com muita clareza os bens imateriais que permeiam as relações entre profissionais de enfermagem e o usuário de determinado serviço de saúde.

O medo do desconhecido e as incertezas comuns na construção de uma nova vida evocam na equipe de enfermagem, confiança, respeito, acolhimento e o estabelecimento de uma relação interpessoal terapêutica que possibilite a formação e o estabelecimento de vínculos, impulsionando o usuário/morador a fortalecer seu laço social também para fora do serviço, o envolvendo na comunidade, na cidade, no meio social.

A relação terapêutica entre técnicos sejam enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, torna-se uma fonte de poder ao chamar os gestores da saúde mental, os políticos e os administradores envolvidos neste processo, às suas responsabilidades, pois estes profissionais são, nas palavras dos autores, os principais atores a laborar no processo de desinstitucionalização (ROTELLI; LEONARDI; MAURI, 2001).

Ainda nesta mesma linha de considerações, Mota (2004) ao estudar grupos de Alcoólicos Anônimos (AA), resgata a teoria da dádiva evidenciando a sobriedade como um dom a circular, sendo gratuitamente recebida e da mesma forma oferecida aos usuários destes grupos. Os grupos de AA, através da dádiva da sobriedade rompem com a rede de relações anterior os auxiliando a reestruturá-las.

Focando nossas atenções no aspecto do dom ao fortalecer o laço

social de Leonardo da Vinci, destaco as afirmações de Mota (2004) quando expressa que compartilhar, produzir e impulsionar valores fazendo-os circular nos grupos que os sujeitos pertencem, produz redes de sociabilidade, nos quais os afetos e as relações, sejam elas terapêuticas ou não, tem múltiplas possibilidades de se resignificarem, propiciando desta forma o fortalecimento do laço que introduz o sujeito de fato no meio social.

Buscando compreender o sistema de trocas potencialmente fortalecedor do laço social dos moradores deste SRT, evidencio especificamente aqui nesta cena, as forças que impulsionam (hau) o ato da equipe de profissionais a retribuírem o dom, ao sentarem-se para almoçar juntos (contra-dom), o dom ofertado pelo morador consiste na entrega de sua própria trajetória de vida. Esta experiência relacional traz à tona as múltiplas e sutis formas de fortalecer os laços sociais fragilizados, utilizando-se do afeto como um recurso do próprio relacionamento terapêutico, amplamente utilizado pelos profissionais de enfermagem, de forma a fortalecer a teia que relaciona o morador ao meio externo.

6.2.3 O laço social

As *pontes incas* representam verdadeiras maravilhas da engenharia antiga. Os navegadores espanhóis, ao chegarem à América, ficaram atônitos com as construções de pontes a ligarem espaços distantes um do outro, feitos de tramas de linhas têxteis, gramíneas, lã de lhama ou cordas da espessura do tórax de um homem adulto, visto que não tinham domínio sobre a metalurgia, e assim foram impulsionados, talvez pela dificuldade de se construir estradas no relevo acidentado dos Andes (NAVARRO, 2008).

Neste contexto de ligações entre dois pontos, evoco Generoso (2008) quando concebe a relação de laço social como sendo a relação do sujeito com o outro. O laço social não se equivale à sociedade, pois quando se traz à tona o conceito de laço social, se permite pensar nos vários tipos de laços sociais. Nas palavras de Miller (2003), se por um lado nos fascinamos com a ideia totalitária de sociedade, o laço social esfacela esta ideia unitária, pluralizando-a.

Nesta perspectiva, compreendo que o laço social configura-se no ente

que conecta o sujeito ao outro (meio externo, pessoas, instituições ou coisas) em intensidades e quantificações multivariadas. Especificamente os sujeitos em sofrimento psíquico, que tiveram seus laços sociais fragmentados, enfraquecidos, quiçá destruídos pela vida asilar tem seus laços sociais modificados e fortalecidos pelos múltiplos equipamentos dos serviços substitutivos de saúde mental, neste caso, o SRT assume supremacia nesta construção.

Neste contexto de introdução do indivíduo na comunidade, no meio social, convido o leitor a acompanhar a cena que se desenrola no supermercado local, quando Rafael resolve comprar alguns produtos de higiene pessoal.

Profissional F chega e seguimos as compras, no mercado Rafael compra uma pasta de dentes (Colgate), Profissional F diz que veja o preço pois ele tem R\$30,00 para gastar em produtos de higiene pessoal. Ele confere R\$1,84. Segue e diz que quer levar doze sabonetes. Profissional F questiona porque tanto sabonete, ele insiste diz usa isto no mês e que quer levar. Coloca na cesta, e segue para comprar “BIC” (aparelho de barbear) compra dois pacotes com cinco cada. Profissional F o ajuda a ir somando, verificam que ainda tem dinheiro. Profissional F sugere a compra de um xampu, ele primeiro não concorda, mas na conversa começa a achar que pode ser bom usar xampu, lê os diversos tipos, vê preços, pede para sentir o cheiro, abre e nos mostra e ele escolheu um e leva dois frascos do mesmo xampu Palmolive (DCL).

O fato de ter a possibilidade de escolher a quantidade de sabonetes que quer comprar, embora para o profissional pareça exagerado, simboliza a autonomia, o direito de escolha do cidadão Rafael, a possibilidade de poder errar na quantidade de sabonetes, e verificar que no final do mês não usou toda esta quantidade e ter de reduzir no próximo mês. Representa o empoderamento do morador-usuário-cidadão no meio social. Como um sujeito de direito e deveres, livre, com a possibilidade de escolhas.

A noção de empoderamento (do inglês *empowerment*) remete à ideia de fortalecer o poder, através de um conjunto de estratégias, da autonomia e de auto-organização de usuários dos serviços de saúde mental, trabalhadores e familiares, seja no plano pessoal, interpessoal, familiar, grupal, institucional ou na sociedade como um todo (VASCONCELOS; 2006).

Rafael, como os outros moradores que viveram longos anos em instituições psiquiátricas, tem dificuldade de conseguir um emprego ou uma renda que o possibilite prover o próprio sustento e assim em diversos países é garantida uma renda mínima a estas pessoas.

No Brasil, este benefício é garantido pelo Programa de Volta para Casa do Ministério da Saúde, que implementou o auxílio-reabilitação destinado a pessoas que possuem transtornos mentais e que são egressas de internações psiquiátricas, através da Lei 10.708 de 31/07/2003 (AMARANTE, 2008).

