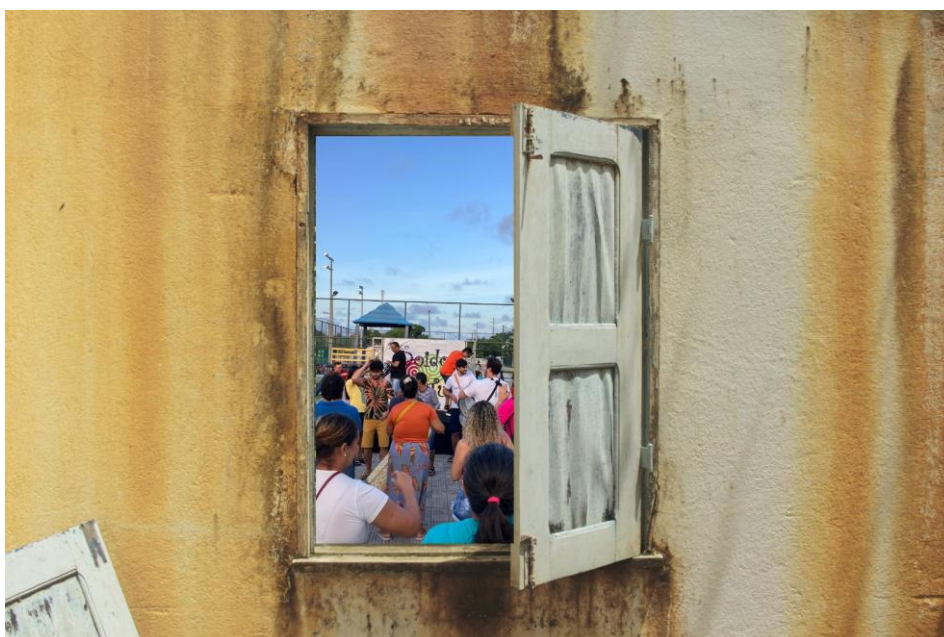


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

JOÃO GABRIEL TRAJANO DANTAS

PELAS F(R)ESTAS DA CIDADE:
práticas espaciais urbanas no contexto da atenção
psicossocial de Fortaleza



SÃO CARLOS – SP

2025

João Gabriel Trajano Dantas

PELAS F(R)ESTAS DA CIDADE:
práticas espaciais urbanas no contexto da atenção psicossocial de Fortaleza

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional como requisito obrigatório para a obtenção do título de Doutor em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Linha de pesquisa 3: Cuidado, Emancipação e Saúde Mental.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sabrina Helena Ferigato.

São Carlos – SP

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Dantas, João Gabriel Trajano

Pelas f(r)estas da cidade: práticas espaciais urbanas no contexto da atenção psicossocial de Fortaleza / João Gabriel Trajano Dantas -- 2025. 192f.

Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Sabrina Helena Ferigato

Banca Examinadora: Taís Quevedo Marcolino, Josenaide Engracia dos Santos, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Éllen Cristina Ricci

Bibliografia

1. Atenção Psicossocial; Cidades; Espaço Urbano; Luta Antimanicomial; Arte e Cultura; Terapia Ocupacional; Carnaval. I. Dantas, João Gabriel Trajano. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de aprovação

Assinatura dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Doutorado do candidato João Gabriel Trajano Dantas, realizada em 23/05/2025:

Prof. Dra. Taís Quevedo Marcolino
Universidade Federal de São Carlos

Prof. Dra. Josenaide Engracia dos Santos
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Éllen Cristina Ricci
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos fluxos e energias que me conduziram até aqui. Que continuem servindo como guias na minha caminhada. Obrigado por estarem sempre presentes.

Ao meu companheiro, amigo e amor da vida, Francis Wilker, minha profunda gratidão. Você nunca soltou a minha mão durante esta jornada, tornando-a mais possível, colorida e interessante. Te amo.

Agradeço à CAPES e à minha orientadora, Sabrina Helena Ferigato, por me instigar constantemente a pensar de forma crítica e sensível, e por estar presente com acolhimento sempre que precisei.

À comunidade do Bloco Doido é Tu, meu muito obrigado, especialmente a Eliza Gunther. Esta cartografia só foi possível porque vocês me acolheram e abriram espaço para minha presença e escuta. Obrigado por fazerem da loucura um lugar de criação e potência.

Ao Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, deixo meu carinho e reconhecimento, em especial a Núbia, Alex e Crispim. Mesmo chegando como estrangeiro, fui acolhido com generosidade. Como é bom encontrar, em outros territórios, movimentos vivos, em luta e reexistência.

Sou grato às professoras do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, especialmente às que compõem a Linha 3, com quem tive a honra de aprender mais sobre a interface entre terapia ocupacional e saúde mental. Um abraço afetuoso a Taís Quevedo, Isabela Lussi e Terecinha Cid, com quem pude estreitar laços e compartilhar aprendizados. Um agradecimento especial ao Prof. Pablo Cantero Garlito, que me acolheu durante o doutorado sanduíche.

Às colegas de turma e amigas e amigos, deixo minha gratidão. Em especial, Naila, Cléber e Érika: mesmo à distância, conseguimos fortalecer a amizade. Um agradecimento especial a Thaline e Jaime, que sempre estiveram presentes com escuta atenta e conselhos valiosos.

À minha família, meu alicerce, agradeço profundamente. À minha mãe, Paula, ao meu pai, João, e às minhas irmãs, Rayssa e Ana Letícia, que, mesmo longe, sempre torceram por mim e acreditaram nos meus passos. Se cheguei até aqui, foi porque tive uma família amorosa que me impulsionou.

A todas e todos vocês, meu muito obrigado.

RESUMO

A consolidação da Atenção Psicossocial no Brasil destaca a relação com o território e com a comunidade como diretriz estruturante para o funcionamento dos serviços e para a produção de cuidado em saúde mental da população. Esse aspecto favorece a instauração de práticas que extrapolam os muros institucionais, ganhando cor, ritmo, sentido e diálogo com diferentes espaços urbanos. É nesse contexto que emerge a questão que orientou a caminhada desta tese: como práticas mediadas por experiências artísticas e culturais, realizadas em espaços públicos urbanos, podem contribuir para a produção de f(r)estas que festejam os princípios da cidadania, inclusão, participação sociocultural, pertencimento, diversidade e cuidado em saúde mental? Para dialogar com essa questão, partimos de uma pesquisa qualitativa alinhada aos pressupostos da pesquisa-intervenção, localizada dentro de uma perspectiva cartográfica. O objetivo da pesquisa é analisar a produção de saúde mental e a ocupação de espaços públicos urbanos por meio da cartografia de experiências vivenciadas junto à cidade de Fortaleza, Ceará. A investigação considerou, especialmente, a perspectiva de profissionais e usuários sobre o cotidiano do trabalho na Atenção Psicossocial e o acompanhamento processual de duas experiências: o tradicional bloco carnavalesco Doido é Tu e a II Parada do Orgulho Louco, evento alusivo ao dia da luta antimanicomial. Os resultados são apresentados a partir de três percursos: i) a dimensão histórica-política; ii) a dimensão molecular ou cotidiana do trabalho na Atenção Psicossocial; e iii) a dimensão sociocultural das práticas urbanas em interface com o cuidado. O percurso investigativo apresenta como contribuição ao campo a noção de f(r)estas, que articula saúde mental, arte e cultura na cidade. Concluímos que práticas espaciais urbanas podem funcionar como analisadores dos modelos de gestão e cuidado em saúde mental e, simultaneamente, como condição e efeito de práticas clínicas comprometidas com a emancipação social. A produção de f(r)estas ocorre a partir da construção coletiva de espaços de alegria, de celebração, de festa, que reivindicam, no cotidiano urbano, a diversidade de modos de vida, cidadania, práticas culturais e pertencimento, bem como o exercício e a defesa do direito de um cuidado em liberdade.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial; Cidades; Espaço Urbano; Luta Antimanicomial; Arte e Cultura; Terapia Ocupacional; Carnaval.

ABSTRACT

The consolidation of Psychosocial Care in Brazil highlights the relationship with territory and community as a guiding principle for the operation of services and the production of mental health care for the population. This aspect encourages the development of practices that transcend institutional walls, gaining color, rhythm, meaning, and dialogue within various urban spaces. It is within this context that the central question of this thesis emerges: how can practices mediated by artistic and cultural experiences, carried out in urban public spaces, contribute to the production of cracks (f(r)estas) that celebrate the principles of citizenship, inclusion, sociocultural participation, belonging, diversity, and mental health care? To engage with this question, we adopted a qualitative and exploratory research-intervention methodology, grounded in a cartographic perspective. The objective is to analyze the production of mental health and the occupation of urban public spaces through the cartography of experiences lived in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. The investigation was conducted mainly from the perspective of professionals and service users regarding the daily work within Psychosocial Care, as well as through the procedural follow-up of two experiences: the traditional carnival group 'Doido é Tu' (BDT) and the Il Mad Pride Parade, an event related to the Anti-Asylum Campaigning Day. The results are presented through three pathways: the historical-political dimension; the molecular or everyday dimension of work in Psychosocial Care; and the sociocultural dimension of urban practices and their interface with care. The investigative journey contributes to the field by proposing the notion of f(r)estas, through an articulation between mental health, art, and culture in the city. It concludes that urban spatial practices can function both as analyzers of management and care models in mental health and as conditions and effects of clinical practices committed to social emancipation. The production of f(r)estas arises from the collective construction of spaces of joy, celebration, and festivity, reclaiming urban daily life for the diversity of ways of living, citizenship, cultural practices, and belonging, as well as for the exercise and defense of the right to care in freedom.

Keywords: Psychosocial Care; Cities; Urban Space; Anti-Asylum Struggle; Art and Culture; Occupational Therapy; Carnival.

RESUMEN

La consolidación de la Atención Psicosocial en Brasil destaca la relación con el territorio y la comunidad como una directriz fundamental para el funcionamiento de los servicios y para la producción del cuidado en salud mental de la población. Este aspecto favorece la instauración de prácticas que trascienden los muros institucionales, ganando color, ritmo, sentido y diálogo en diferentes espacios urbanos. Es en este contexto que surge la cuestión que orientó el recorrido de esta tesis: ¿cómo pueden las prácticas mediadas por experiencias artísticas y culturales, realizadas en espacios públicos urbanos, contribuir a la producción de fisuras (f(r)estas) que celebren los principios de ciudadanía, inclusión, participación sociocultural, pertenencia, diversidad y cuidado en salud mental? Para dialogar con esta cuestión, partimos de una metodología de investigación-intervención cualitativa y exploratoria, ubicada dentro de una perspectiva cartográfica. El objetivo es analizar la producción de salud mental y la ocupación de espacios públicos urbanos mediante la cartografía de experiencias vividas en la ciudad de Fortaleza, Ceará, Brasil. La investigación se desarrolló especialmente a partir de la perspectiva de profesionales y usuarios sobre el cotidiano del trabajo en la Atención Psicosocial y del acompañamiento procesual de dos experiencias: el tradicional bloco carnavalesco 'Doido é Tu' (BDT) y la II Marcha del Orgullo Loco, evento alusivo al Día de la Lucha Antimanicomial. Los resultados se presentan a partir de tres recorridos: la dimensión histórico-política; la dimensión molecular o cotidiana del trabajo en la Atención Psicosocial; y la dimensión sociocultural de las prácticas urbanas en su interfaz con el cuidado. El recorrido investigativo aporta al campo la noción de f(r)estas, articulando salud mental, arte y cultura en la ciudad. Se concluye que las prácticas espaciales urbanas pueden funcionar como analizadores de los modelos de gestión y de cuidado en salud mental y, al mismo tiempo, como condición y efecto de prácticas clínicas comprometidas con la emancipación social. La producción de f(r)estas surge de la construcción colectiva de espacios de alegría, celebración y fiesta, reivindicando para la vida urbana cotidiana la diversidad de modos de vida, ciudadanía, prácticas culturales y de pertenencia, así como el ejercicio y la defensa del derecho a un cuidado en libertad.

