

Sociabilidade como tratamento: estudo etnográfico de um centro de convivência para pacientes psiquiátricos

Sílvia Monnerat

Doutoranda em Antropologia Social pelo PPGAS/MN/UFRJ
silviamonnerat@yahoo.com.br

RESUMO:

Fruto de trabalho etnográfico, realizado desde 2008 em um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos localizado na cidade de Niterói (RJ), este estudo tem como objetivo evidenciar tanto a dimensão da sociabilidade presente na instituição, quanto desenvolver um panorama sobre o surgimento do serviço estudado que só pode ser pensado dentro de um contexto de valorização das relações sociais dos pacientes psiquiátricos, ou seja, dentro de um contexto pós-Reforma Psiquiátrica, no qual o desenvolvimento da autonomia, da cidadania e, principalmente, da ampliação das relações sociais, passam a ser o ponto central de uma nova política de assistência a saúde mental.

Palavras-chave: Sociabilidade; saúde mental; instituição psiquiátrica.

ABSTRACT: *Treatment through sociability: an ethnographical study of a socializing centre for psychiatric patients*

This paper is the result of an ethnographical study conducted from 2008 at a socializing centre for psychiatric patients in Niterói, Brazil. The study's main objective is to stress the extent to which the facility resorts to socializing programmes, as well as to recount the circumstances in which those programmes were created. Its premise is that those programmes can only arise in a context that values the social interactions of psychiatric patients, i.e. in a post-psychiatric reform context, in which developing the patient's autonomy, their civil rights and, most importantly, the widening of their social interactions becomes the main focus of a new mental health policy.

Keywords: Sociability, mental health, psychiatric institution.

RESUMEN: *Sociabilidad como tratamiento: estudio etnográfico de un centro de convivencia para pacientes psiquiátricos*

Fruto del trabajo etnográfico, realizado desde 2008 en un centro de Convivencia para pacientes psiquiátricos ubicado en la ciudad de Niterói (RJ), este estudio tiene como objetivo evidenciar tanto la dimensión de la sociabilidad presente en la institución como desarrollar un panorama sobre el surgimiento de este servicio que sólo puede ser pensado dentro de un contexto de valorización de las relaciones sociales de los pacientes psiquiátricos, o sea en el contexto pos Reforma Psiquiátrica, en el cual el desarrollo de la autonomía, la ciudadanía y, principalmente, de la ampliación de las relaciones sociales, pasan a ser el punto central de una nueva política de asistencia a la salud mental.

Palabras-clave: Sociabilidad; salud mental; institución psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

Este texto tem como objetivo principal traçar um panorama das práticas cotidianas observadas em um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos, assim como tentar relacioná-las ao contexto mais amplo que possibilitou o surgimento de um espaço como este, a saber: a Reforma Psiquiátrica. Através da discussão de categorias como autonomia, cidadania, trabalho assistido e geração de renda, este estudo visa analisar como se dão as relações sociais entre técnicos e pacientes do serviço e como é pensada, dentro da instituição, a questão da sociabilidade de pessoas diagnosticadas como doentes mentais.

O contexto estudado configura-se dentro de uma conjuntura em que o tratamento psiquiátrico é pautado pela assistência extra-hospitalar, na qual é considerada fundamental, para o êxito do tratamento, a inserção do doente no seu ambiente social e familiar. Assim sendo, dentro do contexto atual, o indivíduo passou a ser pensado em relação à sociedade em vive que, por sua vez, passou a ser vista não apenas como propiciadora do adoecimento, mas, também, como o meio privilegiado da recuperação do indivíduo a partir de suas potencialidades sadias¹. Deste modo, o estudo das relações sociais desenvolvidas pelos usuários da instituição é fundamental para pensar os limites encontrados pelos pacientes para um trânsito irrestrito pela cidade. O trabalho etnográfico evidenciou, que por mais que a sociabilidade dos usuários do serviço seja estimulada, entraves sociais dificultam o desenvolvimento de relações fora do Centro de Convivência, fazendo

com que, mesmo em um contexto pós-asilar, a instituição ainda possa ser pensada como o *locus* privilegiado de interações dos pacientes.

A discussão sobre as categorias autonomia e cidadania encontra lugar privilegiado nos estudos sobre saúde mental e, segundo Tenório², a tarefa principal e marca distintiva da Reforma Psiquiátrica foi “agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se em sociedade”, tendo a reivindicação da cidadania dos pacientes psiquiátricos lugar de destaque no debate, uma vez que, segundo Venturini³, essa reivindicação passou a ser um dos pilares da Reforma, responsável por atrelar “o mundo da saúde mental àquele mais complexo, da sociedade civil”.

Silva⁴ sublinhou que a reivindicação da *cidadania* objetiva, para além da minimização do sofrimento psíquico, apontando a “preeminência de gerar espaços de tolerância à diferença no tecido social e ampliar as possibilidades de existência do louco na sociedade”. Sendo assim, ser cidadão, segundo o autor, pressupõe o exercício de direitos, o comprometimento com obrigações, a responsabilidade por seus atos, o livre-arbítrio, a racionalidade e a autonomia. Esta última categoria é percebida por Tenório² como outro importante marco para a redefinição do paciente psiquiátrico. O autor ressalta, no entanto, que este termo não pode ser pensado dentro de modelos gerais de saúde, de capacidade, de independência ou de gestão de ações pragmáticas: autonomia teria uma representação singular para cada paciente. O autor destaca ainda que durante

o tratamento existe o risco de que o conceito de autonomia seja reivindicado segundo os valores da equipe técnica (ou de outra pessoa da rede de relações do usuário), não segundo a demanda do paciente, que estaria estritamente articulada à maneira pela qual o sujeito vivencia a sua doença.