Neste contexto, destaco que o fato de o morador ter dinheiro o empodera socialmente, tendo a possibilidade de comprar a quantidade que desejar de sabonetes, mesmo que comprar doze sabonetes possa parecer exagerado para o profissional ou para qualquer um de nós.

A aparente fragilidade do laço social de Rafael pode ser comparada à possível fragilidade dos liames que formam as pontes dos incas, por serem feitos de gramíneas ou lãs, muito embora os espanhóis jamais conseguissem recriar alguma réplica. O laço de ambos, da ponte inca e de Rafael tornam-se análogos por se firmarem na diferença, se por um lado as pontes incas são diferentes pela constituição frágil de um laço de corda de material inusitado, de outro lado temos o laço social de Rafael constituindo-se numa relação de poder de escolha ao comprar uma quantidade pouco comum de sabonetes para ser usada por uma pessoa apenas, numa relação que se constitui alicerçada na diferença, de ser diferente e se relacionar com o mundo de uma forma diferente.

Surge em cena neste momento uma ferramenta utilizada pelo SRT, para auxiliar o morador a saber controlar o seu dinheiro, denominada “Banco Pedagógico”. Este consiste numa ferramenta de cuidado e emancipação para indivíduos que utilizam serviços de saúde mental. Chama-nos a atenção esta ferramenta de cuidado e de empoderamento utilizada pelo SRT.

O Banco Pedagógico funciona da seguinte forma: o dinheiro do morador é guardado em envelopes particulares identificados nominalmente em um armário na sala dos profissionais. Todos os moradores tem uma quantia de R\$ 10,00 para gastarem com o que quiserem durante a semana (lanches,

refrigerantes, cigarros). A cada movimentação do dinheiro ou no início do mês quando recebem o seu benefício, os movimentos de entrada e saída de dinheiro são registrados em um livro e explicados exaustivamente ao morador qualquer movimento que haja. Inclusive em casos em que o morador possa parecer não compreender, o profissional explica ainda assim qualquer movimento no dinheiro individual.

Assim o morador pode escolher almoçar fora, caso não esteja com vontade de almoçar no residencial, por exemplo. A nosso ver a grande possibilidade de poder escolher se quer ou não quer almoçar, se quer comprar um lanche ao meio dia, ou se tem vontade de comprar doze sabonetes para durante o mês, se configuram em possibilidades de empoderamento significativos, que contribuem para o fortalecimento do laço social deste cidadão no supermercado, no comércio, entre os próprios moradores, com os profissionais e com o meio social que está submergido afinal.

Profissional X explica que eles tem o banco pedagógico. Cada semana o usuário tem R\$10,00 para gastar com o que quiser (sorvete, refri, etc.) e é acompanhado para aprender a lidar com o dinheiro. Rafael que mais R\$100,00 para compra de cigarros, R\$ 30,00 para compra de material de higiene e R\$10,00 (para sorvete, etc.). Fazem juntos as contas (ele ainda tem a prestação de um aparelho de som no valor de R\$90,00) e concluem que sobrá R\$260,00 para o resto do mês (DCL).

Barros, Oliveira e Silva (2007) refletem que a loucura, a dor, o estar em sofrimento, o envelhecimento, não são caracteres de uma vida que perdeu seu rumo, antes disso, são signos de uma vida dita normal. Assim uma vida que não se defronta com o assombroso, com o incomum, é uma vida empobrecida, normatizada e incapaz de agir com criatividade.

Amarante (2008) alerta que se deve ter sempre em mente que assim como os técnicos de saúde podem ser os atores que cortam os grilhões do aprisionamento, por outro lado podem ser eles próprios os que aprisionam os indivíduos em sofrimento psíquico de outras formas. O cotidiano de uma casa deve ser a tônica dos residenciais, e os profissionais precisam “ter em mente e em prática” o repúdio a qualquer normatização ou padronização de comportamentos. E neste contexto que o fato diferente de comprar doze sabonetes por Rafael merece destaque, por privilegiar também sua autonomia.

Para Kinoshita (2001), o indivíduo será somente autônomo quando for capaz de estabelecer contratos sociais. Concordo com Moreira e Andrade (2003) quando afirmam que respeitar a autonomia do sujeito significa compreender que em muitos aspectos de sua vida cabe a si mesmo tomar decisões e traçar planos de vida, baseados em suas crenças, aspirações próprias, mesmo que para isto divirjam da sociedade.

Saindo do supermercado vamos encontrar Rafael no SRT, com a possibilidade de escolha de uma multiplicidade de atividades que o residencial e a comunidade, podem oferecer a ele. A cena cartografada de Rafael privilegia sua autonomia de possuir dinheiro para comprar, e ter a escolha livre de obter o que e quantos quiser, bem como de poder fazer parte desta gama de atividades que a rede pode oferecer.

Desta forma, o variado cardápio que o serviço disponibiliza aos moradores, a forma como os profissionais desenvolve suas atividades de trabalho, as instituições que fazem parte da rede social (comércio local, igrejas, amigos, vizinhos, equoterapia, hidroterapia, comunidade) e de serviços (CAPS, CAPS ad, CAPS i, UBS, hospital geral, pronto socorro, SRT) contribuem para o fortalecimento e a (re)-construção dos laços que lançam os indivíduos ao meio social.

Ao cartografar indivíduos em sofrimento psíquico, Dalmolin (2006) afirma que a busca de indivíduos por recursos que deem conta de acolher o sofrimento psíquico é bastante ampla, desde o suporte afetivo dentro da própria família às instituições de caráter religioso, bem como as que tem por finalidade a proteção de direitos e aquelas que se destinam à prestação de serviços de saúde. Ainda neste contexto cabe incluir a vizinhança, os amigos, e todas as dimensões simbólicas que cada indivíduo encontra no território para exprimir seu sofrimento psíquico.

Se estes indivíduos foram “carimbados” pelas internações psiquiátricas, o afastando de seus territórios geográficos e simbólicos, hoje tem possibilidades múltiplas na dimensão objetiva dos serviços de saúde, espalhados no território, com igrejas, com vizinhos do residencial, pessoas que moram no bairro, trabalham na padaria, no bar, no comércio local, nas oficinas,

nos CAPS, no Programa Brasil Alfabetizado, na hidroterapia, na equoterapia. Estas diversas possibilidades fortalecem estes indivíduos a relacionarem-se entre si e com este todo a sua volta, reestruturando laços sociais que se perderam no tempo e no espaço do manicômio.