Palabras clave: Atención Psicosocial; Ciudades; Espacio Urbano; Lucha Antimanicomial; Arte y Cultura; Terapia Ocupacional; Carnaval.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linhas do desejo	37
Figura 2 - Registros do pesquisador	68
Figura 3 - Reportagem do Diário do Nordeste	79
Figura 4 - Intersecção entre saúde mental, espaços urbanos e práticas artísticas e culturais	174

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação dos participantes da pesquisa	74
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDT – Bloco Doido é Tu

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CE – Ceará

CECCOs – Centros de Cooperativa e Convivência

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CER II – Centro Especializado em Reabilitação II

CFP – Conselho Federal de Psicologia

FCE – Faculdade de Ceilândia

FCLA – Fórum Cearense da Luta Antimanicomial

FLAMAS – Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba

FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

GT – Grupo de Trabalho

MASP – Museu de Arte de São Paulo

MTSM – Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RENILA – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

RT – Residência Terapêutica

SEAS – Serviço Especializado em Abordagens Sociais

SECULT – Secretaria de Cultura

SP – São Paulo

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de Ajustamento de Conduta

TCLE – Termo Livre Esclarecido

UECE – Universidade Estadual do Ceará

UFC – Universidade Federal do Ceará

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UnB – Universidade de Brasília

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNISO – Universidade de Sorocaba

SUMÁRIO

1	PASSOS INICIAIS DE UMA TESE-CAMINHADA	15
2	A HISTÓRIA DA LOUCURA, A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS PRÁTICAS ESPACIAIS.....	19
2.1	LOUCURA E CIDADE: UM RESGATE SOCIOHISTÓRICO DAS PRÁTICAS DE EXCLUSÃO	19
2.2	INSTITUIÇÕES TOTAIS, HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E A LÓGICA MANICOMIAL.....	23
2.3	REFORMA PSIQUIÁTRICA, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E SUA INTERFACE COM A CIDADE	29
3	PONTO DE ENCONTRO: ESPAÇO URBANO, PRÁTICAS ARTÍSTICAS E CULTURAIS E SAÚDE MENTAL.....	32
3.1	PRÁTICA ESPACIAL URBANA	34
3.2	O CUIDADO EM LIBERDADE E A PARTICIPAÇÃO SOCIOCULTURAL ..	40
4	CARTOGRAFIA: UMA FESTA COLETIVA E UM MERGULHO INDIVIDUAL.....	44
4.1	CARTOGRAFIAR É ACOMPANHAR PROCESSOS	45
4.2	GESTOS DE PESQUISA.....	48
4.3	INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS	54
4.3.1	Diário de campo: registros dos territórios existenciais habitados	54
4.3.2	Registros fotográficos: cenas cotidianas impressas em imagens.....	55
4.3.3	Entrevistas-conversas.....	55
4.4	ENCONTROS COM O CAMPO: DEVIRES EM DERIVA.....	57
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO: PERCURSOS DE PESQUISA.....	59
5.1	GESTO 0: CAMINHADA PESSOAL E PROFISSIONAL: UM MOSAICO DE EXPERIÊNCIAS	59
5.1.1	Formação inicial: universidade, território e cidade	60
5.1.2	Primeira experiência profissional: desinstitucionalização de Sorocaba, São Paulo	61
5.1.3	Memórias de um terapeuta ocupacional e as aprendizagens que se fazem caminhando	65
5.1.4	Experiências na Zona Leste de São Paulo	69
5.1.5	A tese e a cidade: encontros com Fortaleza.....	72

5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E DAS EXPERIÊNCIAS SELECIONADAS PARA A PESQUISA	73
5.2.1	Resultantes das entrevistas-conversas	76
6	PERCURSO I - DIMENSÕES HISTÓRICAS DAS PRÁTICAS ESPACIAIS URBANAS: POLÍTICAS PÚBLICAS E LUTA ANTIMANICOMIAL EM FORTALEZA	77
6.1	ENTRELAÇOS: FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL DE FORTALEZA	83
6.2	UM TERCEIRO PERÍODO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM FORTALEZA?	92
7	PERCURSO II - DIMENSÃO MOLECULAR E COTIDIANA DA PRÁTICA DOS ESPAÇOS URBANOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERSPECTIVA DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS.....	98
7.1	DIMENSÕES DE UMA CLÍNICA RUEIRA NA SAÚDE MENTAL	99
7.2	O TRANSPORTE COMO ANALISADOR DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A MOBILIDADE URBANA COMO CONDIÇÃO PARA O CUIDADO.....	108
7.2.1	Mobilidade urbana como condição para o cuidado.....	110
7.2.2	Ônibus institucionais e as implicações para o cuidado em saúde mental	113
7.3	CIRCUITOS E PRÁTICAS: GRUPALIDADES E COLETIVIDADES NA CIDADE	117
7.4	VIOÊNCIA URBANA E QUESTÕES DE GÊNERO	124
7.5	CUIDADO E ESPAÇO URBANO: PERSPECTIVAS DAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS.....	124
8	PERCURSO III - A DIMENSÃO SOCIOCULTURAL DAS PRÁTICAS ESPACIAIS URBANAS - FESTA, ARTE E CULTURA NA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL: A II PARADA DO ORGULHO LOUCO E O BLOCO DOIDO É TU	139
8.1	CARTOGRAFIA DO BLOCO DOIDO É TU E O CARNAVAL NA SAÚDE MENTAL.....	139
8.1.1	Participar para transformar: a participação sociocultural na transformação do estatuto da loucura	149
8.1.2	Práticas espaciais urbanas: relações do corpo com a cidade.....	152
8.2	DEVIR MILITANTE: 18 DE MAIO E A PARADA DO ORGULHO LOUCO	156

8.2.1	A II Parada do Orgulho Louco.....	164
9	MOVIMENTO ESPIRALAR E A PRODUÇÃO DE F(R)ESTAS NO ESPAÇO: A INTERSECÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL, ESPAÇO URBANO E PRÁTICAS ARTÍSTICAS E CULTURAIS.....	173
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	179
	REFERÊNCIAS	181

1 PASSOS INICIAIS DE UMA TESE-CAMINHADA

“Eu sentia, ao caminhar, meus pensamentos se movimentarem como um caleidoscópio, a cada passo uma nova constelação: antigos elementos desaparecendo; outros surgindo; muitas figuras”.
(Walter Benjamin)

Esta cartografia se fez caminhando, literalmente caminhando...

Esta tese-caminhada parte de uma pesquisa cartográfica realizada em Fortaleza, Ceará (CE), cujo objetivo é investigar os elementos que compõem as práticas espaciais urbanas¹ no contexto da Atenção Psicossocial da cidade. Compreendendo que existem múltiplas formas de vivenciar os espaços urbanos, foram focalizadas experiências mobilizadas por práticas artísticas e culturais abertas à participação comunitária, com forte protagonismo das pessoas que frequentam os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Fortaleza.

A pergunta central que orientou a pesquisa foi: *De que formas as práticas espaciais urbanas podem fornecer pistas para o cuidado em saúde mental e para a construção da Atenção Psicossocial?* Esse interesse auxiliou na calibragem de uma bússola simbólica² que guiou as andanças desta cartografia e apontou para dois movimentos político-culturais ocorridos em 2023 nas ruas e praças de Fortaleza. Esses acontecimentos fizeram a seta da bússola vibrar, pois, ao mesmo tempo em que reuniram profissionais e usuários da RAPS, mostraram-se abertos à participação comunitária.

O primeiro acontecimento foi a II Parada do Orgulho Louco, realizada no Dia da Luta Antimanicomial (18 de maio), organizada pelo Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (FCLA), movimento social com forte representatividade no estado do Ceará. O segundo acontecimento cartografado foi o Bloco Doido é Tu (BDT), tradicional bloco de carnaval que anualmente ocupa as ruas da cidade com muita festa, reunindo diferentes populações, especialmente e majoritariamente pessoas que frequentam os serviços da RAPS.

¹ Esse conceito está apoiado nas reflexões sobre “espaços praticados”, discutidas por Michel de Certeau (2006). Trata-se de um conceito estruturante para o pensamento que orientou esta pesquisa, o qual será melhor elaborado e apresentado adiante.

² Bússola que aponta para os horizontes das andanças, traduzidos nos objetivos gerais e específicos adotados por esta pesquisa.

A partir da cartografia desses acontecimentos, pude me aproximar das pessoas que colaboraram com a pesquisa³: três terapeutas ocupacionais, um farmacêutico, uma enfermeira-arte terapeuta, dois militantes da luta antimanicomial (um usuário e um enfermeiro), um familiar e uma gestora cultural. Como terapeuta ocupacional que também atuou em diferentes equipamentos da RAPS, minha trajetória profissional integra as análises aqui propostas.

A sistematização dos dados produzidos no campo resultou nesta cartografia, cujos resultados dividem-se em três percursos principais, inseparáveis e interligados, que compõem a trajetória desta tese-caminhada. As discussões de cada percurso oferecem campos de análise que destacam a potência das práticas artísticas e culturais na ocupação dos espaços públicos e sua repercussão no cuidado em saúde mental das pessoas atendidas pela RAPS, mostrando-se inseparáveis dos movimentos de luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica vivenciados durante a implementação da Atenção Psicossocial no Ceará.

Assim, compartilho alguns dos cenários por onde caminhei, espaços e atividades que contribuíram significativamente para o amadurecimento do pensamento desenvolvido nesta tese-caminhada. Além disso, procuro revelar graus de implicação pessoal na investigação realizada. Dito isso, convido você a me acompanhar nesta tese-caminhada, que está distribuída da seguinte forma:

O **primeiro capítulo** desta tese-caminhada tem caráter teórico-conceitual, funcionando como uma preparação, um aquecimento. Nele, apresento brevemente os principais referenciais que fundamentam a pesquisa, entre os quais destacam-se os teóricos da Atenção Psicossocial brasileira, da Geografia Crítica e da Filosofia da Diferença, que oferecem suporte e sustentação para os caminhos a serem trilhados.

O **segundo capítulo** será o momento da caminhada em que apresento as paisagens metodológicas que ofereceram estrutura para uma pesquisa-intervenção qualitativa e exploratória, baseada na perspectiva cartográfica. A cartografia, enquanto modo de produzir pesquisa, é compreendida não apenas como um método específico e replicável, mas como um *ethos* que orientou e delimitou o campo da investigação, assim como os processos de produção e análise dos dados. Nesta andança, também detalharei os gestos de pesquisa que moldaram minha relação com o campo.

³ Os critérios de escolha das pessoas que participaram da pesquisa, assim como a metodologia das entrevistas, serão melhores descritas no eixo metodológico.

O **terceiro capítulo** compõe o gesto 0 desta tese-caminhada, dedicado à reflexão sobre minhas implicações na pesquisa. Nele, busco discutir como experiências da minha trajetória formativa e profissional atravessam o olhar lançado sobre o campo e influenciam as análises construídas. A intenção é reconhecer que toda pesquisa carrega marcas de quem a conduz. Após o gesto inicial desta tese-caminhada, encontram-se as reflexões produzidas junto ao campo investigado. Esse trecho da caminhada será dividido em três percursos distintos, porém intimamente interligados.

No **primeiro percurso**, são abordados os avanços no cuidado e na atenção oferecidos às pessoas que vivenciam alguma aproximação com a loucura, especialmente nas transformações socioassistenciais no campo da saúde mental e, mais especificamente, na implementação da Atenção Psicossocial no estado do Ceará e, mais especificamente, em Fortaleza.

No **segundo percurso**, exploro um campo molecular: o cotidiano do trabalho na Atenção Psicossocial, atravessando experiências manifestadas nas práticas espaciais urbanas desenvolvidas por profissionais com longa trajetória na Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza. Destaco reflexões que foram produzidas a partir da análise das narrativas das entrevistas-conversas realizadas com as pessoas que colaboraram com a pesquisa. Esse percurso é mediado pelas vozes e experiências dessas pessoas, revelando narrativas sobre a dimensão do trabalho e do cuidado em saúde mental que envolvem a aproximação de usuários/as com as cenas da cidade, evocando temas pertinentes como: dimensões e desafios de uma clínica rueira; utilização de meios de transporte no contexto da Atenção Psicossocial; violência urbana e questão de gênero; cuidado em saúde mental, espaço urbano e terapia ocupacional; e grupariedades e coletividades na cidade.

No **terceiro percurso**, percorremos um circuito que provoca reflexões sobre a interface entre arte, cultura, saúde mental e espaço urbano, a partir dos acontecimentos cartografados: a II Parada do Orgulho Louco e o Bloco Doido é Tu, ambos realizados em 2023.