O CAMPO

As reflexões aqui sugeridas baseiam-se em experiências de pesquisa etnográfica realizada em um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos, localizada na cidade de Niterói (RJ). A pesquisa teve início em março de 2008, quando passei sete meses freqüentando o serviço fazendo visitas três vezes por semana (somando 20 horas semanais). A etnografia desenvolvida no serviço teve continuidade nos anos seguintes devido ao meu ingresso no curso de doutorado em Antropologia Social do Museu Nacional (UFRJ). No ano de 2009 freqüentei esporadicamente a instituição (principalmente em dias festivos) devido à necessidade de cumprir outros compromissos acadêmicos. Em fevereiro de 2010 voltei a realizar um trabalho etnográfico regular, comparecendo ao serviço uma vez por semana durante nove meses, cronograma este mantido para o ano de 2011.

Na atual fase da pesquisa, realizo observação participante, anotação das observações em caderno de campo, entrevistas formais, conversas informais e espontâneas com pacientes, familiares e técnicos do serviço, além de analisar documentos, tanto do Centro de Convivência (assim como havia feito em 2008), como

de um Núcleo de Assistência Psiquiátrica particular (voltado para as classes médias e altas), localizado no Rio de Janeiro, somando 16 horas de trabalho etnográfico semanais nas duas instituições.

A escolha das duas instituições para desenvolvimento do trabalho de pesquisa (atualmente voltado para a análise das relações familiares dos pacientes) se deu pelo fato de ambas possuírem algumas características semelhantes, o que possibilitaria o estabelecimento de comparações. A instituição pública foi criada apenas um ano antes da instituição particular (1996 e 1997, respectivamente), os dois serviços possuem cerca de cinquenta pacientes, com uma média de 30 a 35 pessoas sendo atendidas por dia, em expediente integral (manhã e tarde). Ambas são serviços extra-hospitalares, de caráter eminentemente preventivo (atuando na prevenção de internações) que têm como objetivo principal estimular a sociabilidade dos pacientes através do fortalecimento dos laços sociais via participação em oficinas de atividades.

O Centro de Convivência, alvo de considerações no presente artigo, é uma instituição pública que faz parte da Rede Substitutiva de Atenção à Saúde Mental do município de Niterói, funcionando de segunda a sexta-feira, de 8:00 às 17:00 horas. Este serviço se constitui como uma instituição extra-hospitalar uma vez que em períodos considerados como de crise⁵ e de necessidade de internação, os usuários param de freqüentar as dependências da mesma e são encaminhados para tratamento em hospital psiquiátrico.

As oficinas ministradas no serviço são: bom dia⁶, reciclagem, vídeo⁷, misto-quente⁸, culinária, desenho e pintura, artesanato, gruppão⁹, saber ou sexualidade¹⁰, videokê, corpo¹¹, salão de beleza e, em parceria com a secretaria de educação, acontecem dentro da instituição aulas de alfabetização do *Projeto Brasil Alfabetizado*. Mesmo que a participação nas mesmas não seja obrigatória, uma vez que as conversas informais entre os usuários (e o conseqüente desenvolvimento de laços de amizade) também sejam valorizadas, os técnicos estimulam a participação nas oficinas segundo o planejamento terapêutico que têm para cada paciente.

Durante a pesquisa foi possível observar que parece prevalecer no senso-comum do lugar que muitos pacientes, após o início da freqüência ao Centro de Convivência, ou não teriam mais entrado em surto e, conseqüentemente, não teriam mais passado por internações psiquiátricas; ou teriam diminuído consideravelmente a incidência das mesmas. A importância que os pacientes atribuem ao serviço pode ser constatada em diversos relatos que apareceram recorrentemente no discurso dos técnicos e usuários, como, por exemplo, no depoimento de umas das pacientes que afirmou que sua freqüência ao serviço teria melhorado sua vida de forma considerável uma vez que não passou mais por internações psiquiátricas.

O foco deste serviço centra-se, então, na esfera relacional, não funcionando como um local de tratamento *stricto sensu*. O Centro de Convivência possui um caráter eminentemente preventivo, atuando no campo social e cultural e não apenas no

da saúde – os pacientes, para freqüentar o serviço, devem realizar tratamento psiquiátrico em algum ambulatório da Rede Substitutiva de Assistência à Saúde Mental de Niterói e, quando técnicos, familiares e/ou os próprios pacientes consideram que há necessidade de internação psiquiátrica, o tratamento realizado no Centro de Convivência é temporariamente interrompido.

Além de tratar-se de uma instituição voltada para o desenvolvimento da sociabilidade dos usuários e, devido a isso, a natural aproximação com os estudos antropológicos (por enfatizar o desenvolvimento de relações sociais), o estudo deste Centro de Convivência tornou-se relevante também pelo seu singular processo de criação. De maneira resumida, a experiência concretizou-se quando quatro auxiliares de enfermagem, possuindo apenas formação técnica, em uma iniciativa autônoma (sem compensação material evidente, tal como acréscimo salarial), buscaram cursos de capacitação e se disponibilizaram a flexibilizar suas funções começando a desenvolver, para além de suas obrigações institucionais, oficinas de atividade com o intuito de diminuir a ociosidade dos pacientes internados na enfermaria do hospital psiquiátrico onde trabalhavam.

Com o passar dos anos, este serviço foi chamando a atenção dos diretores do hospital e dos coordenadores da Rede Substitutiva de Assistência à Saúde Mental e foi ganhando maior espaço (físico e simbólico) dentro da Rede. Primeiramente suas atividades aconteciam dentro da

própria enfermaria; posteriormente ganharam salas dentro do espaço físico do hospital (mas fora da enfermaria) e, em uma tendência progressiva de afastamento, passaram a ocupar, no ano de 1999, uma casa anexa, lugar onde ainda hoje se localiza. Durante esse processo de distanciamento do espaço físico do hospital, os técnicos que criaram as oficinas foram desvinculados de suas obrigações anteriores na enfermaria e passaram a desenvolver suas atividades profissionais exclusivamente no Centro de Convivência.