No contexto desta rede de serviços e sociabilidades, os profissionais de saúde são chamados à co-responsabilização, pela formação destas teias na vida das pessoas, conforme apontam Martins e Fontes (2004).

Cartografando os laços sociais destes moradores, compreendo que a exemplo dos incas, os profissionais, moradores e a sociedade são chamados a construir pontes, nos serviços de saúde e nas cidades, com os fios mais inusitados que podemos supor, de maneira a reconstruir estes laços sociais como uma ponte inca que rompe as barreiras impostas pelo tempo.

Que o sonho de volta para casa possa transpor o cotidiano vivenciado pelos personagens de A Caverna do Dragão, de maneira que a sua viagem tenha uma volta concreta para um mundo simbólico e também geográfico, real, para uma casa que possa ser chamada de sua casa. Uma casa onde a tríplice obrigação do “dar, receber e retribuir” encontre a reciprocidade da formação natural de laços ensinados pela raposa ao pequeno príncipe. Que estes moradores encontrem passagem pelas pontes incas da autonomia, da possibilidade de escolher, da liberdade de sair à rua, de viver a vida, construindo um laço social talvez mais fortalecido, e certamente diferente do que já foi um dia.

7 Considerações Finais

Este estudo se insere no bojo de pesquisas que buscam compreender os sujeitos em sofrimento psíquico, com as suas múltiplas dimensões no contexto em que se encontram, neste caso os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos do município de Caxias do Sul, na serra gaúcha, buscando compreender o fenômeno através do qual esses mesmos sujeitos constroem e estruturam os laços sociais que os inserem no contexto social, balizados pelas trocas relacionais, valorizando e reconhecendo-os como cidadãos de direito.

Práticas de outrora, a pretexto de legitimar as práticas da Psiquiatria, numa relação linear de detenção do poder do conhecimento sobre a loucura, como a separação do portador de sofrimento psíquico em relação à sua família e de seus afetos é que produziram a fragmentação ou destruição dos laços sociais destas pessoas

Com o escopo de transformar a assistência ao indivíduo com um transtorno psíquico, surgem os serviços de base territorial comunitária, se utilizando dos múltiplos recursos concretos do território, incluindo a família como foco de cuidado. E é neste contexto, que surgem os Serviços Residenciais Terapêuticos, que se destinam a receber pessoas oriundas de longos anos de internação psiquiátrica e que perderam seus laços familiares. O Serviço Residencial Terapêutico precisa ter aspecto de uma casa, com as configurações da casa de qualquer um de nós, com a diferença de que há naquele uma equipe. É considerada uma casa-dispositivo ou um serviço híbrido, ou ainda uma casa em movimento numa transição que varia de um serviço para um lar.

O Serviço Residencial Terapêutico, então, é palco para as cenas que foram cartografadas a fim de que se atingisse o objetivo geral desta

dissertação, ou seja, compreender a constituição dos laços sociais dos indivíduos em sofrimento mental moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) de Caxias do Sul – RS.

Para que se compreendesse a constituição destes laços sociais necessário foi que o objetivo geral se desdobrasse em mais três objetivos específicos, a saber: conhecer a estrutura dos laços sociais no processo de viver e no cotidiano dos moradores dos indivíduos em sofrimento psíquico, moradores do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de Caxias do Sul – RS; identificar a rede de relações e os laços sociais dos moradores do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de Caxias do Sul – RS, e por fim, conhecer o sistema de trocas (dádivas) e os mecanismos de solidariedade que fortalecem ou fragilizam os laços sociais, que permeiam a vida dos moradores deste lugar.

O referencial teórico eleito para que se atingissem os objetivos pretendidos, baseia-se na produção teórico-científica do sociólogo Paulo Henrique Martins e na Teoria da Dádiva de Marcel Mauss, que nos permitiram através de uma concepção antiutilitarista das Ciências Sociais visualizar as trocas relacionais, e as forças que envolvem os processos da trilogia apresentada por Mauss de “dar, receber e retribuir”, identificando desta maneira os mecanismos que fortalecem ou que fragilizam a constituição dos laços sociais dos sujeitos deste estudo.

A coleta de dados se deu através da técnica de observação participante, com um mergulho intenso em campo totalizando 700 horas por duas duplas de pesquisadores, incluso o autor desta dissertação. Além da realização do ecomapa de cada um dos sete moradores que foram sujeitos deste estudo.

Os sete sujeitos foram caracterizados num primeiro momento quanto ao sexo, idade, escolaridade, naturalidade, data de ingresso no residencial terapêutico e diagnóstico. Num segundo momento foram contadas as trajetórias de vida de cada um com base nos dados de seus prontuários, e apresentados os seus ecomapas, oportunidade em que foram esboçados seus vínculos e suas variadas intensidades. De modo geral, a rede social dos moradores é ampla, contando com a equipe de profissionais do SRT na maior

parte das situações para mediar situações de suas inserções, seja nos serviços de saúde, seja para dar suporte nas situações de crise ou mediar aproximações com a família.

Os moradores do SRT, de forma geral, possuem fortes laços que os interconectam, contando em situações adversas ou convivendo no cotidiano simplesmente. Muito embora em situações específicas, estes laços são conflituosos dos moradores entre si. A equipe de profissionais possui um vínculo importante com os moradores, os impulsionando para uma vida mais autônoma o que leva a confirmar o pressuposto deste estudo de que os laços sociais dos indivíduos em sofrimento mental, que foram rompidos ou fragilizados, são reconstituídos tendo por base as trocas relacionais entre os próprios moradores do SRT entre si e também entre os moradores e os profissionais do SRT, visto que estas trocas os fortalecem formando uma rede social, os impulsionando para uma vida fora do serviço e assim possibilitando que transitem em outras redes sociais.

Chama a atenção ainda que todos os moradores sejam provenientes de internações psiquiátricas e de fato tenham tido seus laços familiares fragilizados, e que embora tenham pouco contato ou nenhum com a família, a maioria deles expressa o desejo de retornar a ter contato com ela.

As vinculações através do ecomapa permitem visualizar a estruturação do laço social dos usuários, de forma a se inserirem nas redes sociais e a intensidade desta relação. Os moradores transitam por espaços na comunidade, desde a vizinhança, a padaria, o comércio local, os supermercados, e relatam o alto grau de satisfação com atividades como a equoterapia e a hidroterapia. Além da rede dos serviços de saúde composta pelos CAPS, CAPS ad, UBS, hospitais gerais. A vinculação com a família é de forma geral enfraquecida ou conflituosa.