Após trilharmos esses percursos, chegamos ao último trecho desta caminhada, onde realizo um giro analítico que retoma as principais paisagens contempladas e auxilia na proposição conceitual de f(r)estas, que nos fazem entrever uma realidade mais solidária, participativa, política e pulsante. Desejo que a geografia aqui compartilhada motive e inspire a criação de novas práticas e

dispositivos implicados com a produção de cuidado, atenção e liberdade, capazes de remodelar as formas de conviver nos espaços urbanos e repercutir na qualidade de vida e no bem-estar de todas as pessoas que fazem parte da festa.

Sendo assim, convido você a acompanhar esta tese-caminhada.

...sigamos...

2 A HISTÓRIA DA LOUCURA, A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS PRÁTICAS ESPACIAIS

A dimensão histórico-política nos oferece elementos que auxiliam na tecitura de uma leitura espacial do objeto desta pesquisa. Lançar um olhar no tempo permite uma visão panorâmica que amplia as perspectivas sobre os caminhos percorridos e, nesse gesto, observar os movimentos que antecederam as práticas investigadas, os quais fornecem pistas para calibrar a bússola que guia nossa caminhada.

As práticas desenvolvidas no cotidiano da Atenção Psicossocial carregam uma historiografia que sente os efeitos dos avanços, pausas e recuos das políticas de saúde mental, assim como as formas como as pessoas consideradas loucas foram tratadas na sociedade. Neste aquecimento, lançaremos um olhar panorâmico sobre a historicidade das práticas de exclusão da loucura e dos movimentos precursores da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil.

2.1 LOUCURA E CIDADE: UM RESGATE SOCIOHISTÓRICO DAS PRÁTICAS DE EXCLUSÃO

O resgate socio-histórico a seguir busca apontar como as relações entre as cidades e a loucura foram se transformando ao longo do tempo e nos ajuda a refletir sobre a forma como a presença do/a louco/a tem sido sentida na sociedade. Trata-se de um olhar simultaneamente retrospectivo e prospectivo — movimentos essenciais para pensarmos o porvir deste grupo populacional e da sociedade como um todo. Esses sujeitos, em sua maioria, foram historicamente segregados e excluídos dos espaços de convívio social das cidades onde residem e, em consequência dessa exclusão, podem apresentar uma estrutura cotidiana e ocupacional mais restrita e limitada. Nesse sentido, a atenção dedicada aos loucos e loucas nem sempre foi ofertada de maneira homogênea ao longo da história.

O filósofo e historiador francês Michel Foucault (1926-1984), em *A História da Loucura na Idade Clássica* (2019), tese de doutorado que o consagrou no meio acadêmico, lança um olhar arqueológico sobre a loucura. O autor destaca vertentes que possibilitaram uma transformação significativa na compreensão dos aspectos socio-históricos que circunscrevem a loucura na sociedade. Ao dialogar com Foucault, que se apoia em registros e documentos oficiais para sustentar sua tese,

percebemos como a relação entre os ‘insanos’ e as cidades por onde circulavam se transformou ao longo dos séculos.

Os habitantes de cidades e povoados apresentavam certa tolerância aos loucos nativos; em contrapartida, os andarilhos, estrangeiros e imigrantes tinham menos chances de ter sua presença validada pelos habitantes das cidades. “Portanto, os loucos não são corridos das cidades de modo sistemático. Por conseguinte, é possível supor que são escorraçados somente os estrangeiros, aceitando cada cidade tomar conta apenas daqueles que são seus cidadãos” (Foucault, 2019, p. 10). Percebe-se que, apesar da indiferença, o estatuto de cidadania de alguns ainda era resguardado.

Uma das formas de retirar aqueles que incomodavam e perturbavam o *status quo* era confiá-los aos cuidados de marinheiros, evitando que vagassem entre os muros da cidade, tornando-os “prisioneiros de sua própria partida” (Foucault, 2019, p. 11). Nesse sentido, existiam embarcações marítimas que passavam por diferentes cidades, onde os “loucos de toda ordem” eram depositados, especialmente aqueles que produziam incômodos nas cidades e povoados. Essas embarcações ficaram conhecidas como “Naus dos Loucos”.

É interessante notar que, por volta do século XV, existia uma relação entre a sociedade e os loucos que Foucault denomina como “indiferenciação”. Isso não significa que situações de exclusão ou segregação não tenham existido, como exemplificado pela Nau dos Loucos, mas que a loucura ainda não ocupava o lugar ao qual seria confinada séculos depois. Mesmo que indiferentes, a presença de alguns era apenas tolerada nos espaços da cidade.

A sociedade europeia enfrentava a epidemia da lepra, doença bacteriana crônica hoje conhecida como hanseníase. Até ser erradicada por volta do século XV, deixou um rastro de morte e sofrimento. A falta de conhecimento, associada às práticas asilares, fez das pessoas leprosas uma imagem carregada de estigmas, baseada em uma leitura moral e cristã que via a doença como punição divina e exigia que, para expiar seus pecados, os leprosos se exilassem dos espaços de convívio. “A sociedade medieval encarava os leprosos com medo, desconfiança e, sem dúvida, ódio; o contato com eles era indesejado e a lepra era vista como a pior das desgraças possíveis” (Pinto, 1995, p. 136).

Diante do desafio que a lepra representava, surgiram instituições como os leprosários, localizados em áreas remotas, para separar os doentes dos centros

urbanos. Com o tempo, essas instituições sofreram transformações. Com o abrandamento da epidemia e o consequente esvaziamento dos leprosários, esses espaços passaram a ser destinados a pessoas com doenças venéreas, hoje chamadas Infecções Sexualmente Transmitidas (IST's) (Foucault, 2019).

Foucault (2019) sugere que, apesar de a lepra ter desaparecido, as estruturas de exclusão persistiram, pois a preocupação não residia apenas na doença. Orientados por uma perspectiva eurocristã, que via o sofrimento e o isolamento como formas de cura e expiação de pecados, os mecanismos de exclusão evoluíram, originando novos espaços, poderes e alvos que reuniam pobres, dissidentes, vagabundos, vagabundas, alienados e alienadas, assumindo o papel anteriormente ocupado pelas pessoas leprosas.

Conforme alerta Foucault (2019), os jogos de exclusão são constantemente redimensionados e atualizados, ganhando contornos conforme a realidade em que ocorrem. A lógica que preenche os espaços de exclusão modifica-se para sobreviver, alterando o estatuto designado à loucura, que por sua vez herda os estigmas sociais deixados pela lepra.

Ao longo dos séculos XVII e XVIII, a loucura passou a ser reconhecida como erro, sonho, fuga da realidade, ocupando o lugar oposto ao da razão, muitas vezes compreendida como alienação. Assim, o asilamento e enclausuramento em massa dos indesejáveis pela sociedade foram legitimados, processo que Foucault (2019) denominou como “A Grande Internação”, ocorrido gradualmente ao longo dos séculos. Essa exclusão e segregação retiraram dessas pessoas a possibilidade de contribuir com a convivência urbana e o desenvolvimento das cidades.

Aqueles e aquelas com comportamentos desviantes e de difícil trato representavam um impasse para o progresso social, especialmente nas cidades. Essas pessoas deixaram de ser indiferentes e tiveram sua autonomia praticamente interrompida, sendo inicialmente inseridas em Hospitais Gerais, de modo voluntário ou compulsório. Criados na Idade Média, os hospitais inicialmente não estavam fortemente vinculados à medicina, funcionando como espaços de caridade e hospitalidade, oferecendo “abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes” (Amarante, 2007, p. 22). Essas instituições se transformaram ao longo do tempo, mas em 1656 a França inaugurou seu primeiro Hospital Geral, para onde foram enviadas diversas pessoas alienadas,

representando “um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão” (Foucault, 2019, p. 47).

Assim, pessoas que divergiam do ideal moral da época — por loucura, pobreza ou comportamentos dissidentes como libertinos, prostitutas e homossexuais — eram frequentemente segregadas do convívio nas cidades europeias. Esse movimento revelou uma “higienização” dos espaços urbanos, na qual pessoas que eram consideradas “um atraso” ou “uma ameaça” à modernização, eram retiradas de seus bairros e regiões.

Hospitais Gerais, asilos e prisões passaram a ser as primeiras instituições destinadas aos loucos de toda ordem. Essas estruturas tinham a função de “recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária” (Foucault, 2019, p. 48). Os encaminhamentos compulsórios eram respaldados pela justiça local, e os diretores dessas instituições concentravam grande poder e autoridade, sendo responsáveis por zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar” (Foucault, 2019, p. 48). Ou seja, o raio de ação desses diretores não se restringia aos espaços institucionais, mas abrangia toda a cidade, detendo “poderes de autoridade, direção, administração, comércio, polícia, jurisdição, correção e punição sobre todos os pobres, de Paris, tanto no interior quanto no exterior do Hospital Geral” (Foucault, 2019, p. 48). Que subjetividade essa concentração de poder incitava na vida comum da cidade? A população era constantemente vigiada e controlada.

Desse modo, a segregação e a exclusão das pessoas indesejadas nos espaços urbanos lhes atribuiu um estatuto de desumanidade, pois tais práticas jamais poderiam ser aplicadas aos “humanos e cidadãos” que contribuíam para o desenvolvimento de suas cidades. Esses movimentos, que indicavam abjeção a uma diversidade de pessoas, transformaram asilos e instituições totais em espaços fechados, onde diferentes pessoas viviam internadas em tempo integral (Goffman, 1987). Esses locais também eram reconhecidos por práticas de violência física e psicológica.

Para Foucault (2019), o surgimento do Hospital Geral foi fundamental para inaugurar um novo lugar social destinado à loucura na sociedade europeia ocidental. Inicialmente, a instituição hospitalar não estava vinculada ao saber e às práticas

médicas, mas, por meio de um longo processo, tornou-se cenário de prática médica e, posteriormente, instituição médica completa (Amarante, 2007). Entre as diversas pessoas internadas nos hospitais gerais estavam os sujeitos alienados, os insanos. Nesse contexto, Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, foi um dos primeiros a reconhecer a condição de doença desses indivíduos. Desse modo, o estatuto designado à loucura foi novamente alterado, e as pessoas loucas passaram a ser reconhecidas como “doentes”, objetos do saber médico psiquiátrico (Amarante, 2007).

Apesar de validar, ainda que superficialmente, a humanidade dos alienados e separá-los do restante da instituição, Pinel considerava que eram pessoas sem autonomia para responder por si mesmas, oferecendo risco à sociedade, ao dia a dia urbano e ao progresso das cidades, reforçando a justificativa para internações muitas vezes compulsórias. Nesse cenário, a loucura começa a se transformar em objeto médico, fisicamente deslocada do espaço urbano e identificada como doença que requer tratamento adequado, cuja segregação do sujeito de seu meio social, familiar e da cidade era essencial para submetê-lo aos cuidados da instituição psiquiátrica e do saber médico.

2.2 INSTITUIÇÕES TOTAIS, HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E A LÓGICA MANICOMIAL

O cotidiano nas instituições psiquiátricas centrava-se na submissão, vigilância, controle e disciplinarização das pessoas internadas, onde diversas práticas e tecnologias foram refinadas e fabricadas no interior desses espaços (Goffman, 1987; Foucault, 2019). As tecnologias disciplinares focavam o controle e a vigilância das subjetividades dessas pessoas, reduzindo quaisquer vestígios de identidade e diferença pessoal: raspavam seus cabelos, uniformizavam-nos, retiravam seus nomes, substituindo-os por números, e unificavam todas as atividades diárias. Dessa forma, estabeleciam horários rígidos para acordar, comer, dormir etc.

Nesse contexto, a lógica manicomial, modelo que se consolidou no final do século XVIII, promoveu um intenso processo de privação de direitos, em que as pessoas eram retiradas e segregadas dos espaços urbanos, do convívio social, das possibilidades de trabalho e renda, do lazer e da cultura. Essa lógica, própria das

instituições totais, conhecida como “lógica manicomial” ou “institucionalização”, favorece a produção de corpos dóceis, submissos e disciplinados, que naturalizam e não questionam as violências institucionais que sofrem diariamente. Somente quando as práticas disciplinares obtinham algum sucesso é que as pessoas podiam retornar às suas famílias e ao seu espaço social, pois já não representavam risco à ideia de progresso, desenvolvimento e ordem da sociedade.