Mesmo que o reconhecimento do serviço dentro da Rede tenha aumentado com o passar dos anos e que tenha recebido o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói para se constituir como uma instituição à parte, o serviço ainda possui vínculos burocráticos com o hospital, pois é de lá que vem a água e a luz consumidas, os materiais de escritório e para as oficinas, e é lá que os funcionários assinam o *ponto* e almoçam diariamente.

A regulamentação enquanto Centro de Convivência e Cultura *stricto sensu* (segundo as determinações do Governo Federal, através da Portaria 396 do Ministério da Saúde, de 07 de julho de 2005) ainda não foi realizada, e o processo encontra-se em fase de tramitação junto ao Governo Federal, o que não impede que a coordenação de saúde mental do município utilize o nome Centro de Convivência para o serviço disponibilizado. Alega-se que o uso deste nome é uma forma de legitimação deste tipo de tratamento, que é considerado pela Rede como um complemento fundamental para o tratamento psiquiátrico.

As atividades desenvolvidas neste serviço são consideradas como tratamento complementar fundamental, pois se acredita que pacientes psiquiátricos, que após a Reforma Psiquiátrica (e o conseqüente fim do isolamento compulsório) ainda não conseguiram restabelecer completamente suas relações sociais, encontram na instituição um ambiente frutífero para o desenvolvimento de laços sociais, assim como um lugar onde podem melhorar suas condições materiais de vida, através de trabalhos assistidos voltados para a geração de renda.

A criação deste serviço precedeu a publicação da Portaria acima referida em quase dez anos e o fato de sua criação a ter precedido indica que este tipo de serviço já se constituía como uma tendência de tratamento, antes mesmo de dispositivos legais terem entrado em vigor.

O mesmo processo ocorreu no que se refere à lei 10216, aprovada em 2001, que regulamenta a assistência psiquiátrica no Brasil. Como evidenciou Tenório²: “mesmo quando não existia uma lei federal impondo limites (ainda que tímidos) ao manicômio e estabelecendo uma diretriz não asilar, já se levava a cabo uma transformação sem precedentes da assistência em saúde mental no país”. Na implementação dos Centros de Convivência e Cultura percebemos um movimento semelhante; a existência de serviços com tais características precedeu a emissão da Portaria, tendo ela, porém, sido de extrema importância para um processo de intensificação do debate e a popularização deste tipo de tratamento¹².

SOCIABILIDADES

Devido a sua atuação no campo social e cultural, o Centro de Convivência assumiria uma faceta de prevenção de internações, o que faz parte do ideal trazido pela Reforma Psiquiátrica. Além da prevenção de surtos, levanto como hipótese principal que este serviço atua como *locus* privilegiado de sociabilidade dos seus usuários, tanto pelos laços de amizade (ou camaradagem) que os pacientes fazem entre si e com os técnicos, como pelos relacionamentos amorosos que ali tiveram início, além do fato do serviço se constituir como lugar de geração de renda para os usuários (por vezes a única renda com que contam).

Com esta hipótese, não pretendo indicar que os usuários não transitem por outras províncias de significado¹³ e que não tenham outras alternativas para seu campo de possibilidades¹⁴: alguns, pelo contrário, possuem laços em outras redes, notoriamente com a igreja, com a família e com bairros da cidade (principalmente o de residência e o em que realizam tratamento). Sublinha-se, no entanto, o fato de passarem o dia inteiro dentro do serviço mesmo não sendo essa estadia obrigatória, sendo, a frequência, porém, regular e assídua por grande parte dos usuários.

O serviço atende a mais de 50 usuários (em toda a sua história, aproximadamente 150 indivíduos passaram pelo serviço), recebendo uma frequência diária de aproximadamente 35 pacientes. O alto índice de pacientes que freqüentam a instituição indica que este espaço se constitui como um lugar onde as relações sociais florescem.

Esta esfera de análise, que privilegia o Centro de Convivência como local central para o desenvolvimento das relações sociais, pode parecer, à primeira vista, conflitante com o ideal trazido pela Reforma Psiquiátrica de que os pacientes devem ser estimulados a participar de seu ambiente social e familiar, assim como a ter um maior trânsito por outras redes sociais e de significado (para além da instituição de tratamento) não se pautando, portanto, por uma política de isolamento dos usuários.

O estímulo a esse tipo de inserção social, para além do espaço institucional, está presente no serviço¹⁵. Percebe-se, porém, que mesmo existindo a preocupação de que o paciente transite por outros espaços, quando este trânsito de fato existe, restringe-se quase exclusivamente à igreja (evangélica ou católica), a determinados bairros e à família. Perelberg¹⁶ destaca o papel que hospitais psiquiátricos têm para seus pacientes: “As pessoas só procuram o hospital porque este cumpre uma função para elas”. Pode-se dizer que essa função não é apenas de lugar de tratamento, mas também de espaço para o desenvolvimento de sua rede de relações.

Deve-se, no entanto, destacar que o hospital psiquiátrico objeto de estudo de Perelberg não possui as mesmas características que o Centro de Convivência aqui estudado. A autora escreveu sua dissertação na década de 1970 e o hospital por ela referido baseava-se em uma política de isolamento dos pacientes o que, por pressuposto, acarretava uma diminuição do estabelecimento de outras redes de relações que não as desenvolvidas dentro da

instituição.

No Centro de Convivência, objeto deste estudo, o trânsito por outras redes sociais é constantemente estimulado, porém, verificou-se que, ainda assim, os usuários desse serviço tendem a ter pouca circulação por outras redes que não as relacionadas às esferas de tratamento, familiar e religiosa.