A segunda parte da análise dos dados refere-se à cartografia de três cenas emblemáticas que foram escolhidas intencionalmente a fim de que pudessem ser exploradas as trocas sociais, sob a ótica da Teoria da Dádiva.

A primeira cena cartografada refere-se à constituição dos “laços fortes e fracos e ao sonho de volta para casa”, quando é explorada a fragilidade do

laço que une o morador à sua família de origem, e os mecanismos de resistência desta imposta pelos longos anos de institucionalização.

Também foi possível verificar, mais uma vez, a intervenção da equipe de profissionais como mediadora deste processo de reaproximação, impulsionando morador e família a fortalecer seu laço social familiar. Este contexto reflete-se na responsabilidade do profissional de saúde mental no que tange um evento de re-significar a doença mental, não como um evento linear, mas sim como um processo de subjetivação existencial, intervindo junto à família, ao morador e a comunidade no sentido de fortalecer o laço perdido nos longos anos de isolamento asilar.

Compreendo que a família tem urgência em ser foco da atenção psicossocial, não só como objeto integrante do cuidado, muito mais do que isso, que seja uma aliada na consolidação dessa assistência atuando para que o paradigma de atenção psicossocial se fortaleça, e, por conseguinte a própria família se sinta menos sobrecarregada como uma consequência natural deste processo.

A segunda cena cartografada ilustra as trocas relacionais entre o morador e a equipe de profissionais, quando ao final do almoço, os profissionais sentam-se e almoçam junto com o morador, que neste dia encontrava-se numa condição de maior fragilidade. Ainda nesta cena, os profissionais esclarecem reservadamente a história do morador explicitando sua grande carência de afeto. Fica evidente o contra-dom oferecido ao morador quando os profissionais sentam-se e almoçam junto, não sendo simplesmente um acompanhamento terapêutico, mas o dom de afeto, de compartilhamento, de compreensão, de estar junto. O dom oferecido à equipe de profissionais pelo morador refere-se a sua própria história de vida, pois primordialmente foi isso que ele ofereceu. O que impulsionou os profissionais a sentarem-se junto e almoçarem, refere-se à materialização do hau como uma força que os leva a trabalhar com esta configuração.

A terceira cena cartografada traz ao palco o morador tendo a possibilidade de comprar um número inusitado de produtos de higiene em um supermercado. Neste episódio foram discutidos empoderamento, autonomia e

a sua liberdade, estruturado em diferentes possibilidades de recriar a vida. Ao sair do supermercado encontramos ainda o morador, com uma gama de possibilidades no residencial e fora dele, ou seja, com uma rede social e uma rede de serviços que podem ser acessadas.

Concluimos que os laços sociais dos indivíduos em sofrimento psíquico, moradores deste serviço-casa denominado SRT, podem ser fortalecidos inserindo-os na rua, no comércio local, no bairro, na cidade, na comunidade.

Como mecanismos de fortalecimentos, identificamos as trocas sociais entre os próprios moradores, através da convivência no cotidiano, em relações de parceria, de amizade, de afeto, bem como em relações conflituosas por vezes, visto que a vida de relações de qualquer pessoa é pautada por conflitos e afetos.

A equipe de profissionais os impulsiona para uma vida fora do SRT, o que, a nosso ver, contribui para introduzir o morador de volta a uma vida de pertencimento dentro do meio social, depois dos longos anos dentro das instituições asilares.

Convém que apontemos as principais limitações metodológicas deste estudo. No tocante à compreensão da estrutura da rede de saúde mental de Caxias do Sul – RS cabe explicitar que o tempo de cerca de um mês em campo configurou-se como restrito para a apreensão completa da formação da rede, da estrutura política local, e toda a configuração da rede de serviços bem como a rede social do município.

Lacunas possivelmente identificadas e motivadas pelo fator tempo, foram preenchidas pela abrangência da observação-participante de aproximadamente 700 horas, bem como pela riqueza de detalhes dos diários de campo dos quatro pesquisadores, assim como pela vivência intensa diária no SRT, incluindo finais de semana e acompanhamento dos moradores em todas as suas atividades, fossem dentro ou fora do SRT. Pelo fato desta pesquisa utilizar as concepções antropológicas a fim de analisar os dados, convém destacar a importância de eu ter vivenciado o campo qualitativo.

Espera-se que este estudo possa trazer contribuições para a

Enfermagem, justificando-se pela escassez de estudos que pretendam apreender o cotidiano dos serviços residenciais terapêuticos, e a forma como o processo de cuidar do outro se estabelece nestes dispositivos de saúde de forma a possibilitar a estas pessoas, que tiveram suas vidas capturadas pela prisão no hospício, neste momento voltar em ter a sua liberdade. Neste sentido, pretende-se que este estudo possa oferecer subsídios aos profissionais da Enfermagem e outras áreas, a refletirem suas práticas profissionais, tendo como eixo um cuidado que não aprisione, que não reproduza as práticas asilares, um cuidado que não subtraia, mas que some autonomia e reconstrução de um laço social fortalecido que possibilite à pessoa em sofrimento psíquico, o seu retorno a uma vida social autônoma, e integrada junto ao todo social.

A preocupação do laço social nasce na Psicanálise, e neste estudo, buscou-se ampliar sua compreensão em indivíduos portadores de sofrimento psíquico, presumindo que tiveram estes laços fragilizados pelo motivo de historicamente, serem excluídos por serem diferentes.

Desta forma, o estudo do laço social aqui é concebido de maneira unifocada, utilizando as concepções antropológicas à luz da Teoria da Dádiva de Marcel Mauss e do arcabouço teórico de autores do Movimento Antiutilitarista das Ciências Sociais, buscando-se compreender o cuidado ao louco no contexto da desinstitucionalização.

Por esta razão, este estudo reveste-se de importância devido a seu ineditismo ao considerar o laço social numa perspectiva de cuidado, e desta maneira almejar que seja um contributo à Enfermagem Psiquiátrica.

Referências

ALMEIDA, S. G. P.; GERMANO R. M. A teoria da dádiva e o cuidar em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), V.30, N 2 338-42. 2009.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ ENSP, 1995. 143p

_____, organizador. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. São Paulo: Fiocruz, 2007. 117p.

_____. **O Homem e a Serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 142 p.

AMORIM, A. K. M. A. **O serviço Residencial Terapêutico: cartografias de um híbrido no processo de desinstitucionalização**. 2008. 177f. Tese (doutorado em psicologia)-Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência saúde coletiva** [online]. vol.14, n.1, pp. 195-204, 2009.