É nesse sentido que a instituição psiquiátrica e a lógica manicomial ganharam força. Coincidentemente (ou não), esse fortalecimento ocorreu no mesmo momento em que a sociedade estreitava seus laços com um sistema econômico baseado na produtividade e na docilidade política das pessoas, essenciais para “desenvolver”, “progredir” e “modernizar” o capitalismo. Esse cenário se intensificou especialmente com a revolução industrial, que promoveu o êxodo rural e a migração em massa para as cidades. Podemos imaginar que, para um sistema orientado pela racionalização, produtividade e lucro, a loucura seria uma presença indesejável na vida urbana e nos postos de trabalho.

As instituições psiquiátricas passaram a funcionar como verdadeiros laboratórios de exclusão, estudo e categorização das diferentes condições que as pessoas vivenciavam. A lógica manicomial lançava mão da disciplinarização do corpo como prerrogativa terapêutica: controlar para curar. Na maioria dos casos, essas instituições apresentavam uma tendência ao enclausuramento ou, como nomeia Goffman (1987, p. 16), ao “fechamento”, cujo “[...] caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída, que muitas vezes estão incluídas no esquema físico”.

Privar as pessoas da liberdade era o primeiro passo para a disciplinarização dos corpos desviantes. Foucault (1987, p. 164) aponta que as disciplinas podem ser consideradas “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade”. O corpo dócil, ou docilizado, é um corpo disciplinado, útil e produtivo. Segundo o mesmo autor, a aplicação desses métodos ganhou maior destaque ao longo dos séculos XVII e XVIII, tornando-se “fórmulas gerais de dominação” (Foucault, 1987, p. 164).

Dessa forma, o tratamento da lógica manicomial acontece a partir da segregação do sujeito de seu meio social para fabricação, por meio de práticas disciplinares, de corpos dóceis.

A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada (Foucault, 1987, p. 164).

A institucionalização da loucura produziu graves efeitos na vida da cidade, ao excluir simultaneamente uma diversidade de corpos do convívio social urbano. Essa exclusão também refletia na vida pessoal dos sujeitos submetidos à lógica disciplinar e manicomial, especialmente no acesso e exercício de direitos sociais essenciais e na estruturação da vida cotidiana, como “o trabalho, ao lazer, à cultura, e aos espaços de representação social e política, portanto, da participação no pacto social” (Amarante; Nunes, 2018, p. 1012-1013).

Nessas instituições, o cuidado em saúde mental não era sistematizado nem refletido de forma crítica pela equipe que ali atuava. Vale ressaltar que o modelo manicomial foi importado para o Brasil, tendo seu marco inaugural na criação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício de Alienados Pedro II, construído em 1852, na cidade do Rio de Janeiro (Figueiredo; Delevati; Tavares, 2014).

Em 1830, os médicos, para solucionar o problema dos alienados abandonados à sua sorte pelas ruas da cidade, ou internados indevidamente no Hospital Santa Casa, lançam o lema “aos loucos o hospício”, que obtém êxito com o decreto de 18 de julho de 1841, ato da maioria do Imperador, criando o Hospício de Alienados Pedro II, na praia Vermelha, no Rio de Janeiro (Yassui, 2010, p. 26).

A lógica manicomial das instituições psiquiátricas disseminou-se por todo o território nacional. A atenção à saúde mental baseada nesse modelo preconizava o isolamento social de pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos distantes dos centros urbanos, sob a prerrogativa de que essa modalidade ofereceria o “tratamento” mais adequado. Entretanto, percebia-se que as práticas asilares e manicomiais intensificavam o sofrimento psíquico e acirravam os processos de exclusão social (Amarante; Torre, 2018).

Esses espaços passaram a ser alvo de denúncia, pois foram locais de diversas violações de direitos humanos. Um caso emblemático ocorreu no hospital

psiquiátrico da cidade mineira de Barbacena, Minas Gerais, fundado em 1903, onde estima-se que morreram cerca de 60.000 pessoas. Até as ossadas e restos mortais eram tratados como objetos que geravam lucro aos donos dos hospitais psiquiátricos (Arbex, 2013).

Se retomarmos a referência de Foucault à Nau dos Loucos e a colocarmos lado a lado com o ocorrido em Barbacena, percebemos que embarcações marítimas e transportes ferroviários podem estar mais próximos do que imaginamos. É com o passar do tempo e a atualização dos modos de exclusão que a “Nau dos Loucos” se atualiza no “Trem de Doido”, como observado em Barbacena.

— Está chegando mais um “trem de doido”. Gritou um funcionário do hospital. A parada na estação Bia Fontes era a última da longa viagem de trem que cortava o interior do país. Quando a locomotiva desacelerava, já nos fundos do Hospital Colônia, os passageiros se agitavam. Acuados e famintos, esperavam a ordem dos guardas para descer, seguindo em fila indiana na direção do desconhecido. Muitos nem sequer sabiam em que cidade tinham desembarcado ou mesmo o motivo pelo qual foram despachados para aquele lugar (Arbex, 2013, p. 27).

De modo contraditório (ou não), o mesmo tipo de espaço que pode ser reconhecido como lugar de violações de direitos humanos e de práticas de controle e disciplinarização dos corpos também pode ser o ambiente onde outras práticas podem emergir.

Por volta de 1940-1950, a médica psiquiatra Nise da Silveira (1905-1999) e a assistente social, enfermeira e especialista em terapia ocupacional Dona Ivone Lara (1921-2018) desenvolveram juntas práticas em saúde mental que contrariavam e questionavam o saber médico hegemônico e patriarcal da época (Leite Junior; Farias; Martins, 2021). Sensibilizadas pela potencialidade da terapia ocupacional e das práticas artísticas no encontro com as pessoas, opunham-se às tecnologias e lógicas manicomiais promovidas pelo Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II, como cirurgias de lobotomia, eletrochoques e contenções violentas.

Em oposição, utilizavam instrumentos e recursos do campo cultural e das artes, especialmente música, pintura em tela e escultura, para atender às necessidades e demandas das pessoas internadas. Nesse processo, obtiveram efeitos significativos no cuidado em saúde mental. O pioneirismo de Nise da Silveira e Dona Ivone Lara exemplifica a reivindicação de outras formas de materializar o cuidado em saúde mental e provocar fissuras na lógica manicomial. Suas práticas

emergiram como um lampejo de esperança naquele espaço onde, algumas décadas depois, diante do aumento das críticas, denúncias e revoltas contra um modelo ineficaz, problemático e violento, surgiram a luta antimanicomial e os movimentos de reforma psiquiátrica que reuniram familiares, trabalhadores da saúde mental, gestores e pessoas usuárias.

É nesse cenário que, em 1978, surge no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), reconhecido como um dos primeiros coletivos a apontar a necessidade de reformulação da assistência psiquiátrica no país (Amarante; Nunes, 2018). No contexto global, diferentes movimentos de reforma eclodiram, especialmente na Europa e nos Estados Unidos, como Psicoterapia Institucional (França); Comunidades Terapêuticas (Inglaterra); Psiquiatria Preventiva (Estados Unidos); Psiquiatria de Setor (França); e Psiquiatria Democrática (Itália). Tais movimentos inspiraram muitas experiências brasileiras, especialmente os referenciais e pressupostos da Psiquiatria Democrática, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, movimentos italianos que influenciaram significativamente as políticas públicas em saúde mental no Brasil (Amarante; Lima, 2008).

A redemocratização do país, iniciada no final da década de 1970, propiciou um ambiente favorável ao fortalecimento de movimentos sociais essenciais para a transformação do *status quo* da época, como os da luta antimanicomial e das reformas sanitária e psiquiátrica. Resultados da articulação e resistência de trabalhadoras e trabalhadores, pessoas usuárias e familiares, esses movimentos denunciavam violações e reivindicavam melhores condições de cuidado, saúde e trabalho, colaborando para a estruturação de um novo modelo de atenção à saúde mental. Com isso, cidadania e convívio social passaram a ser horizontes importantes para a formulação de políticas públicas e práticas em saúde mental (Costa; Almeida; Assis, 2015).

Desse modo, ampliou-se a forma como o cuidado em saúde mental se estruturava por meio das políticas públicas e como as pessoas com transtornos mentais deveriam ser tratadas e acompanhadas na sociedade, especialmente sob a ótica da inclusão, garantia dos direitos humanos e da produção de saúde. “Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece” (Amarante, 2008, p. 70).

Destarte, a substituição progressiva do modelo asilar por uma rede de serviços de base comunitária e territorial tornou-se imperativa para transformar a atenção à saúde mental, reivindicando práticas e tecnologias de liberdade que se opõem à exclusão e à institucionalização das pessoas. Assim, as relações entre a saúde mental das pessoas e as cidades onde vivem passaram a ser revistas. Com extenso histórico de segregação e estigmatização, o território e a rede relacional desses sujeitos tornaram-se elementos centrais para a elaboração de estratégias de cuidado em saúde mental, onde o isolamento e a segregação social, salvo em casos de crises com sofrimento intenso e por tempo determinado, não são mais considerados estratégias adequadas.

Nesse âmbito, terapeutas ocupacionais, assim como os demais núcleos profissionais que compõem o campo da saúde mental, tiveram papel fundamental na luta antimanicomial no Brasil (Barros *et al.*, 2002). Essas pessoas precisaram atualizar e contribuir com práticas assistenciais orientadas para intervir nos processos de exclusão vivenciados pela população institucionalizada. Assim, terapeutas ocupacionais dialogavam com espaços fora da instituição para consolidar suas tecnologias terapêuticas. Essa mudança exigiu reflexão sobre os múltiplos modos de existir e conviver contemporâneos, e a afirmação do direito à cidade tornou-se um importante objetivo da saúde mental.

Nessa direção, diversas práticas e ações passaram a ocupar uma função central na construção de dispositivos sociotécnicos para alcançar esse objetivo, sobretudo nos aspectos relacionados à participação social, cidadania e circulação pela urbe (Assis; Almeida; Costa, 2015). O advento das reformas psiquiátrica e sanitária possibilitou a emergência de políticas públicas que asseguram o papel do Estado na manutenção e produção do cuidado em saúde mental, considerando os contextos e as desigualdades que atravessam a realidade das pessoas. Entretanto, os mecanismos de exclusão e as lógicas importadas da colonização da América Latina, onde o Brasil se insere, ainda coexistem nos diferentes espaços institucionais, sendo necessário enfrentá-los. Os pressupostos da Atenção e da Reabilitação Psicossociais oferecem pistas importantes para a ressignificação do cuidado em saúde mental.

2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E SUA INTERFACE COM A CIDADE

A substituição do modelo manicomial pelo modelo de Atenção Psicossocial ocorre de forma progressiva e processual. Essa transformação exige vigilância, reflexão e prática constantes para aperfeiçoar os modos de pensar e agir em saúde mental. É importante considerar que momentos politicamente mais rígidos, tanto os que já passaram quanto os que estão por vir, tendem a afetar diretamente a forma como lidamos com a loucura, como ocorreu durante a ditadura civil-militar (1964-1985). Segundo Martins, Assis e Bolsoni (2019), o aumento das internações em hospitais psiquiátricos caracterizou a década de 1960 como a “Indústria da loucura”. Durante a ditadura militar, o número de leitos psiquiátricos saltou de 14 mil para mais de 70 mil em 1970, marcando a grande internação atualizada em território brasileiro.

Nesse sentido, a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica brasileira desempenharam papel fundamental na reorientação e transformação da assistência à saúde mental do país. O campo da saúde mental, antes limitado a uma compreensão biomédica e manicomial que segregava e excluía pessoas dos espaços urbanos e comunitários, passou a buscar referências, inspirações e diálogos com outros campos, como arte, cultura e ciências sociais e humanas, para construir uma rede de serviços e ações com diferentes densidades tecnológicas, consolidando um modelo próprio de atenção e assistência à saúde mental, de base territorial e comunitária: a Atenção Psicossocial.

Assumida como campo e modelo, a Atenção Psicossocial pode ser considerada “um jeito brasileiro” de produzir cuidado em saúde mental (Morato, 2019), “conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão” (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003, p. 34).

Entre os marcos históricos que representam o avanço e a institucionalização das políticas públicas de saúde mental no Brasil destaca-se a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e transforma o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). Essa lei reitera a importância do tratamento em serviços

comunitários, ou seja, que o cuidado aconteça na cidade, nos bairros e nas comunidades onde as pessoas residem e pertencem.