Pode-se supor que o pouco trânsito entre diferentes províncias de significado deve-se a uma restrição do seu campo de possibilidades devido ao estigma sofrido por serem pacientes psiquiátricos, situação que levaria a uma diminuição das possibilidades de atuação fora da instituição. Perelberg¹⁶ evidenciou que “No caso da doença mental, ela redefine a totalidade do indivíduo que perde a capacidade de exercer outros papéis sociais” e complementou: “O indivíduo é despojado de seus papéis anteriores e é revestido do papel de doente mental. Ele perde a liberdade, isto é, a capacidade de exercer outros papéis sociais”, ou, nos termos de Velho¹⁷, são indivíduos que não possuem “uma noção de identidade dinâmica associada ao desempenho de diferentes papéis articulados a experiências específicas de vivências em mundos sociais particulares”.

Esse fato, somado ao de que os usuários, em sua maioria, possuem uma renda mensal muito baixa e de não estarem empregados (quando o estão, os trabalhos são temporários e de baixa remuneração) e de que na instituição eles têm direito a duas refeições diárias (almoço e lanche da tarde), local para tomar banho e guardar seus pertences, colabora para que o serviço

assuma um papel de ancoragem identitária¹⁴ para os usuários e se constitua como o principal local para o desenvolvimento de suas relações sociais.

Um paciente relatou, certa vez, que apenas freqüentava o serviço por lá ter o que comer, lugar onde guardar os seus pertences e tomar banho. Em seu prontuário consta uma anotação referente ao dia 23/04/2008, um relato que corrobora esta afirmação: “Diz estar morando na rua porque o irmão o expulsou de casa e que ‘o que salva é o Centro de Convivência, onde posso comer, tomar banho e conversar’”, além de constarem relatos sobre entradas dadas por este usuário no Setor de Recepção e Intercorrências (SRI)¹⁸ nos finais de semana (quando o Centro de Convivência fica fechado) com a mesma solicitação.

Para além da dimensão da assistência das necessidades básicas, a relação estabelecida pelos pacientes com os técnicos do serviço também aparece, diversas vezes, como justificativa para a assiduidade ao serviço. Esta relação de proximidade seria creditada, segundo os funcionários do serviço, à profissão dos quatro fundadores do Centro de Convivência, pois o trabalho de técnico em enfermagem exigiria uma rotina que teria como uma de suas funções o cuidado diário dos pacientes internados (o sistema de plantões possibilitaria períodos prolongados de interação entre paciente e técnico), o que diferiria da relação estabelecida entre médicos e/ou psicólogos com os pacientes, uma vez que as consultas ministradas por esses profissionais, mesmo que diárias, teriam pouco tempo de duração, o que não levaria ao estabelecimento de uma

maior proximidade entre os dois grupos, tal como aconteceria entre pacientes e os técnicos de enfermagem.

A esta explicação, soma-se ainda o fato de que os primeiros usuários do serviço apresentam uma longa carreira¹⁹ de internações. Uma usuária relatou que sua primeira internação foi há mais de vinte e cinco anos e que conhece os técnicos há mais de vinte anos, o que também colaboraria para a proximidade existente entre os dois grupos. Um usuário disse ter passado, durante toda a sua vida, por aproximadamente quinze internações, segundo ele, durante determinados períodos tinha uma média de três internações por ano, após o ingresso no Centro de Convivência, há aproximadamente oito anos, não passou por mais nenhuma internação.

RELAÇÃO ENTRE PACIENTES E TÉCNICOS

Com certa freqüência os funcionários do serviço dedicam aos pacientes horários fora do seu expediente para desenvolvem atividades que não se restringem às tarefas da instituição, em determinados casos, eles se responsabilizam pela procura de casa para usuários e os ajudam a buscar benefícios junto ao Governo Federal (como o programa *De volta para a casa*²⁰ ou aposentadoria por invalidez) e a tirar documentos.

Assim sendo, percebe-se que as atividades que os técnicos desenvolvem no serviço não se restringem aos cuidados usualmente delegados à equipe de auxiliares dessa área, eles ministram oficinas de atividades e atuam em papéis que, em uma

época de valorização das especializações, se destinaria a assistentes sociais, ou ainda, saindo da esfera das profissões e entrando em uma que exige um nível de cuidado/afeição maior, eles desenvolvem, em relação aos pacientes, funções que caberiam à família: fazem compras, acompanham ao banco, escutam confidências e dão conselhos práticos para a vida dos usuários.

Durante a pesquisa verificou-se, porém, que a proximidade entre técnicos e pacientes não se confunde com a ausência de uma divisão clara de papéis. A relação estabelecida entre técnicos e usuários, por mais informal que seja, é marcada pela relação hierárquica uma vez que “qualquer pessoa da classe dirigente [no contexto estudado, técnicos] tem alguns direitos para impor disciplina a qualquer pessoa da classe de internados [aqui usuários]”²¹. As relações são, portanto, marcadas, nos termos de Becker¹⁹, por uma hierarquia de credibilidade, ou seja, “os superiores de qualquer organização hierárquica serão vistos, por todos os que aceitam a legitimidade daquela organização, como pessoas que sabem mais sobre ela do que qualquer outra”.

Assim sendo, a existência de uma hierarquia responsável por separar e diferenciar os dois grupos se explicita, por exemplo, através da presença de banheiros e refeições diferenciadas para técnicos e pacientes (sendo os daqueles de qualidade notadamente superior aos destes). Deve-se, ainda, destacar mais um exemplo de campo que demonstra a presença hierárquica em um ambiente em que a proximidade entre os diferentes grupos é estimulada: os membros da equipe dirigente são chamados,

recorrentemente, mesmo quando mais novos que os usuários, de “senhor(a)”, “tia(o)”, “doutor(a)” e até “mamãe” ou “papai”, todos termos que evidenciam que esta divisão passa também pelo plano dos discursos e não apenas pelo das ações.