AULAGNIER, P. **A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado**. Rio de Janeiro: Imago. 1975

AVILA, L. A. Saúde mental: uma questão de vínculos. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 4, dez. 2003. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702003000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 out. 2011.

BADINTER, E. **Um amor conquistador – o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1985

BARABÁSI, Albert-László, **Linked. How Everything is Connected to Everything Else and What it Means for Business, Science, and Everyday Life**. New York: Plume, 2003.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. de; SILVA, A. L. A. e. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, Dec. 2007.

BORBA, L. de O., SCHWARTZ, E. , KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista Enfermagem*. v.21, n.4, p.588-594, 2008.

BOURDIEU, P. **As regras da arte**. São Paulo: Companhia das Letras. 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2003.

_____ Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** Brasília, 2006.

CAILLÉ, A. **Anthropologie du don: le tiers paradigme**. Paris : Desclée de Brouwer, 2000.

_____. **Antropologia do dom: o terceiro paradigma.** Petrópolis – Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2009.

CAMATTA, M. W., SHNEIDER, J.F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*. v.13, n.3, p.477-84, 2009.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B.. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003 .

CAPSUL. Disponível em < [HTTP://www.ufpel.edu.br/feo/capsul/referencias.php](http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul/referencias.php) > Acesso em: 18 jan.2010.

CASTEL, R. **Da indigência, à exclusão, a desfiliação:** precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: **Saúde e Loucura** - Grupos e Coletivos, nº4. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994, pp.21-48.

CASTELLS, M. A. **Sociedade em Rede.** A era da informação: economia, sociedade e cultura, v. 1. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

CÓDIGO de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 311/207. - Rio de Janeiro, 2007.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, jun. 2004.

CORSO, D.L.; CORSO, M. **Fadas no Divã:** Psicanálise nas histórias infantis. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CORTES, J M. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental sob a Lógica da atenção psicossocial.** 2009. Monografia (Graduação em enfermagem) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

_____; KANTORSKI, L. P.; WILLRICH, J. Q.; CHIAVAGATTI, F.G. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental sob a Lógica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. V.1, p.1-12, 2010.

COSTA, J.F. **História da psiquiatria no Brasil**: um recorte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Rev. psiquiatr clín.**, São Paulo, 2011 .

_____. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl 1, p. 25-33, 2007.

DALMOLIN, B. M. **Esperança equilibrada**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 243p.

DAMON, F.H. Kula Valuable - The Problem of Value and the Production of Names. **L'Homme**, n. 162, p. 107-136. 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Micropolíticas e segmentaridade**. In Deleuze, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34. 1996. p. 83-115.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo, Ed. Martin Claret, 2002

ELETROBRAS. PROCEL RELUZ - manual de instruções / PROCEL, PROCEL RELUZ. – Rio de Janeiro: Ed. Atual. , 2004.

ELLISON, C. G. Religious involvement and subjective well-being. **Journal for Health and Social Behavior**, 32, 80-99, 1991.

ENCONTRO DE PSICOLOGIA DE ASSIS, 104, 2006, Assis. Anais do XIX Encontro de Psicologia de Assis. São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/104_DANIEL_MONDONI.pdf. Acesso em 04/04/2011

ENRIQUEZ, E. Psicanálise e ciências sociais. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. VIII, n.2, p. 153-174, 2005.

FABIANA PERGORARO, R. Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**. v. 77 . Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=94612368004>. ISSN 1415-711X.

FONSECA, A.A.M.; O`NEILL, M.M. A revolução tecnológica e informal e o renascimento das redes. **Revista de Geociências**. Niterói, v. 2, n. 2, p. 26–35, jan./dez, 2001.

FONTES, A. A. S. M. Capital social e terceiro setor: sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (orgs.) **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. 2 ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2008. p. 49-75.

_____. Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de rede de saúde comunitária. . In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (orgs.) **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. 2 ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2008. p. 121-142.

_____. Redes sociais como novo marco interpretativo das mobilizações coletivas contemporâneas. **Caderno CRH**. Salvador, v.23, n.59, p. 401-418, Maio/agosto, 2010.

_____. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Revista de Ciências Sociais Política e Trabalho**. n. 6, p. 87-104, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. **História da Loucura**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2005. (coleção Estudos).

_____. **Nascimento da clínica**. São Paulo, Forense Universitária, 2004.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau Ed (R.C.M. Machado e E.J. Morais, Trads.),1996.

FOULKES, F. H. **Therapeutic Group Analysis**. Londres: Allen and Unwin. 1978

FREUD, S. (1969). **Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise**. In Obras Completas de Sigmund Freud: Vol. 12. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1912).

_____. **A interpretação dos sonhos**. Rio de Janeiro: Imago,. Obras Completas, vol. V, 1972a.

_____. **A psicologia das massas e a análise do eu**. Rio de Janeiro: Imago. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud, Vol. 7 (Originalmente publicado em 1921). 1972b

_____. **Mal estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud, V.21). (Originalmente publicado em 1930). 1972c

_____. **Sobre o narcisismo: uma introdução**. ESB, Rio de Janeiro: Imago,. V. XIV. 1980

FURTADO, J.P.; MIRANDA, L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Rev. Latinoam. Psicopat.** Fund., IX, n. 3, p. 508-524

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LCT, 2008

GENEROSO, C. M. Considerações sobre psicose e laço social: o fora-do-discurso da psicose. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, abr. 2008

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida quotidiana**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

GRANOVETTER, M. **The Strength of Weak Ties**. In: American Journal of Sociology, vol. 78, n. 6 1360-1380, 1973.

_____. **The nature of economic relationships**, in R. Swedberg (ed), Explorations in economic sociology, New York:Russell Sage Foundation, 1993.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989. p.294.

HERMANN, F. **O que é Psicanálise**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1984. p. 33-6.

HYDE, L. **A dádiva: como o espírito criador transforma o mundo**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. p.479.

JORGE, M. S. B; PINTO, D. M. ; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOU-AS, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011

KAËS, R. **La parole et le lien**, Paris: Dunod. 1994

KANTORSKI, L.P.; MIELKE F.B.; TEIXEIRA JR. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trabalho, educação e saúde**. Brasil, v.6, n.1, p.87-105, 2008.