Instituída pela Portaria nº 3.088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) compreende uma diversidade de serviços destinados ao tratamento e ao acompanhamento de pessoas em sofrimento ou transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do abuso e dependência de drogas e substâncias psicoativas, abrangendo crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos (Brasil, 2011). A RAPS é constituída por um conjunto de serviços com diferentes densidades tecnológicas que trabalham em rede, atuando de forma substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Por meio da articulação em rede, esses serviços devem ofertar cuidado integral e acompanhamento em saúde mental digno, integral e humanizado, mantendo-se sempre atentos à atualização da lógica manicomial.

Ressalta-se que a lógica manicomial não se restringe aos muros das instituições psiquiátricas e manicomiais, tampouco se extinguiu com a criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Reitero o alerta de Foucault (2019) de que os jogos de exclusão são reencontrados, ou atualizados, impondo desafios a serem superados em cada época e sociedade.

Dessa forma, diferente de simples concordância, exterior ao agir institucional, os serviços substitutivos têm o desafio de traduzir a afirmação da liberdade na prática terapêutica no cotidiano das relações, demonstrando a viabilidade de novas formas de cuidar e interagir com a experiência da loucura e do sofrimento humano. Práticas que necessariamente transcendem espaços institucionais na coprodução de “projetos de vida” nos territórios, propiciando oportunidades reais de enriquecimento para todos, cultivando redes relacionais, tecendo e transformando as possibilidades concretas de vida das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico (Nicácio; Campos, 2007, p. 149).

Afirmar o cuidado em liberdade é um desafio atual que implica participar, praticar e compor com os diversos espaços da cidade. Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos de base territorial e comunitária, devem consolidar vínculos com o território ao qual pertencem. Para isso, é necessário elaborar estratégias, práticas e tecnologias que fortaleçam a participação social, o direito à cidade (Lefebvre, 2001) e a inclusão das pessoas com transtornos mentais ou sofrimento psíquico na sociedade. A tecitura dessas e de outras estratégias fomenta um olhar crítico e histórico sobre a construção da RAPS e da Atenção Psicossocial, facilitando o encontro de suas linhas de força e potências. Em

contrapartida, mapear as lacunas e espaços vazios deixados é essencial para seu aprimoramento e atualização constantes.

Ao vasculhar essas lacunas, percebe-se que diferentes perspectivas foram desconsideradas ou pouco aproveitadas na construção do modelo brasileiro de assistência à saúde mental, mas têm sido melhor problematizadas na última década. Nesse cenário, temáticas interseccionais. étnico-raciais, classe social e gênero, por exemplo (Crenshaw, 2002; Collins; Bilge, 2020), e saberes e práticas tradicionais de matriz africana ou indígena ganham força e contribuem significativamente para a atualização das práticas antimanicomiais.

Mesmo com essas lacunas, que devem estar no centro da pauta da saúde mental, tornou-se tradição no Brasil aliar ações em saúde mental às práticas culturais e artísticas, seja por meio de oficinas e grupos dentro dos serviços da RAPS, mas especialmente nas experiências que extrapolam os muros institucionais, ganhando cor, movimento e potência pelas ruas, praças e calçadas das cidades.

A produção de convivências junto aos espaços urbanos podem orientar ações e práticas que misturam comunidade, profissionais, gestores, artistas, pessoas com transtornos mentais e pessoas com deficiência. Conviver com a diferença é essencial para a construção de um comum e de um projeto de cidade diverso e plural. Nesse sentido, conviver pode ser compreendido como “um modo de existir na relação com os outros, com pessoas, pensamentos, ambientes e coisas” (Ferigato; Silva; Lourenço, 2016, p. 851).

Ferigato, Silva e Lourenço (2016) apontam a convivência como um dispositivo que atua na produção de laços entre as pessoas e entre elas e os lugares por onde circulam, tornando-se importante tanto para a terapia ocupacional quanto para profissionais da saúde e da saúde mental. Do ponto de vista institucional, destacam-se as experiências dos Centros de Convivência, Cultura e Cooperação (CECCOs), hoje vinculados à RAPS no eixo da Atenção Básica.

É com as paisagens históricas que atravessam o campo da saúde mental e com os horizontes dessa caminhada rascunhados que avançamos, agora refletindo com maior concentração sobre as questões que atravessam os espaços urbanos e sua relação com a produção de saúde mental.

3 PONTO DE ENCONTRO: ESPAÇO URBANO, PRÁTICAS ARTÍSTICAS E CULTURAIS E SAÚDE MENTAL

Uma imagem sempre me sobe à mente quando penso na interface que se produz a partir do encontro entre saúde mental, espaço urbano e práticas artísticas e culturais. Ainda como um exercício de alongamento e aquecimento para esta tese-caminhada, gostaria de descrever essa imagem, seu contexto e sublinhar três dimensões evocadas por ela.

Éramos um grupo de aproximadamente doze pessoas, todas integrantes de uma oficina terapêutica realizada dentro de um CAPS no bairro Ermelino Matarazzo, Zona Leste de São Paulo. A próxima vivência artística do grupo seria produzida a partir da técnica de papel machê, na qual reciclaríamos as bulas dos remédios que usuários e usuárias já haviam tomado para construir uma folha em branco. Em seguida, cada participante realizaria alguma atividade artística sobre o papel (pintura, escrita, escultura ou outra forma de transformação). Para ativar a criatividade e a sensibilidade, decidimos visitar alguma exposição artística da cidade. Como a maioria do grupo possuía cartão de ônibus que garantia gratuidade no transporte público, optamos por uma pequena viagem ao Museu de Arte de São Paulo (MASP), lugar praticamente desconhecido pela maioria dos integrantes.

A imagem que desejo descrever aconteceu em uma escada rolante de uma estação de metrô. Saímos do vagão e nos dirigimos à escada para a baldeação. Os integrantes do grupo, pessoas usuárias do CAPS, ocuparam praticamente todos os degraus da escada, distribuindo-se de modo a impedir a passagem das demais pessoas. Percebi que isso causava incômodo às pessoas que estavam atrás, pois teriam que esperar o tempo que a escada rolante leva (cerca de um minuto) para seguir rumo aos seus destinos. As pessoas do grupo conversavam, observavam detalhes insuspeitos da própria escada, algumas permaneciam em silêncio aguardando o fim do percurso, mas todas pareciam não notar o pequeno alvoroço que estavam causando e se mantiveram daquele jeito até o final desse percurso de segundos.

Nas escadas rolantes das estações de metrô de São Paulo é comum observar adesivos com a orientação: “deixe a esquerda livre”, uma estratégia visual para facilitar o fluxo constante de pessoas. Confesso que, inicialmente, fiquei desconfortável ao perceber o incômodo das pessoas, pois tentaram passar e não

conseguiram. Tive um breve impulso de orientar o grupo a se acomodar para deixar a passagem livre, respeitando as regras tácitas daquele espaço. Porém, algo encantador havia naquela imagem, então decidi sustentar meu desconforto e observá-la em silêncio até o final da escada, afinal, levaria apenas cerca de um minuto.

A imagem descreve um espaço organizado por meio de sinalizações e acordos tácitos que instituem e diferenciam os lugares das pessoas que esperam (lado direito da escada) daquelas que, por quaisquer motivos, desejam andar mais rápido (lado esquerdo). Essas orientações auxiliam no fluxo intenso e contínuo de pessoas em uma das estações mais movimentadas da cidade, carregando traços e lógicas da própria cidade.

O espaço, mesmo com suas regras e normativas, ao ser praticado por corpos que não necessariamente compartilham ou compreendem seus acordos instituídos, pode ser transformado e redimensionado, ainda que por cerca de um minuto. Os integrantes do grupo, ao praticarem aquela escada com silêncios, conversas e observações, reivindicaram outros sentidos, forçando uma pausa temporária para quem desejava atravessá-la mais rápido. Eles desaceleraram o tempo dessas pessoas.

Essa imagem me relembra que corpos que fogem às normatividades sociais, corpos dissidentes, como as pessoas que acompanhamos no cotidiano da RAPS ao se movimentarem pela cidade e praticarem seus espaços, podem atribuir outros sentidos e propor outras temporalidades, também essenciais à vida coletiva da cidade. Entretanto, por colidirem com as normas vigentes, podem gerar incômodos, pois questionam o *status quo*, o que está instituído, e apresentam uma presença disruptiva que exige a reorganização do espaço, das pessoas e das atividades que o compõem, ativando a dimensão dinâmica do espaço.

Além disso, essa imagem mobiliza o encontro do trabalho na Atenção Psicossocial com uma prática espacial urbana (visitar um equipamento cultural da cidade) com o objetivo de ampliar experiências que partem do campo artístico e cultural (um grupo que realiza produções artísticas visita uma exposição em busca de inspiração e fruição). Nesse sentido, gostaria de apontar um centro gravitacional importante para as reflexões que serão traçadas nesta cartografia: as práticas espaciais urbanas.

3.1 PRÁTICA ESPACIAL URBANA

Essa imagem também exercita a dimensão prática dos espaços urbanos, afinal, a cena ocorreu durante o trânsito de uma visita a um equipamento cultural (MASP) da cidade de São Paulo, reconhecida como a terceira maior metrópole do mundo, que possui suas contradições, lógicas, fluxos e conflitos. A própria dinâmica da cidade produziu a imagem descrita. Nesse sentido, cabe refletir sobre os aspectos que paralisam, dificultam, e sobre os obstáculos ao exercício da participação das pessoas que acompanhamos no cotidiano dos serviços.

Refletir sobre o conceito de espaço urbano, para além da geografia, é uma tarefa que mobiliza pensadores e pensadoras de diversas áreas do conhecimento, como arquitetura e urbanismo, filosofia, psicanálise e terapia ocupacional, entre outras. Nos interessa provocar aqui uma aproximação entre as proposições de Félix Guattari (1992), Michel de Certeau (2012) e Milton Santos (2014a), como contribuição para a estruturação dos pensamentos e reflexões que atravessam esta escrita. A cidade é um espaço de contradição, pois, por mais que os efeitos do neoliberalismo sejam sentidos nos espaços urbanos, a cidade também se torna cenário importante para o empreendimento de políticas públicas, essenciais para enfrentar questões que atravessam exclusão e segregação social (Frigato, *et al.*, 2016).

Santos (2013a, 2013b), ao apontar as complexidades e contradições da cidade, afirma que a crise e a pobreza urbanas são resultados de um processo histórico de exploração e apropriação do território. A crise urbana é um epifenômeno de uma crise global, na qual “a cidade é o lugar privilegiado do impacto das modernizações, já que estas não se instalam cegamente, mas nos pontos do espaço que oferecem uma rentabilidade máxima” (Santos, 2013a, p. 26). Dito isso, não podemos permanecer indiferentes ao fortalecimento das lógicas neoliberais e capitalistas que, em tempo não tão distante, fizeram as engrenagens da exclusão girar com mais força, retirando o louco e a loucura dos espaços da cidade, por sua insubordinação e improdutividade econômica.

Milton Santos (2013a, 2013b, 2014a, 2014b) desenvolveu uma vasta produção e, como resultado de suas contribuições para o campo da geografia crítica, recebeu o Prêmio Vautrin Lud em 1994, reconhecido como o Nobel da área. Suas contribuições extrapolam a geografia e ganham relevância em outros campos

do saber. Embora não esteja diretamente ligado à saúde, “sua preocupação com a natureza do espaço acabou por lhe permitir comunicar-se, não apenas com as ciências da saúde, como também com a economia, ciências políticas, dentre outras” (Faria; Bortolozzi, 2009, p. 39).

Para Santos (2014a, p. 78):

Espaço seria um conjunto de objetos e de relações que se realizam sobre estes objetos; não entre eles especificamente, mas para as quais eles servem de intermediários. Os objetos ajudam a concretizar uma série de relações. O espaço é resultado da ação dos homens sobre o próprio espaço, intermediados pelos objetos, naturais e artificiais.

Nesse sentido, o espaço pode ser compreendido como um conjunto de objetos e ações em sistema. Para Santos, “o espaço contém o movimento” (2014a, p. 79), encontrando-se em constante mutação e transformação na medida em que homens, mulheres e toda a diversidade de pessoas e outros seres vivos agem sobre o mundo. O autor avança e aprofunda as dimensões do espaço ao afirmar que este é formado por dois elementos que interagem continuamente entre si: a configuração territorial, que compreende “o conjunto de dados naturais, mais ou menos modificados pela ação consciente dos seres humanos, por meio dos sucessivos ‘sistemas de engenharia’” (Santos, 2014a, p. 119), e a dinâmica social, ou “o conjunto de relações que definem uma sociedade em um dado momento” (Santos, 2014a, p. 120). Ou seja, o espaço é inevitavelmente relacional, constituído a partir do conjunto de objetos e ações (temporais, sociais e territoriais) que se movimentam, atitam e disputam.