A relação de proximidade estabelecida entre técnicos e usuários é fundamental para a frequência destes ao serviço; os cuidados dedicados aos pacientes fazem com que este ambiente seja percebido, tanto pelos usuários quanto pelos técnicos, como um local de referência.

Tendo em vista a relação de proximidade entre esses dois grupos, podemos, agora, tentar relacionar essa ajuda prestada aos pacientes pelos técnicos à discussão sobre autonomia, que ganhou grande relevo dentro do movimento anti-manicomial. Tikanori²² evidencia que este conceito está estreitamente relacionado à capacidade de estabelecimento de relações sociais:

Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.

Nesta concepção a autonomia não é pensada a partir de uma dimensão

psicologizante (como uma representação singular para cada paciente), a ênfase dada remete à dificuldade de estabelecimento de relações sociais por pacientes psiquiátricos, o que foi verificado no campo estudado, fazendo com que os usuários do serviço dependam excessivamente dos técnicos diminuindo, assim, sua autonomia.

Ainda no que se refere à discussão sobre essa categoria, autores que versam sobre a Reforma Psiquiátrica descrevem a existência de uma confusão referente à utilização desse termo com valores relacionados à independência pessoal e à gestão de ações pragmáticas: devido a essa confusão muitas vezes seriam impostas aos pacientes exigências que não seriam as deles e sim as da equipe dirigente; essas demandas dizem respeito, principalmente, às intervenções referentes ao asseio e aos cuidados com a higiene pessoal².

Como exemplo, podemos recorrer a alguns dados de campo: os técnicos, em buscas por casa para usuários moradores de rua, conseguiram alocar três usuários em quartos alugados em uma comunidade próxima (um casal em um, e um senhor em outro), no entanto, eles não permaneceram nem quatro meses em tais residências, mesmo tendo renda para o seu pagamento. Em outro caso, um paciente morador de rua começou a receber o dinheiro referente ao programa *De volta para casa* e um dos técnicos se encarregou de comprar (com o dinheiro do usuário) colchão, cobertor, travesseiro, lençol e um rádio de pilha que pudessem ser levados para um cômodo (também na comunidade vizinha) que seria alugado pelo paciente com o dinheiro

recebido do programa. Quando estavam a caminho (com todo o material comprado) o paciente desistiu, dizendo de forma desconexa que não ia morar no morro, pois lá havia pessoas que queriam matá-lo. Esses relatos foram entendidos pelo técnico como uma mania persecutória, uma vez que este senhor (morador de rua) tem como hábito dormir em ruas próximas à localidade em questão, sem, aparentemente, ter sofrido ali qualquer ameaça.

Neste episódio constatou-se, então, mais uma tentativa frustrada dos técnicos para alocar um paciente, morador de rua, em uma residência. Em reunião de equipe, a então psicóloga supervisora do Centro de Convivência evidenciou que as expectativas e valores dos técnicos em relação aos pacientes nem sempre correspondem às expectativas e aos valores dos próprios usuários. A funcionária destacou que mesmo que os técnicos desejem que os pacientes tenham residência para morar ou que se mantenham em trabalhos (dentro ou fora da instituição) essa expectativa pode não ser compartilhada pelos pacientes que muitas vezes já possuem uma história de vida ligada à mendicância e não desejam possuir um trabalho ou residência fixa (sendo, inclusive, segundo a psicóloga, difícil para eles administrarem um lar).

Deve-se, finalmente, registrar que o discurso de que os usuários deveriam ser pessoas autônomas e responsáveis pelos seus atos, esteve presente no serviço. Quando precisavam que usuários realizassem determinada tarefa ou que respeitassem determinada regra, a autonomia era evocada: os técnicos falavam que se os

pacientes eram adultos capazes de casar, ter filhos e de ter contas em banco, também o seriam para fazer aquilo que estava sendo pedido.

TRABALHO ASSISTIDO E GERAÇÃO DE RENDA

Outro importante fator para a assiduidade dos usuários ao Centro de Convivência está relacionado ao fato da maioria dos pacientes do serviço possuir uma renda mensal familiar inferior, ou equivalente, a um salário mínimo, vivendo em favelas ou em comunidades carentes, referindo-se, portanto, a um grupo social que se situa em uma posição “subordinada” nas sociedades modernas²³. Devido a esta característica do público do Centro de Convivência, verificou-se que o estímulo ao desenvolvimento de atividades que levam à geração de renda tem lugar de destaque no serviço.

Em um projeto feito pelo Centro de Convivência para a Coordenação de Saúde Mental, é possível verificar a importância que o trabalho assume, na concepção da equipe técnica, para a melhora terapêutica dos usuários do serviço e para o estímulo a sua autonomia e cidadania:

A atividade é vital para o usuário. O trabalho é importantíssimo na valorização de sua cidadania. A bolsa de trabalho é uma atividade que aliada ao tratamento favorece para que o usuário de saúde mental possa executar com satisfação, tarefas e papéis necessários a uma vida produtiva, compondo assim seu projeto terapêutico. (...) A bolsa de trabalho traz segurança ao usuário, pois há técnicos que conhecem suas limitações e junto com a equipe de assistência, podem atuar juntos para

favorecer a superação de possíveis obstáculos.