_____, COIMBRA V.C.C., DEMARCO D.A., ESLABÃO A.D., NUNES C.K., GUESDES A.C.. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas, v. 1, n.1 jan-mar. 2011

_____; SOUZA, J. de ; WILLRICH, J. Q.; MIELKE, F. B. . O Cuidado em Saúde Mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. **Revista Enfermagem (UERJ)**, v. 14, p. 366-371, 2006.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In A. Pitta (Org.), **Reabilitação Psicossocial no Brasil** (2ª ed., pp. 55-59). Hucitec: São Paulo. 2001.

KRAEPELIN, E. Introdução à psiquiatria clínica. Terceira lição: demência precoce (1905). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.4, n.4, p.130-137. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/dez1/classicos.kraepelin.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2011. 2001.

LACAN, J. **O estádio do espelho como fundador da função do eu**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p.96-103. 1998.

LANNA, M. Nota sobre Marcel Mauss e o ensaio sobre a dádiva. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v.14: p. 173-94, jun. 2000.

LEVI-STRAUSS, C. **O pensamento selvagem**. Campinas: Papirus, 2007.

LOBOSQUE, A. M. CAPS: laços sociais. **Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC**. Brasil, V.5, N.8, P.53-60, 2007.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. **Revista Vivência**, n.32, p. 79-96, 2007.

MAIRESSE, D. **Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa**. In: Cartografias e devires: a construção do presente. Porto Alegre: UFRGS, 2003. p. 259-271

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 54-62, maio/ago., 2007.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003, 335 p.

_____. FONTES, Breno (orgs.). **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2004.

_____. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (orgs.) **Redes sociais e saúde: novas**

possibilidades teóricas. 2 ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2008. p. 09-17.

_____. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 61-89.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naïf, [1923] 2003.

_____. **Ensaio sobre a dádiva – forma e razão da troca nas sociedades arcaicas**. Portugal: Edições 70 Ltda, 2008. p.220.

MATOS, P. As duas faces do antiutilitarismo. **Jornal do MAUSS**. Brasil, 2010. Disponível em http://www.jornaldomauss.org/periodico/wp-content/uploads/2009/02/entrevista_patriciamattos.pdf. Acesso em 06/11/2011.

MEAD, M. **An anthropologist at work: Writings of Ruth Benedict**. Boston: HoughtonMifflinCompany, 1959.

MERCKLÉ, P. *Sociologie des réseaux sociaux*, Paris, La Découverte, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

Mapas Conceituais. Disponível em: <<http://poslista.files.wordpress.com/2006/09/mapa-conceitual-dos-mapas-conceituais.jpg>>. Acesso em: 06/12/09.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MILLER, J.A.A. **Um esforço de poesia**. Paris, Curso do Departamento de Psicanálise da Universidade de Paris VIII, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Programática e Estratégica. Área Técnica de Saúde Mental. **Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho: I Oficina de Experiências em Geração de Trabalho e Renda**. Conferência de Abertura: Paul Singer e Pedro Gabriel Delgado. Brasília, 2006.

MOLINA, J. L. El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. **Empiria**, v. 10, p. 71- 06, Jul.-Dic. 2005. Disponível em: <http://seneca.uab.es/antropologia/jlm/>

MONTEIRO, C.B. O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Brasil, V.10, N.4, p 735-9, 2006.

MOREIRA, M.I.B.; ANDRADE, Â. N. de. Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. **Psic., Saúde & Doenças**, nov, v.4, n.2, p.249-266, 2003.

MOTA, L. **A dádiva da sobriedade**: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos. São Paulo: Editora Paulus, , 2004, 199pp.

MOTTI, G. S. **A prática da equoterapia para o tratamento com pessoas com ansiedade**. 2007 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.

NAVARRO, R.F. A evolução dos materiais. Parte II: A contribuição das civilizações pré-colombianas. **Revista Eletrônica de Materiais e Processos**. Campina Grande. v. 3, n 1, 2008. p 15-24.

OLIVEIRA, W.F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. V.1, N. 2 , 2009.

ONOCKO CAMPOS, R.; BENEVIDES, R.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E. Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. 2005

PINHEIRO, R.; JUNIOR, A. G. S. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. P. 37-51.

POLI, M. C. Perversão da cultura, neurose do laço social. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, Jan. 2004.

_____. Poli, M.C. **Clínica da exclusão**: a construção do fantasma e o sujeito adolescente. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.

REAVES, M. Dungeons e Dragons. 1 ed. Ed Marvel Ed. Group Inc. 1999

REDE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE DE CAXIAS DO SUL, disponível em:
<http://www.recria.org.br/quemcompoe/governamentais/caps>. Acesso em 10/10/2011 em 00:16h

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 1 ed. São Paulo: Estação Liberdade. 1989.

ROMAGNOLI, R.C. **A Cartografia e a relação pesquisa e vida**. Psicologia & Sociedade. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, p. 166-173, 2009.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.39, n.3, p.333-9, 2006.

ROSA, L. C. S.. Inclusion of the family in therapeutical projects of mental health services. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, dez. 2005 .

ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 4, n. 2, set. 2004 . Disponível em
 <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482004000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 nov. 2011.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via**: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SAINT-EXUPÉRY, A. **O pequeno príncipe**. 4.ed. São Paulo: Agir. 1972.

SARACENO, B. **Libertando identidades**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Tecoroá; 2011.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

SCHLICHTING, S.; BOOG, M.C.F.; CAMPOS, C.J.G. Almoço como momento terapêutico: uma bordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.15, n.3, 2007.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23^a Ed ver. atualizada. São Paulo: Cortez, 2007. P.304.

SILVEIRA, M. F. A. ; SANTOS JUNIOR, H. P. O. . Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. **Ciência & Saúde Coletiva** (Online), v. online, p. 15, 2009.

SILVEIRA, D. P. ; VIEIRA, A. L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Fev. 2009.

SIMMEL, G. . Sociología 1: Estudios sobre las formas de socialización. Madrid: Alianza, 1986.

_____. **The Sociology of Georg Simmel**. Illinois: Free pass, [1908] 1950.

_____. **Sociologia**: estúdios sobre las formas de socialización, Buenos Aires: Editora Espasa Calpe, , 1939.

_____. On Women, Sexuality, and Love, ed. and trans. New Haven, CT: Yale University Press, 1984.

SINDICATO DOS MÉDICOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Campanha SIMERS: Loucura é a falta de leitos psiquiátricos. Porto Alegre: 2007.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SZTAJNBERG, T.K.; CAVALCANTI, M.T. A arte de morar... na Lua: a construção de um novo espaço de morar frente à mudança do dispositivo asilar para o Serviço Residencial Terapêutico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 457-468, set. 2010

SOUZA, J; KANTORSKI, L.P.; MIELKE, F.B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **Revista eletrônica de saúde mental álcool e drogas**, 2006. Vol. 2, N° 1, Art. 2.