A sociedade seria o ser, e o espaço seria a existência. O ser é metamorfoseado em existência por intermédio dos processos impostos por suas próprias determinações, as quais fazem aparecer cada forma com uma forma-conteúdo, um indivíduo separado capaz de influenciar a mudança social. É um movimento permanente, e por esse processo infinito a sociedade e o espaço evoluem contraditoriamente (Santos, 2014a, p. 43-46).

Em diálogo com essa perspectiva, encontramos Michel de Certeau, filósofo francês cujas reflexões transitam por áreas como história, sociologia, antropologia, psicanálise e teoria cultural. Em seu livro *A invenção do Cotidiano* (Certeau, 2012, 2014), obra dividida em dois volumes, o autor examina as práticas cotidianas dos praticantes ordinários da cidade, pessoas comuns que lançam mão de um conjunto

variado de táticas para resistir às estruturas de poder que operam sobre elas. O autor aponta para as intrincadas relações entre “lugares” e “espaços”. O lugar “é a ordem (seja qual for) segundo a qual se distribuem elementos nas relações de coexistência. [...] Um lugar é, portanto, uma configuração instantânea de posições” (Certeau, 2012, p. 184). Desse modo, o lugar apresentaria uma ordem que configura determinado sentido, o que implica uma relação de estabilidade. O lugar apresenta um sentido estável (até ser desestabilizado).

Por outro lado, assim como Milton Santos, Certeau (2012, p. 184) destaca a característica dinâmica do espaço, como “um cruzamento de móveis. É, de certo modo, animado pelo conjunto dos movimentos que aí se desdobram. Espaço é o efeito produzido pelas operações que o orientam, o circunstanciam, o temporalizam [...]”. Ambos os autores revelam os aspectos dinâmicos que compõem esse conceito, compreendendo-o não como algo fixo ou estático, mas em movimento, em uma disputa moldada pelas práticas cotidianas e pelas relações que o atravessam.

Ao dialogar com a produção cotidiana urbana, Certeau (2012, p. 185) revela um aspecto central para esta cartografia: “o espaço é um lugar praticado. Assim, a rua geometricamente definida por um urbanismo é transformada em espaço pelos pedestres”. Dessa forma, o espaço apresenta um grau de abertura que permite movimentos que disputam diferentes sentidos.

Seguindo o exemplo do autor, os sentidos da escada rolante foram redimensionados ao serem praticados pelas pessoas usuárias dos CAPS, desestabilizando o lugar da passagem e transformando-o, afinal, nenhum sentido está tão estabilizado que não possa ser momentaneamente deslocado, especialmente quando corpos outros reinventam o uso cotidiano dos espaços. De outro modo, os pedestres ao praticarem a rua a transformam em espaço, como crianças que brincam de futebol nas ruas por onde passam carros, crianças e carros (assim como outros móveis) disputam os sentidos de uma rua. Outro exemplo são os rastros deixados pelos pedestres de Brasília, que ao andarem pela cidade criam novos caminhos, atalhos, ou, como observados na série fotográfica de Diego Bresani⁴, “linhas do desejo”.

⁴ Diego Bressani é um fotógrafo e artista visual de Brasília. Registrou ao longo de décadas, caminhos, atalhos ou como o artista prefere, linhas dos desejos, deixados pelo rastro dos pedestres ao instaurarem na paisagem urbana outros. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-64038880>

Figura 1 - Linhas do desejo



Fonte: Diego Bresani

Nesse sentido, há uma relação estreita entre lugar e espaço. Através de um movimento infinito, os lugares também podem se destituir dos sentidos que possuem, assim como espaços podem ser significados. Esse processo está intimamente ligado à atividade humana, à dimensão prática (frequentar um equipamento cultural, subir uma escada rolante, jogar futebol na rua, andar de carro na rua) e aos agenciamentos humanos sobre o mundo.

Dessa forma, a sociedade humana apresenta interdependência com o espaço que a rodeia, produzindo-o na medida em que é produzida por ele. O espaço urbano não é apenas um cenário passivo, mas um componente dinâmico que, ao mesmo tempo em que influencia, é influenciado pelas interações humanas e não humanas, assim como pelas dinâmicas psicossociais, culturais, políticas e econômicas que o preenchem. A metamorfose é condição primordial dos espaços.

A prática dos espaços encontra outros vetores no tecido urbano, que podem operar repelindo e silenciando corpos dissidentes, evidenciando desigualdades e exclusões sociais presentes na sociedade. A cidade é assimétrica, espaço de disputa e contradições ou, como se refere Certeau (2012, p. 161):

[...] Lugar organizado por operações 'especulativas' e classificatórias, combinam-se gestão e eliminação. De um lado, existem uma diferenciação e uma redistribuição das partes em função da cidade, graças a inversões, deslocamentos, acúmulos etc.; de outro lado, rejeita-se tudo aquilo que não é tratável e constitui, portanto, os 'detritos' de uma administração funcionalista (anormalidade, desvio, doença, morte etc.).

A prática dos espaços urbanos pode resultar em uma relação que presentifica o corpo na cidade e se abre, necessariamente, à diversidade, mas também à disputa. Nesse caminhar, essas práticas atuam na produção de experiências que permitem às pessoas diferentes formas de pertencer, participar e se relacionar com o mundo a céu aberto, assim como podem restringir seu poder de ação por meio de práticas que isolam, segregam e excluem os sujeitos de uma vida comum e coletiva. Apesar das contradições presentes nos espaços, é nesse exercício que surgem diversos modos de existir e atuar no espaço urbano.

Embora se desenvolva a partir de uma série de violências, a cidade também pode ser vista como um espaço cujo sentido permanece em constante metamorfose e disputa. Os espaços e lugares da cidade participam cotidianamente dessa tensão, onde os sujeitos praticantes ordinários, como os nomeia Certeau (2012), são agentes essenciais, pois estão constantemente ocupando e praticando diferentes espaços urbanos — espaços de convívio e produção de sociabilidades, trabalho, cultura, saúde, lazer, educação — exercendo sua cidadania.

Para pensar a dimensão cidadã das pessoas usuárias e das práticas e tecnologias de cuidado que favorecem uma maior ocupação dos espaços da cidade, ancoramo-nos nas contribuições de Félix Guattari, tanto sobre o conceito de territórios existenciais quanto na ideia das cidades como grandes produtoras de subjetividade individual e coletiva, ou seja, cidades subjetivas (Guattari, 1992). A dimensão da produção de subjetividade é imprescindível para reconhecer os fluxos de atravessamentos diversos e cotidianos que permeiam os espaços urbanos.

Guattari (1992, p. 12), em consonância com Milton Santos, alerta para uma crise global e ecológica que, nas palavras do autor, parece inevitável o encontro com um paradoxo lancinante:

De um lado, o desenvolvimento contínuo de novos meios técnicos-científicos potencialmente capazes de resolver as problemáticas ecológicas dominantes e determinar o reequilíbrio das atividades socialmente úteis sobre a superfície do planeta e, de outro lado, a incapacidade das forças sociais organizadas e das formações subjetivas constituídas de se apropriarem desses meios para torná-los operativos.

Guattari (1992) denomina como ecosofia a inseparabilidade ético-política entre os registros ecológicos do meio ambiente, da subjetividade humana e das relações sociais. O autor aponta que a articulação entre esses registros poderia esclarecer questões contemporâneas e que, por sua vez, reverberam nas discussões e práticas sobre o espaço, os territórios e as cidades, no sentido de produzir outros destinos possíveis onde “não haverá verdadeira resposta à crise ecológica a não ser em escala planetária e com a condição de que se opere uma autêntica revolução política, social e cultural reorientando os objetivos da produção de bens materiais e imateriais” (Guattari, 2012, p. 9).

Nesse caminho, emergem processos que ressaltam a relevância da dimensão espacial, evidenciando questões presentes em todo o globo, como guerras e conflitos territoriais, processos migratórios e, não menos importantes, os processos históricos de colonização e escravização que deixaram marcas profundas na vivência coletiva, especialmente nas populações originárias, negra e indígena. Também se incluem as questões ambientais, como o aquecimento global e o desmatamento das florestas.

No que se refere às pessoas que vivenciam condições psicossociais divergentes, a reapropriação e a reinvenção dos espaços da cidade constituem formas de manter vivo e atualizado o debate sobre as táticas de cuidado em saúde mental e os avanços da luta antimanicomial. Para isso, é fundamental dialogar com a cidade, estar nela e fazer parte dela. Deste modo, “acredita-se que é o estudo das práticas sociais, que atravessam o cotidiano, que possibilita a compreensão da realidade social e abre as portas para sua transformação” (Galheigo, 2003, p. 105).

Nesse cenário desafiador, a saúde mental se destaca como campo que agencia diversas abordagens para repensar a realidade de sujeitos e coletivos marcados por seus modos de viver e seus consequentes processos de exclusão e segregação. Profissionais que atuam nesse campo desempenham papel fundamental ao tensionar, do ponto de vista do cuidado, as relações entre sujeitos e cidade. Na produção de conhecimento técnico, científico e prático, é preciso fortalecer a capacidade de enfrentamento das situações de exclusão vivenciadas no dia a dia das pessoas e grupos assistidos. Além disso, esses profissionais contribuem ativamente para a produção de estratégias que não apenas enfrentam tais situações, mas também ampliam a participação social de diferentes sujeitos e grupos.

Assim, é necessário que profissionais, gestores, coordenadores e coordenadoras que atuam no campo da saúde mental (re)pensem a cidade não como um espaço homogêneo, apaziguado ou adaptado, mas que encontrem em suas forças possíveis contribuições para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos agenciados com o espaço urbano. O cuidado em liberdade, proposto a partir das experiências da reforma psiquiátrica, implica reconhecer que determinadas assimetrias urbanas afetam os modos como as pessoas circulam, praticam e pertencem.

3.2 O CUIDADO EM LIBERDADE E A PARTICIPAÇÃO SOCIOCULTURAL

As práticas que propõem encontros com a cidade se desdobram em reflexões e discussões tanto na dimensão histórica e política quanto nos impactos na organização dos próprios serviços e nas potencialidades da produção de cuidado em saúde mental para as pessoas assistidas. Um dos marcos mais visíveis dos avanços da reforma psiquiátrica brasileira revela-se sob este prisma: a transição do paradigma excludente, marcado pelo isolamento em grandes hospitais psiquiátricos localizados longe dos centros urbanos, para o cuidado desenvolvido em serviços de base comunitária e territorial, como os CAPS.

Os CAPS são serviços substitutivos e abertos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011). A forma como esses serviços foram implementados e a lógica que os orienta serão tema de análise no próximo trecho desta caminhada. Contudo, é importante antecipar que são equipamentos públicos nascidos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, assumindo papel estratégico na tessitura do cuidado em saúde mental. São espaços marcados pelo trabalho interdisciplinar, em que profissionais de diferentes áreas agenciam um conjunto de tecnologias que visam à produção de um cuidado exercido em liberdade, considerando o exercício da cidadania, da autonomia e da participação sociocultural.

O cuidado em liberdade tornou-se um norte fundamental para as práticas antimanicomiais no campo da saúde mental. Nicácio e Campos (2007), ao explorar os sentidos desse cuidado, destacam que sua afirmação ocorre no cotidiano das relações sociais e requer transformações nas formas de cuidar e interagir tanto com a experiência da loucura quanto com o sofrimento humano. Esse cuidado tecido

junto às pessoas que frequentam os serviços da RAPS possui dimensões práticas e tecnológicas. Essas tecnologias transcendem os muros institucionais para auxiliar e fortalecer as redes relacionais, podendo também agenciar transformações nas “possibilidades concretas de vida das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico” (Nicácio; Campos, 2007, p. 49).

Apesar dos avanços protagonizados pela luta antimanicomial, pelas reformas psiquiátrica e sanitária e pela ampliação das políticas públicas de saúde mental, os mecanismos de exclusão e a lógica manicomial se renovam continuamente, assumindo novas formas. A manicomialização repaginada se manifesta em experiências como as comunidades terapêuticas brasileiras, a “indústria do autismo”, a guerra às drogas, a medicalização da vida e a psiquiatrização do sofrimento sociopolítico. “Dos anos 1970 em diante vivemos uma crescente patologização da vida cotidiana, na qual os sujeitos cada vez mais passam a nomear sua experiência psíquica balizados nas diretrizes diagnósticas dos grandes manuais psiquiátricos” (Neves *et al.*, 2023, p. 133).