As bolsas de trabalho acima mencionadas referem-se ao trabalho assistido, financiado pela Rede de Saúde Mental e vinculadas à Secretária de Saúde de Niterói, com as quais o Centro de Convivência conta. Em 2008, o serviço contava com oito bolsistas trabalhando dentro da instituição, atualmente conta com dezessete bolsistas. Eles se dividem entre as bolsas de recepção (doze pacientes), reciclagem (um), secretário (um) e manutenção (três). A função dos bolsistas de recepção é realizar atividades de limpeza, recepcionar visitantes e colocar e retirar as mesas do almoço. O trabalho na bolsa de reciclagem consiste em receber os materiais trazidos pelos usuários, amassar as latinhas de alumínio, separar o material trazido, pesá-lo, fazer anotações sobre a pesagem, arrumar o material no depósito, vendê-lo (função realizada em conjunto com o técnico que monitora a atividade), fazer a arrumação do depósito e participar das reuniões referentes à bolsa. Além do bolsista dessa atividade, outros usuários conseguem obter renda através da reciclagem, atuando como catadores e recebendo dinheiro equivalente à venda do material levado para o Centro de Convivência. A bolsa de manutenção exige que o bolsista faça atividades de pintura (determinada pelos técnicos), limpeza e manutenção do jardim, pequenos reparos, obras e participe de reuniões da bolsa. Um paciente do serviço possui uma bolsa para realizar trabalho de secretário, ficando responsável pela contagem diária dos pacientes para que possa ser feito o pedido para suas refeições.

Outras cinco usuárias que também

freqüentam o serviço têm bolsas de trabalho assistido dentro das dependências do Hospital Psiquiátrico (onde o serviço teve origem). Quatro usuários do Centro de Convivência são bolsistas da cantina do hospital, trabalhando na limpeza do local e servindo os clientes do estabelecimento. Uma paciente é bolsista do ambulatório do hospital psiquiátrico e seu trabalho consiste em pegar prontuários no arquivo e levá-los para o ambulatório e, após o seu uso, levá-los de volta, assim como desenvolver outras funções a ela requisitadas (como atender telefonemas).

Assim sendo, se em 2008 o serviço contava com treze usuários que recebiam remuneração referente ao trabalho desenvolvido em bolsas de trabalho assistido (na própria instituição ou no hospital psiquiátrico), em 2011 esse número subiu para vinte e um usuários, evidenciando o investimento em aumentar o número de pacientes do Centro de Convivência que recebem remuneração referente ao trabalho assistido. A remuneração recebida é, em 2011, de R\$3,40 a hora trabalhada, sendo que um usuário trabalha no máximo três horas no dia, podendo somar apenas R\$10,20 em um dia de trabalho (a importância é paga em conta bancária). Os pacientes que trabalham na bolsa de recepção tiram uma remuneração menor quando comparados aos outros bolsistas, uma vez que doze pessoas se revezam nos nove turnos de trabalho oferecidos por semana. Assim sendo, mesmo recebendo uma baixa remuneração (uma vez que o trabalho é considerado terapêutico), esses pacientes tiram daí o dinheiro para a compra

de cigarros, cafezinhos e mantimentos para suas casas.

O trabalho é valorizado pela idéia de que ele favorece o usuário no desempenho de tarefas produtivas, o que desenvolveria sua confiança e o levaria a um melhor agenciamento do seu projeto terapêutico. O trabalho assistido desenvolvido pela Rede de Saúde Mental de Niterói, por um lado, se afasta da idéia de ‘laborterapia’ trazida por Goffman,²⁴ uma vez que o trabalho não é voluntário, gerando renda, mesmo que ínfima, para os pacientes (renda essa que, algumas vezes, é a única com a qual o usuário pode contar). Por outro lado, acredita-se, assim como foi evidenciado pelo autor, que o trabalho se configure como “um meio através do qual o paciente pode exprimir sua capacidade readquirida de assumir deveres civis”.

A realização de trabalho terapêutico parece, portanto, fundar-se no pressuposto de que o paciente pode “retornar a um estado de saúde através do trabalho”¹⁶. Essa idéia parece compartilhada pelos usuários que, pelo menos em duas situações, mostraram uma vinculação direta entre o desenvolvimento de um trabalho e a sua saúde mental. Dois usuários, separadamente, disseram que quando conseguissem um trabalho fora da instituição (um deles é bolsista de manutenção) interromperiam o tratamento psiquiátrico a que se submetem, mostrando que o fato de terem sido aceitos em trabalhos fora da instituição evidenciaria uma melhora de suas condições psiquiátricas. Essas declarações evidenciam, também, que, como indicou Goffman²⁴: “(...) qualquer que seja o incentivo dado ao trabalho, esse

incentivo não terá a significação estrutural que tem no mundo externo.”

Percebe-se, então, a presença de diferentes expectativas relacionadas ao trabalho assistido. Enquanto os técnicos o vêem como transitório e como uma forma de estimular as potencialidades sadias dos pacientes, estes vêem o trabalho na instituição como uma forma de geração de renda e de inserção social, uma vez que acreditam que por trabalharem, a distância frente desajustes sociais seja diminuída, evidenciando a existência de “diferentes motivos para o trabalho e diferentes atitudes com relação a ele”²⁴.

No que se refere ao incentivo dado ao trabalho dentro de uma instituição psiquiátrica, destaco uma ocasião em que ocorreu um mal-estar por parte dos técnicos do serviço em relação à postura tomada pelo ambulatório do hospital em relação ao trabalho de uma bolsista do setor que também é paciente do Centro de Convivência. A usuária foi requisitada para trabalhar uma hora a mais por dia para cobrir o horário de almoço da funcionária do ambulatório, uma vez que outra funcionária havia sido demitida. Essa postura, em conjunto com as outras atribuições que a usuária estaria recebendo do ambulatório, estaria fazendo com que a paciente estivesse se voltando cada vez mais para dentro do hospital, ao passo que a função do Centro de Convivência, e do ideal trazido pela Reforma Psiquiátrica, é que os pacientes psiquiátricos se desvinculem cada vez mais do espaço de tratamento. Esse fato, em conjunto com as reclamações que a usuária estaria fazendo junto aos técnicos do serviço devido ao excesso de trabalho,

trouxe a discussão, em reunião de equipe, que os trabalhos voltados para a geração de renda não podem perder de vista que estão lidando com pacientes psicóticos e, portanto, a cobrança e a exigência não poderiam ser equivalentes à feita a um trabalhador “normal”, uma vez que ela estaria assumindo responsabilidades que antes eram de uma funcionária contratada.