TÁVORA, C.B. Do afeto como recurso. **Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ**. V.1, n. 14, p. 12-244. 1999.

TRANSFERÊNCIA. In: DORGEUILLE, C. **Dicionário de psicanálise**: Freud & Lacan, Salvador: Álgama, 1997. 299 p.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais** – A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

VASCONCELOS, E. M. Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, tipologia, abordagem teórica e desafios. In: **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v.12, n. 22, p. 53-69, Nov/Dez. 2006.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WOLFF, F. **Aristóteles e a política**. São Paulo: Discurso Editorial, 1999, 154p.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias** – um guia para avaliação e intervenção na família. [tradução de Sílvia M. Spada]. 3 edição São Paulo: Rocca, 2002.

VIEIRA, M.P.; BESSET V.L. Psicanálise e laço social: breves considerações. **Labore – Laboratório de Estudos Contemporâneos – Polêmica – Revista Eletrônica**. Rio de Janeiro, disponível em: <[http://www.polemica.uerj.br/7\(4\)/artigos/lipis_3.pdf](http://www.polemica.uerj.br/7(4)/artigos/lipis_3.pdf)>. Acesso em: 22/09/10.

Apêndice

Apêndice A

ROTEIRO ORIENTAÇÃO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

Na observação é importante fazer a identificação do DIA, LOCAL ou QUEM está sendo observado, o DIA e o HORÁRIO.

1 OBSERVAÇÃO DA REDE SOCIAL DO USUÁRIO

- Caracterização dos usuários (quem são os usuários: homens, mulheres, jovens, adultos, idosos, grau de independência/dependência, tem companheiro (a), apresenta déficit cognitivo, escolaridade);
- Observar/mapear as atividades que o usuário desenvolve de segunda à domingo;
- Os usuários possuem contato com a família consangüínea ou ampliada; caracterizar vínculo, tipo e frequência dos contatos; em que situações o contato ocorre.
- Quem são os amigos dos usuários e como são feitos e mantidos esses laços;
- Com quem, em que situações ocorrem os conflitos nas relações do dia a dia da casa, caracterize os vínculos e situações conflituosas;
- Mapear **para cada usuário observado** as pessoas/instituições que ele teve contato durante a semana, o tipo de vínculo estabelecido, caracterizando o contexto e conteúdo da situação e da relação implicada;
- Observar os fluxos dos acordos, como se dão as alianças para apoiar, fortalecer as relações, resolver problemas;
- Observar nestes fluxos os distanciamentos, as brigas, os conflitos...
- Como se dão as trocas de gentilezas, de carinho, as negociações, entre usuários e as pessoas de seu convívio;
- Que elementos favorecem a valorização da dignidade, a solidariedade...
- Como se dá suas relações com os vizinhos, trabalhadores e outros usuários (se ele se comporta apropriadamente ao fazer contatos sociais com

os outros, quem são as pessoas que ele tem maior contato) ou se ele geralmente é hostil e rude com as pessoas;

- Como é sua circulação no bairro e nos espaços da cidade.

Observar em relação ao Suporte Social do usuário:

- Se o usuário tem alguém com quem ele possa conversar e / ou contar (quando tem um problema, quando adoece, quando precisa ir aos serviços de saúde, quando precisa tomar decisões, quando quer dividir uma boa notícia que teve);
- Se o usuário tem alguém como referência para ajudá-lo em momento de crise (como se dão estas trocas, com quem, em que situações, há reciprocidade, solidariedade, rejeição);
- Se o usuário tem alguém para confortá-lo e abraçá-lo quando necessário (como se dão estas trocas, com quem, em que situações, há reciprocidade, solidariedade, rejeição);
- Se o usuário precisar ir a algum lugar tem alguém que o acompanhe (quem é este acompanhante, qual o tipo de vínculo que tem com o usuário, como isto acontece);
- Os usuários participam de projetos de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho e de mobilização de recursos comunitários (quais os tipos de vínculos, as relações de troca, de reciprocidade, as alianças, os conflitos que ocorrem nestes espaços);

Observar a independência do usuário em relação a lazer:

- Se o usuário possui algum passatempo, passeia fora de seu local de residência, ajuda nos cuidados como jardim e/ou pátio da casa, assiste a atividades esportivas, joga cartas, escreve cartas, lê jornal, usa computador, assiste televisão, escuta rádio, vai ao cinema, anda de ônibus e/ou vai a pé a locais da vizinhança, faz viagens de longas distâncias (ônibus, trem, avião) - com ou sem acompanhante, quem o acompanha, se tem necessidade de orientação.

Observar estas situações e as relações de dependência, independência, de parceria, de amizade, de solidariedade, enfocando locais que circula, pessoas com quem se relaciona, características dos vínculos, laços, trocas materiais e simbólicas que ocorrem nestas situações, acordos e alianças, eventuais conflitos, confrontos, brigas;

Observar em relação ao emprego/atividade produtiva (atividade de geração de renda, cooperativa, etc), à sua saúde, segurança, entre outros::

- Se o usuário tem algum emprego, se não tem se ele procura por emprego, se respeita horários, se cumpre acordos;
- Se os usuários conseguem ajuda de serviços públicos (INSS, bombeiros, polícia, assistência social, judiciária, médico, dentista, família) quando necessário;
- Observar como se organizam (serviço e usuários) para outras necessidades de saúde. Por exemplo: Exame citopatológico, Grupo de diabetes, hipertensão, vacinas, dentista, oftalmologista e outras especialidades, etc.

Observar estas situações e as relações de dependência, independência, de parceria, de amizade, de solidariedade, enfocando locais que circula, pessoas com quem se relaciona, características dos vínculos, laços, trocas materiais e simbólicas que ocorrem nestas situações, acordos e alianças, eventuais conflitos, confrontos, brigas;

Observar o usuário em relação aos cuidados pessoais:

- Se o usuário toma banho; escova os dentes, penteia os cabelos; faz a barba, conserva-se limpo e arrumado o dia todo; apresenta-se em condições de higiene, tem comportamentos adequados.