Esse cenário, onde a manicomialização renovada convive com práticas neoliberais, exige a emergência e o fortalecimento de outras lógicas de cuidado. Para tanto, é necessário articular políticas públicas, estratégias, práticas e tecnologias que resultem em experiências fortalecedoras da participação social e cultural, do exercício da cidadania e da inclusão das pessoas com transtornos mentais e/ou sofrimento psíquico na vida social dos bairros e cidades onde residem.

Trata-se de um movimento que envolve praticar os espaços da cidade e, ao fazê-lo, abrir possibilidades para redimensioná-los. Auxiliando, como aponta Ferigato (2013, p. 258), na “criação de conexões e de ações de pertencimento a certo território e ao mesmo tempo movimentos para reinventá-lo, transformá-lo, diferir dele, gerar conexão com novos territórios possíveis”. Assim, a participação na prática abre caminho para que sujeitos possam contribuir ativamente na construção de uma cidade mais diversa e plural. A participação sociocultural pode ser compreendida como um elemento crucial para a produção, junto às pessoas, de novas relações com os espaços urbanos, suas subjetividades e as atividades que compõem o cotidiano. Silva e Oliver (2019, p. 866) destacam a importância da implicação de terapeutas ocupacionais nas reflexões sobre participação social e cultural no dia a dia de sujeitos e coletivos acompanhados.

Inspirando-se no conceito de “cidade subjetiva” de Guattari (1992), o espaço urbano é compreendido não apenas como conjunto de edificações e infraestruturas, mas como território de produção de subjetividades. Assim, o acesso aos equipamentos territoriais e às práticas culturais transcende o direito formal e torna-se ato de inscrição simbólica e material na cidade: não apenas ocupar, mas produzir cidade – fazer-se parte da sua tessitura viva. Guattari (2009) lê esse movimento como um gesto ecosófico que articula as ecologias ambiental, social e mental. A cidade e suas produções culturais passam a funcionar como máquinas desejantes que oferecem acesso, produzem encontros, afetos e ampliam as possibilidades de existência. Trata-se de uma política de vida e de resistência aos modos de existência esvaziados pelo capitalismo subjetivo.

A participação aqui apontada não se restringe ao acesso às experiências de fruição proporcionadas pelas linguagens artísticas, mas também abrange a possibilidade de integrar toda a cadeia produtiva, na qual as pessoas possam ser reconhecidas como artistas, em suas diversidades expressivas, ultrapassando os serviços e conquistando espaço na cena cultural da cidade. Dessa forma, para além da fruição, há envolvimento na produção de exposições, saraus e outras ações culturais para além do papel de espectadoras e espectadores. As práticas artísticas e culturais produzem efeitos no cuidado em saúde mental, promovendo sensibilidades, experiências de fruição, constituição de coletivos, encontro com diferentes linguagens e possibilidades expressivas. Isso amplia repertórios ocupacionais, referências e a promoção do bem-estar, fortalecendo a potência de vida que, inevitavelmente, se relaciona com a dimensão cidadã das pessoas.

A construção de tecnologias de cuidado no contexto da Atenção Psicossocial exige reflexão sobre os desafios enfrentados para garantir a participação na vida da cidade. Práticas e experiências artísticas e culturais são aliadas para a produção de cuidado em saúde mental e para a construção de um projeto de cidade que reconheça a potência do convívio com a diferença. Assim como a imagem descrita, esta cartografia realizada em Fortaleza, Ceará, está na interface provocada pelos encontros entre a Atenção Psicossocial e a saúde mental com os espaços urbanos mobilizados por práticas artísticas e culturais.

Por fim, proponho refletir os seguintes questionamentos que seguem como trilhas nesta caminhada: como a cidade está presente nas práticas de profissionais da saúde mental? Quais desafios enfrentam ao lidar com a relação cidade e cuidado

em saúde mental? Como a superação do modelo asilar e manicomial devolve possibilidades para habitar a cidade? E como a circulação real de pessoas com transtornos mentais no espaço urbano transforma as ideologias e tecnologias do cuidado em saúde mental?

4 CARTOGRAFIA: UMA FESTA COLETIVA E UM MERGULHO INDIVIDUAL

*“Não conheço nenhum sujeito de nenhum povo nosso
que saiu sozinho pelo mundo.
Andamos em constelação”.*
(Ailton Krenak)

A pesquisa aqui realizada foi produzida a partir da ética cartográfica. Para além de um conjunto de métodos e formas pré-formuladas, uma pesquisa cartográfica se produz no agenciamento das experiências que acontecem junto ao campo. Nesse sentido, ela apresenta movimentos e fluxos que alteram a própria corporeidade do pesquisador ou da pesquisadora, configurando-se como uma atividade humana, uma jornada que atravessa diferentes realidades, onde cada encontro traz uma nova oportunidade para conhecer, conectar e sistematizar os conhecimentos que emergem ao longo da caminhada investigativa.

Pesquisa exige comprometimento, compromisso e responsabilidade consigo mesmo, com as pessoas e os espaços que compõem o campo da investigação, com o próprio ato de pesquisar e com o desafio de encarnar tudo o que foi vivenciado na escrita. Exige imersão; uma imersão em nós mesmos, onde direcionamos atenção para os fluxos de intensidades que importam aos processos que encontramos. Saber reconhecer e diferenciar movimentos que fortalecerão a pesquisa é tarefa complexa, porém essencial. Existem movimentos que se colocam em nossa trajetória e que não podemos deixar passar despercebidos, seja pela força que representam ou pela relação ética que incitam.

Dessa forma, existem diferentes camadas e dimensões que revestem o ato de pesquisar. Nesta parte do aquecimento, apontarei os aspectos individuais e coletivos que produziram esta pesquisa. Uma pesquisa de doutorado que se fez a muitas mãos, pés e corpos. É no encontro coletivo, nas orientações (coletivas e individuais), nas disciplinas obrigatórias e optativas, no diálogo com professoras, colegas, amigas e amigos do programa e daqueles que já se formaram. A participação em eventos científicos, leituras, documentários, peças de teatro, exposições culturais e os participantes da pesquisa, todos enriqueceram, a seu modo, este estudo.

Foram encontros que colaboraram para o amadurecimento do pensamento crítico e reflexivo, na medida em que contribuíram para a escrita desta tese. Por

isso, a pesquisa também é uma festa coletiva, onde celebramos aprofundamentos que só se fizeram possíveis a partir do encontro com pessoas, lugares, espaços e movimentos. A leitura de artigos, capítulos ou livros inteiros, o diálogo com autores e autoras de nosso e de outros tempos, as parcerias construídas e consolidadas ao longo dos caminhos remetem à dimensão coletiva de uma pesquisa. Assim como o exame de qualificação, momento de compartilhamento, encontro e diálogo com especialistas e pensadores da área, onde recebemos contribuições riquíssimas e essenciais para desenvolver aspectos que desejamos evidenciar, podendo inclusive mudar os rumos da investigação. Por mais que a pesquisa tenha esse aspecto eminentemente coletivo e comum, ela exige um mergulho que é individual. Compilar, analisar, aprofundar todos os processos reflexivos e encarná-los na escrita configura inevitavelmente uma travessia pessoal, singular.

Esses contornos relacionam aspectos individuais e coletivos que esta cartografia desenhou nas ruas e avenidas, nos batuques da bateria do Bloco Doido é Tu, nas articulações e festejos da II Parada do Orgulho Louco, nas reuniões do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e nas entrevistas-conversas com as pessoas que participaram da pesquisa. Assim, o desenho desta pesquisa cartográfica organiza a velocidade e a precisão dos passos, auxilia na identificação de caminhos possíveis e sugere trajetórias a serem evitadas. Esse desenho ético, estético e político é a cartografia.

4.1 CARTOGRAFIAR É ACOMPANHAR PROCESSOS

Esta é uma pesquisa-intervenção de caráter qualitativo e exploratório, situada dentro da perspectiva (*ethos*) cartográfica. A concepção de pesquisa-intervenção é oriunda do movimento da Análise Institucional e afirma o ato político de toda investigação, fundamentando-se numa crítica direta à política de pesquisa ortodoxa, pautada na neutralidade e imparcialidade do pesquisador, e alinhada ao conceito de cognição como criação e autopoiese, conforme proposto por Maturana e Varela (1995).

A noção inicial de cartografia, como prática filosófica de produção de conhecimento:

Que se apropria de uma palavra do campo da Geografia – Cartografia – para referir-se ao traçado de mapas processuais de um território existencial. Um território desse tipo é coletivo, porque é relacional; é político, porque envolve interações entre forças; tem a ver com uma ética, porque parte de um conjunto de critérios e referências para existir; e tem a ver com uma estética, porque é através dela que se dá forma a esse conjunto, constituindo um modo de expressão para as relações, uma maneira de dar forma ao próprio território existencial. Por isso, pode-se dizer que a cartografia é um estudo das relações de forças que compõem um campo específico de experiências (Farina, 2008, p. 9).

A escolha pelo método da cartografia ocorreu por sua capacidade de acompanhar percursos, dialogar com as implicações nos processos de produção investigativa e compreender conexões em rede ou rizomas (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009). Uma importante perspectiva da pesquisa cartográfica, dentro do espectro das pesquisas qualitativas, implica a investigação de processos de forma interventiva. Trata-se de “uma pesquisa que faz ver e falar linhas de força e de subjetivação que acompanham o território existencial pesquisado” (Ferigato; Carvalho, 2011, p. 672), ou seja, que acontece numa rede de sentidos interligada como a trama de uma renda cearense.

A cartografia pressupõe a ideia de um mundo comum e heterogêneo, compartilhado com os participantes da pesquisa, onde o ato de conhecer é, em si, criador de realidade (Kastrup; Passos, 2013, p. 364). Nesse sentido, minha atuação como terapeuta ocupacional, com experiência profissional em diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial, facilitou a imersão no campo, permitindo reconhecer suas dinâmicas e identificar pessoas que pudessem colaborar com a pesquisa. Sendo assim, o método cartográfico pode ser visto como uma plataforma de pensamento no caráter de pesquisa-intervenção (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009). Segundo esses autores, toda investigação carrega atitudes e perspectivas políticas do pesquisador que orientam e compõem o processo da pesquisa.

As pistas do método cartográfico (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009; Passos; Kastrup; Tedesco, 2014) foram guias que contribuíram para minha escolha de participar ativamente dos processos mapeados e que desejei investigar mais de perto, seja integrando a bateria do Bloco Doido é Tu em 2023, seja colaborando com as ações do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial em 2022 e 2023. Assim, ao pesquisar e vivenciar o campo, realizei determinada curadoria tanto na escolha de participantes quanto no que desejava evidenciar no processo de escrita. Esse ato curatorial, inerente à pesquisa científica, distancia-se da neutralidade científica.

A ciência se constitui fora do campo da neutralidade. As narrativas da pesquisa, suas escolhas metodológicas, a forma de analisar dados, o financiamento etc., não são aspectos neutros. A escolha do tema, o desenho e o modo como a pesquisa se desenvolve são ações políticas que refletem, em alguma medida, o lugar, crenças, valores e perspectivas de mundo do autor ou as condições que lhe permitiram lançar-se ao processo de pesquisar.

A fuga da neutralidade é essencial para a mudança de paradigmas. O conceito de paradigma é central nas ideias de Kuhn (1997, p. 13), que o define como “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”. Assim, a lógica manicomial foi, por muito tempo, um paradigma na atenção à saúde mental, cuja superação exige a produção intencional de ações e perspectivas alternativas.

Dessa forma, esta pesquisa opera numa presença que, ao mesmo tempo em que se mostra atenta aos acontecimentos que emergem no campo, procura ser cuidadosa, respeitando os fluxos existentes, o que também implica pensar as dimensões éticas do ato de pesquisar. Ressalto que a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é imprescindível para validar investigações com seres humanos, etapa que destaca a importância de respeitar a relação com o campo e a ética na produção de conhecimento. Contudo, a ética em pesquisa deve estar presente em todos os atos e gestos da investigação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sob o número 5.499.051, atendendo à resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1997), que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Os encontros com pessoas, espaços urbanos e institucionais, atividades, fluxos, circuitos e fazeres contribuíram para delimitar o campo de pesquisa, sempre orientado pela perspectiva cartográfica. Movimento que originou devires e derivas essenciais para a circulação do pesquisador junto aos espaços do estudo.