Cabe evidenciar, no entanto, que os usuários parecem estabelecer uma relação de pertencimento no que concerne ao trabalho desenvolvido. Dois relatos de campo devem, ainda, ser mencionados: uma briga ocorreu entre dois usuários do serviço. Uma das envolvidas era, no turno em questão, bolsista de recepção (que, dentre outras atribuições, era responsável pela limpeza do Centro de Convivência) e, nesta ocasião, ela repreendeu um senhor que havia jogado o cigarro no chão e este não gostou, dando início a uma briga, havendo, inclusive, por parte dele, ameaça de agressão física, ao que ela respondeu que só não bateria nele porque ali era o local de serviço dela. Mostrando que, em outras circunstâncias poderia ter partido para a agressão física e só não o faria por respeito ao local de trabalho.

Outro relato é sobre uma senhora que também é uma das bolsistas de recepção e que apresenta o que o saber médico chama de comorbidade entre esquizofrenia e alcoolismo. Os técnicos, ao perceberem que ela, vez ou outra, aparecia bêbada para as atividades, resolveram conversar com a sua família, pois pensavam em cortar a sua bolsa por acreditarem que o dinheiro ganho não poderia funcionar como um estímulo à adicção. Ao conversarem com a filha dessa

senhora foram informados que o dinheiro da bolsa de trabalho era todo entregue a ela no dia em que era pago a sua mãe, e o dinheiro com que bebia era o que conseguia na rua (através da mendicância).

Mesmo se tratando de um trabalho assistido, visando uma melhora terapêutica dos pacientes, freqüentemente os usuários que têm bolsas referem-se ao Centro de Convivência como seu local de trabalho, atitude esta desencorajada pelos técnicos que, constantemente, enfatizam o caráter terapêutico, demonstrando a preocupação de que os bolsistas não sejam tratados como mera mão-de-obra para a instituição, uma vez que

Embora a natureza de tais tarefas decorra das necessidades de trabalho do estabelecimento, a afirmação apresentada ao paciente é que essas tarefas o ajudarão a reaprender a viver em sociedade e que sua voluntariedade e capacidade de enfrentá-las serão consideradas como prova diagnóstica de melhora²⁴.

Evidenciando, assim, que as relações de trabalho terão também a função de atuar na vida social do paciente, já que o ajudaria a reaprender a viver em sociedade e, tal como evidenciado pela própria instituição, teriam o papel de valorizar a cidadania do paciente.

Ainda no que se refere ao trabalho assistido, percebe-se que existe um imaginário, principalmente por parte de funcionários de um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs) do município de Niterói, de que o Centro de Convivência teria como função primeira disponibilizar bolsas de trabalho e oportunidades de geração de renda para os usuários. Esse fato gera

um grande desconforto para a equipe uma vez que eles não consideram que essa seja a função do serviço. Os usuários que freqüentam a instituição teriam como principal demanda a socialização, demanda esta que passaria, também, pelo problema da geração de renda, mas não se restringiria a isso. Conversas entre os dois serviços se deram para explicar que não era possível dar bolsas de trabalho a todo e qualquer paciente para lá encaminhado, que era necessário um acompanhamento e um período de experiência para que isso pudesse acontecer. A inclusão em oficinas de geração de renda poderia ser feita, uma vez que uma parte do dinheiro conseguido com as vendas de produtos é revertida para quem os confeccionou e outra parte para quem os vendeu.

Essas oficinas, parecem priorizadas no serviço, tanto pela demanda dos usuários (que intencionam ganhar algum dinheiro com as atividades), como pelo fato dos recursos para o desenvolvimento de tais oficinas serem obtidos a partir da própria venda dos objetos produzidos, não dependendo de solicitação de materiais para o hospital ou para a Coordenação de Saúde Mental do município.

Tendo em vista a grande demanda por atividades que privilegiem a geração de renda, a Coordenação de Saúde Mental do município estipulou que o Núcleo de Geração de Renda da Rede de Assistência à Saúde Mental fosse transferido para dentro do Centro de Convivência, alocando, então, os técnicos e pacientes que já participam desse núcleo, iniciado em 2006, no Centro de Convivência. A primeira atividade,

desenvolvida anteriormente por esse núcleo, que passou a ser desenvolvida no serviço foi a “oficina de misto quente”, em que sanduíches são feitos por pacientes e vendidos para cantinas pertencentes ou não à Rede. Essa fusão entre os dois serviços teria como objetivo incrementar o número de atividades de geração de renda desenvolvidas no município e, conseqüentemente, o número de usuários que delas participam, evidenciando, assim, como o estímulo ao trabalho assume um papel fundamental no imaginário do serviço, e de toda a Rede, tanto na prevenção de crises, como no fortalecimento de laços sociais.

CONCLUSÃO

Durante o trabalho etnográfico foi possível verificar que, mesmo que o Centro de Convivência seja voltado, prioritariamente, para o desenvolvimento da sociabilidade dos usuários (e que, de fato, muitos tenham conseguido expandir suas redes de relações após o ingresso ao serviço, principalmente através do estabelecimento de relações de amizade – com os técnicos ou com outros pacientes), a relativa assiduidade da freqüência ao Centro de Convivência, por parte dos usuários, passa por diversos fatores, nem sempre facilmente relacionados à sociabilidade, tais como a assistência às suas necessidades básicas (tais como comida e banho) e à possibilidade de geração de renda através da inserção em um trabalho (mesmo que assistido) remunerado. Segundo Bourdieu²⁵ “os agentes sociais não realizam atos gratuitos”, existindo sempre uma razão para que estes realizem os seus atos, ou seja, mesmo que o objetivo

do Centro de Convivência seja estimular a sociabilidade dos usuários, estes conseguem encontrar motivos outros que os fazem comparecer ao serviço, motivos esses que não deixam de se relacionar a possibilidade de desenvolvimento de relações sociais.