Observar estas situações e as relações de dependência, independência, de parceria, de amizade, de solidariedade, enfocando pessoas com quem se relaciona, que o ajudam ou o rejeitam, características dos vínculos, alianças, eventuais conflitos, confrontos, brigas que refletem no relacionamento no apoio e nas redes estabelecidas;

Observar a participação do usuário em relação às atividades domésticas:

- O usuário participa das atividades domésticas? De que forma?
- Se o usuário arruma sua cama, o quarto, contribui na limpeza, no preparo das suas refeições. Como se dá a dinâmica no horário das refeições? Conversam durante a refeição? O que conversam? Quem senta à mesa? Podem comer a hora que desejam? Podem escolher o que comer? Usam garfo...colher...copo de vidro..etc.

Observar os diferentes níveis de interação durante as refeições, as conversas, os mecanismos de solidariedade, os conflitos, etc.

Observar o usuário em relação a administração do seu dinheiro:

- Observar se os usuários recebem algum auxílio/benefício? Que auxílio é este? Qual o valor do auxílio? Contam com auxílio de renda da família?

Observar como o fato de ter ou não ter acesso e controle do seu dinheiro interfere nos processos relacionais na rede social do usuário. Se ele tem uma emergência e precisa de dinheiro, quem, em que situações e de que forma é acionado. Como isto ocorre, quais as características destas trocas.

- Se o usuário compra suas roupas, alimentos, objetos pessoais, presentes, se paga suas contas, se compra itens essenciais antes de gastar o dinheiro com supérfluos; se providencia consertos de roupas e objetos; se administra adequadamente seu orçamento; se procura ajuda ou informação quando necessário, para planificação de seu orçamento

(Observar se necessita de auxílio para isso, quem o auxilia e como é a qualidade dessa ajuda, observar espaços em que circula e gasta seu dinheiro, a qualidade das interações que ocorrem, os conflitos);

OBSERVAÇÃO DO SERVIÇO E DA REDE DE SERVIÇOS

- Observar a estrutura em diferentes pontos da rede para entender como funciona a rede de saúde mental do município;
- Observar as instalações do SRT e as dependências (pátios, quarto, banheiro, cozinha);

- Observar ambiência: Adequação para moradia (espaço, decoração, iluminação, segurança, privacidade, ruídos e limpeza);
- Avaliar a localização do SRT (fica próximo do mercado, farmácia, escola, igreja, há segurança no bairro, há transporte, iluminação adequada, etc.);
- Funcionalidade da casa (há horário para acordar, dormir e almoçar, para entrar e sair na casa, os usuários podem transitar livremente na casa?);
- Tempo que o cuidador fica no serviço;
- Observar como acontece o processo de trabalho e articulação com a rede de saúde e a rede intersetorial, tais como: escola, associação comunitária, jurídico, assistência social, entre outros;
- Quais as propostas do serviço no sentido da inserção social do usuário no território (considerar eixos: casa, trabalho e lazer)
- Como se dá o acesso, o acolhimento dos usuários, como é estabelecido o seu plano terapêutico;
- Como o serviço se sustenta (se é a prefeitura que mantém a casa, os próprios usuários ou outra alternativa. Se esta casa é da prefeitura ela é alugada, emprestada);
- Quanto o usuário precisa de algum encaminhamento para a perícia, aposentadoria, se tem algum problema de saúde para onde é encaminhado, quem o encaminha ou ele mesmo procura por atendimento ou solução dos seus problemas.
- Observar o fluxo da rede (referência – contra-referência, encaminhamentos);
- Observar se há rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos.
- Quem são os trabalhadores, características, formação;
- Observar comprometimento, posicionamento, motivação e ações dos trabalhadores em relação ao serviço (têm afinidade com o que fazem);

- Observar se o tempo que o cuidador do SRT está no serviço condiz com as necessidades dos moradores do SRT;
- Observar como os profissionais planejam seu dia (se tem autonomia para planejar suas atividades de modo a contemplar também suas necessidades pessoais e/ou profissionais);
- Observar a saúde do trabalhador (estresse, depressão, descanso, alimentação, folga, insegurança, arranjos feitos para cobrir debilidades técnicas de membros da equipe, há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho.);
- Existe propostas de capacitações dos trabalhadores;
- Como é o fluxo dentro da equipe – entre os trabalhadores. Quais as características da comunicação e da negociação entre os membros da equipe?
- Observar a capacidade de negociação explícita e implícita entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários.
- Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe, de gênero.
- Estimula a autonomia do morador? Ou é um determinador de regras e/ou tarefeiro?
- Estimula a reinserção social do usuário ou a fortalecimento de suas redes familiares e sociais?

Observar como se dá o atendimento em situações de crise, se nessas situações há encaminhamento para outro serviço, que serviço é esse (Pronto Socorro, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e outros)? Como ocorre este encaminhamento? (verbal, por escrito, por telefone é feito contato entre os profissionais, alguém SRT acompanha, especificar).

Anexos

ANEXO A – Carta de autorização do coordenador da pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Pelotas, 17 de outubro de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Jandro Moraes Cortes, pós-graduando do curso de Pós-Graduação Mestrado acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas está autorizado a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial – REDESUL, para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada “Os laços sociais de indivíduos em sofrimento psíquico” . Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que o aluno está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com coordenador do projeto.

Luciane Prado Kantorski
Coordenadora do Projeto de Pesquisa

ANEXO B - Consentimento Livre e Esclarecido**Consentimento livre e informado para participação na pesquisa
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando a você o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (**REDESUL**)", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial.

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como, a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos do estudo; do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

RG DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
Profa. Luciane Prado Kantorski. Rua XV de novembro 209. Pelotas. RS.
Telefone/Fax: 53-2786473. E mail: kantorski@uol.com.br

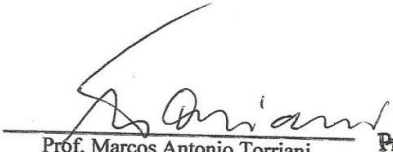
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PELOTAS, 14 de janeiro de 2009.

PARECER Nº 073/2009

O projeto de pesquisa intitulado: **“REDES QUE REABILITAM- AVALIANDO EXPERIÊNCIAS INOVADORAS DE COMPOSIÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL(REDESUL)”**, está constituído de forma adequada, cumprindo, nas suas plenitudes preceitos éticos estabelecidos por este Comitê e pela legislação vigente recebendo, portanto, **PARECER FAVORÁVEL** à sua execução.


Prof. Marcos Antonio Torriani
Coordenador do CEP/FO/UFPel

Prof. Marcos A. Torriani
Coordenador
Comitê de Ética e Pesquisa