Ainda assim, mesmo que os pacientes encontrem outros interesses para participar das suas atividades e que o trânsito por outras províncias de significado seja, para eles, restrito, o serviço se apresenta como uma alternativa ao estigma por eles sofrido, uma vez que assume um importante lugar para a sociabilidade dos pacientes. Dessa forma, percebo o Centro de Convivência como sendo, de fato, eficaz no estímulo à sociabilidade dos usuários, ainda que outros fatores apareçam e sejam determinantes para a frequência de seus usuários.

Vale, ainda, salientar o quanto é significativa a existência de uma linha de tratamento que considere que o estímulo à sociabilidade tenha lugar de destaque no tratamento de pessoas acometidas com transtornos mentais, em meio à preponderância de linhagens biologizantes para explicações sobre o desenvolvimento das doenças mentais. Evidencia, portanto, que prevalece, neste contexto, o entendimento da doença mental como uma perturbação físico-moral, nos termos expostos por Duarte²³.

Diferente do tratamento ofertado em CAPs, em que é disponibilizado tratamento ambulatorial e psicológico aos pacientes, no Centro de Convivência o tratamento baseia-se no desenvolvimento de laços sociais e na geração de renda (como forma de

aumento da autonomia e da cidadania dos pacientes). Salienta-se, no entanto, que há a exigência de que os pacientes do serviço realizem tratamento médico-psiquiátrico em algum ambulatório da Rede de Saúde Mental, indicando que explicações médico-psiquiátricas também encontram lugar no serviço estudado.

Este trabalho procurou evidenciar tanto a dimensão da sociabilidade presente no Centro de Convivência, quanto desenvolver um panorama sobre o surgimento do serviço estudado (e seu atípico processo de formação) que, no meu entender, só pode ser pensado dentro de um contexto de valorização das relações sociais dos pacientes psiquiátricos, ou seja, dentro de um contexto pós-Reforma Psiquiátrica, no qual o desenvolvimento da autonomia (aqui evidenciado pelos esforços referentes aos projetos que visam a geração de renda e a inserção em trabalho assistido), da cidadania (por meio da participação em programas sociais, como o *De volta pra casa*) e, principalmente, pela ampliação das relações sociais, passam a ser o ponto central de uma nova política de assistência a saúde mental.

REFERÊNCIAS

- 1 Venancio, AT. Sobre a ‘nova psiquiatria’ no Brasil: um estudo de caso do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 1990.
- 2 Tenório, F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- 3 Venturini, E. Prefácio. In: Amarante, P. (org). Loucos pela vida. Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/FIOCRUZ, 1995:18.
- 4 Silva, MB. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004:20.
- 5 A categoria crise, assim como as categorias surto ou período agudo, são usadas recorrentemente (e sem aparente distinção) pelos técnicos do serviço para se referir ao período, chamado nos prontuários de reagudização dos sintomas psicóticos. Nesses períodos, os pacientes apresentam características reconhecidas pelo saber médico, como sintomas de sua doença mental.
- 6 As segundas-feiras pela manhã todos os usuários se juntam a uma técnica para que ela leia o jornal e eles conversem sobre como foi o fim de semana.
- 7 Filmes em DVD são passados na televisão do serviço.
- 8 Sanduíches são feitos por pacientes e vendidos para cantinas pertencentes ou não a Rede de Saúde Mental.
- 9 Espécie de assembléia, na qual são passados informes semanais e são feitas deliberações para a melhor convivência e uso do espaço.
- 10 Gincana sobre assuntos gerais ou sobre assuntos relacionados à sexualidade.
- 11 Atividades físicas são ministradas, como caminhada e futebol.
- 12 Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil contaria com 36 Centros de Convivência e Cultura. Em seus dados consta apenas um no Estado do Rio de Janeiro (não está claro se este é o serviço aqui estudado), mas, como consta no site: “Ainda temos poucas informações sobre os Centros de Convivência e Cultura, razão pela qual os dados apresentados estão certamente incompletos.” Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_dados_2.pdf.
- 13 Schutz, A. Fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.
- 14 Velho, G. Projeto e Metamorfose. Antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- 15 Através da organização de bloco de carnaval que desfila junto à comunidade local e de passeios pela cidade com pacientes, por exemplo.
- 16 Perelberg, R. Fronteiras do Silêncio – um estudo de desvio e ritualização. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 1976.
- 17 Velho, G. Apresentação: Anselm Strauss: Indivíduo e Vida Social. In Strauss, A. Espelhos e Máscaras: a busca de identidade. São Paulo: Editora Edusp, 1999:15.
- 18 O SRI “funciona como emergência psiquiátrica do Programa de Saúde Mental, portanto é onde começa toda a história de acolhimento institucional”. In: Costa, S & Barbosa, D. Apresentando o Serviço de Recepção e Intercorrências – SRI. In: Berenger, ME et al, Desinstitucionalização e psicose: experiências clínicas. Niterói: EdUFF, 2008:49.

19 Becker, H. Uma teoria da ação coletiva. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1977.

20 Programa de transferência de renda do Governo Federal, criado para prestar assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, a pacientes acometidos por transtornos mentais e com história de longa internação psiquiátrica. Disponível em:

http://www1.caixa.gov.br/gov/gov_social/estadual/distribuicao_servicos_cidadao/volta_para_casa/

21 Sublinha-se que o contexto estudado por Goffman, assim como o de Perelberg, refere-se às instituições psiquiátricas dentro de uma perspectiva asilar. Goffman, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974:44.

22 Tikanori, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, A. (org). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996:57.

23 Duarte, LFD. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

24 Goffman, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.

25 Bourdieu, P. “É possível um ato desinteressado?” In: Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papyrus, 1996:138.

Artigo apresentado em 28/02/2011

Aprovado em 28/04/2011