Nesse sentido, entendo “devir” como um conceito postulado por Deleuze e Guattari (1995, p. 52), para quem:

Devir é, a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche, extrair partículas, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em vias de nos tornarmos, e através das quais nos tornamos. É nesse sentido que o devir é o processo do desejo.

O conceito de “deriva” assumido neste trabalho será desenvolvido mais adiante. Assim, os devires constituem-se como fluxos processuais que caracterizam determinados movimentos de pesquisa, que ocorreram à medida que o corpo-pesquisador se inseria e se relacionava com o campo de pesquisa.

4.2 GESTOS DE PESQUISA

Utilizo o conceito de “gesto” para designar os procedimentos metodológicos adotados ao longo do processo de pesquisa. Cada procedimento se transfigura em uma gestualidade própria que oferece corpo, contorno, percepções, estrutura, ritmo e direção aos passos de um caminhar investigativo.

O “gesto” pode ser definido como um movimento expressivo feito intencionalmente ou decodificado como tal, constituindo-se em um signo com significante e significado, no sentido de que sua leitura ocorre a partir de condições psicológicas da emissão/recepção e segundo padrões culturais e sociais. É claro que o gesto é parte integrante de todos os âmbitos da ação humana, estando disseminado na variedade de suas intervenções. No entanto, nessa definição, a partir dos rituais e celebrações coletivas, o nosso [do teatro e do trabalho do ator] interesse está voltado para o gesto deliberado com intenção *estética*, isto é, com emprego precípua e marcante cuja representação mais cultivada está na dança, arte que se manifesta essencialmente pelo corpo e pela construção de signos gestuais (Koudela; Almeida Junior, 2015, p. 89).

Os gestos são movimentos revestidos de sentido, apresentam limites fluidos e pouco precisos, mas juntos, convergem numa dança sinuosa que compõe a caminhada desta pesquisa, sendo eles:

Gesto 0: Memórias e trajetórias de um terapeuta ocupacional no campo da saúde mental

Apesar de este gesto anteceder a tecitura desta tese e não ser necessariamente um dado produzido no campo de pesquisa, seus movimentos foram essenciais para a construção e consolidação da escrita. Entretanto, minhas

práticas profissionais também irão compor as discussões tecidas adiante. O gesto originário, a partir dos percursos apontados, convergiu para o amadurecimento das reflexões tecidas aqui, especialmente por refletir a dimensão prática do trabalho na Atenção Psicossocial, em especial os CAPS.

Gesto 1: Critérios de curadoria, mapeamento e aproximação com os campos disparadores da pesquisa

Ferigato (2014), ao comparar a ideia de curadoria artística com as ações de cuidado, busca a origem da palavra. Segundo o dicionário, o termo “curador” vem do latim “cura”, que significa cuidado. O substantivo latino “curator” se refere àquele que cuida, o responsável por zelar, comissário, tutor, rendeiro, caseiro. Em todos os sentidos dessa palavra está presente a ideia de “cuidar”, “tomar conta”.

Usar a ideia de curadoria na pesquisa significa transformar a forma de escolher os participantes, deixando de lado uma simples técnica e adotando uma atitude ética, estética e política, seguindo a cartografia como um método que mostra o que pode surgir no encontro, e não apenas o que já existe. Pensar na curadoria como uma forma de cuidado ao selecionar os participantes e as vivências é uma maneira de dizer que as pesquisas em saúde mental não se baseiam apenas em números, mas na força das relações e na capacidade de influenciar diferentes realidades.

Na cartografia, a escolha de participantes está sempre mudando. Ao chamar isso de curadoria, reconhecemos que essa escolha envolve escuta atenta, aproximação e sensibilidade aos ritmos e potenciais que cada pessoa, experiência e lugar podem trazer. Nesse caso, não se trata de escolher os melhores exemplos, mas de criar um conjunto de experiências que, juntas, possam formar um mapa vivo, capaz de transformar e de ser transformado em produção de conhecimento.

Nesta tese, que une o cuidado em saúde mental à participação na cidade e utiliza a cartografia para acompanhar as mudanças na forma como as pessoas se sentem nos espaços urbanos, o pesquisador se envolve com as questões emocionais, sociais e pessoais que influenciam a experiência analisada. Assim, a escolha de participantes e vivências não segue regras fixas ou números, mas sim uma lógica de curadoria, vista aqui como uma forma ética e estética de criar um campo de pesquisa sensível.

A curadoria, inspirada em estudos anteriores que a relacionam com as práticas de cuidado (Ferigato, 2014), é entendida como uma atenção ativa e cuidadosa aos processos de surgimento de experiências que mostram tensões, criações e formas de vida relacionadas ao cuidado e à cidade. A escolha de participantes e experiências foi feita por meio de aproximações graduais, baseadas em (1) afinidade com o tema da pesquisa, (2) diversidade nas formas de viver o território e (3) capacidade de cada experiência de influenciar e enriquecer o campo cartográfico. Adicionalmente a esses critérios que propomos como aderentes ao campo das pesquisas cartográficas, explicitamos a seguir critérios específicos ao nosso objeto e objetivo de pesquisa.

A busca, o reconhecimento e a curadoria de práticas em saúde mental na cidade de Fortaleza que aconteciam no espaço urbano foi orientada seguindo os objetivos da pesquisa. Alguns critérios curatoriais foram eleitos para selecionar práticas e experiências que convergissem com a proposta de uma intersecção entre: campo da Saúde Mental (que mobilizassem agentes da RAPS), espaço urbano (que acontecessem fora dos muros institucionais, em diálogo com a cidade) e que fossem animadas por práticas artísticas e culturais.

O primeiro critério utilizado para seleção dos processos (práticas e experiências) é encontrar-se dentro desta intersecção. O segundo critério foi a possibilidade de imersão, na categoria de participante, do corpo-pesquisador, com a intenção de poder vivenciar alguns dos processos a serem investigados. O terceiro critério era que as ações propostas estivessem abertas à participação comunitária. Assim, qualquer pessoa poderia se envolver à medida que se aproximasse e dialogasse com os organizadores dessas práticas.

Gostaria de ressaltar que as ações que mobilizam exclusivamente as pessoas agentes da RAPS também são relevantes e podem ser revestidas de potência antimanicomial, porém, no contexto metodológico adotado por esta pesquisa, é interessante que as ações se abram à possibilidade de participar e colaborar ativamente dos processos instaurados. Ou seja, a curadoria atravessou o fato de as ações permitirem ampla participação comunitária, ou seja, qualquer cidadão ou cidadã poderia participar.

O quarto e último critério levado em consideração pela curadoria foi o protagonismo das pessoas usuárias dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, ou seja, por mais que existisse a presença de profissionais e agentes culturais na

organização dos acontecimentos, foi imprescindível a participação das pessoas usuárias durante todo o processo.

Em resumo, os critérios adotados para as escolha dos acontecimentos foram:

- Práticas que mobilizassem os públicos que frequentam a Rede de Atenção Psicossocial da cidade Fortaleza.
- Práticas com forte protagonismo de pessoas usuárias e profissionais de saúde mental.
- Práticas que acontecessem no ano de 2023.
- Práticas abertas à participação comunitária.
- Práticas que acontecessem a partir da intersecção entre saúde mental, espaço urbano e animadas pela arte e cultura.

Com os parâmetros estabelecidos foi realizado um mapeamento territorial buscando identificar práticas, ações e experiências que cumprissem com os critérios estabelecidos. Desta forma, foram identificados e escolhidos para imersão no campo dois movimentos: o bloco carnavalesco “Doido é tu” e a “II Parada do Orgulho Louco”. Ambas as experiências dialogam com a intersecção proposta e cumprem com os critérios estabelecidos.

Gesto 2: Imersão do corpo-cartógrafo nos processos mapeados.

A imersão no bloco “Doido é tu” se deu como brincante⁵, como integrante da ala da bateria. Essa aproximação resultou na participação nas oficinas e ensaios gerais da ala da bateria, no desfile na avenida Domingos Olímpio e na festa de confraternização, um ciclo que desenha o antes (ensaios e oficinas de percussão), o durante (o próprio desfile) e o depois (encontro pós carnaval).

A imersão na II Parada do Orgulho Louco envolveu o corpo-pesquisador na organização dos eventos de 2022 e 2023 junto às pessoas usuárias, trabalhadoras e membros da comunidade, de modo ativo e colaborativo nas reuniões preparatórias (presenciais e on-line), na organização no dia do evento e na participação no encontro de avaliação. A produção de dados se consolidou a partir de registros no

⁵ O termo “brincante” também está diretamente associado às manifestações da cultura popular tradicional, como os folguedos e reisados e ao próprio carnaval como manifestação de nossa cultura.

diário de campo, na realização de fotografias e entrevistas não estruturadas que denominamos como “entrevistas-conversas”.

Gesto 3: Curadoria das pessoas entrevistadas

Para além da imersão nos acontecimentos cartografados, outro fator favoreceu a aproximação com a Atenção Psicossocial de Fortaleza. Durante os anos de 2023 e 2024 fui professor temporário do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Estadual do Ceará. Durante essa experiência pude acompanhar algumas disciplinas teórico-práticas que favoreceram uma aproximação com as pessoas trabalhadoras dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade, onde pude conhecer diferentes profissionais da rede.

Imerso nos processos que me propus acompanhar, pude me aproximar e mapear pessoas que demonstravam certo protagonismo nas ações realizadas, que mostravam-se engajadas com a prática proposta, com o objetivo de entrevistá-las no momento adequado.

Sendo assim, foram estabelecidos alguns critérios de inclusão das pessoas a serem entrevistadas:

1. Aceitar participar da pesquisa e assinar o TCLE.
2. Estar em diálogo com o campo da saúde mental pública.
3. Para a seleção de profissionais, atuação mínima de 10 anos em serviços da RAPS e realizar, no cotidiano profissional, alguma prática que aconteça em relação com os espaços urbanos.

Inicialmente foram selecionadas 10 pessoas informantes, que de alguma forma chamaram a minha atenção, seja pela condução, seja pela presença frequente. Desse modo foram convidadas: uma gestora cultural, um familiar, um usuário membro ativo do FCLA e sete profissionais, dentre esses um enfermeiro e uma psicóloga membros do FCLA, três terapeutas ocupacionais, uma educadora física e arteterapeuta e um músico farmacêutico, profissionais atuantes da RAPS de Fortaleza.

A escolha de profissionais não se limitou a seus núcleos profissionais, tampouco se preocupou com uma quantidade específica.

Limitações da curadoria das pessoas entrevistadas: não consegui entrevistar uma quantidade significativa de pessoas usuárias dos serviços da RAPS. Talvez pela pouca proximidade e intimidade com elas, ou pela timidez que a realização de

uma entrevista gravada pode gerar, as que convidei não aceitaram. Porém a entrevista realizada com a pessoa usuária de serviços da RAPS e militante do FCLA foi bastante rica, contribuindo com a pesquisa.

Gesto 4: Realização das entrevistas-conversas

Com a curadoria das pessoas entrevistadas, ao todo, foram realizadas nove entrevistas, havendo uma desistência. As entrevistas foram gravadas e transcritas, gerando um material de áudio de aproximadamente oito horas e trinta minutos. A entrevista mais curta foi a realizada com um familiar, com a duração de aproximadamente nove minutos e a mais longa foi a realizada com um profissional membro do FCLA com cerca de uma hora e trinta minutos.

Foram entrevistas não estruturadas, não diretivas, no formato de “entrevistas-conversas” (Neves, 2012). Aspecto que será melhor desenvolvido mais adiante. Ao final das entrevistas-conversas, as pessoas participantes poderiam indicar (ou não) um colega de profissão que cumpra as características desejadas, seguindo assim um paralelo à abordagem Bola de Neve (*Snow Ball*), “uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referências” (Vinuto, 2014, p.203), para complementar um número suficiente de participantes.

Gesto 5: Análise - Primeira imersão nos dados produzidos

Este gesto conta com a apreciação dos materiais produzidos (transcrição das entrevistas, leitura dos diários de campo e das fotografias) para a sistematização dos dados e proposição de um primeiro grau de análise. Partindo das orientações de Barros e Barros (2013), a análise desta pesquisa cartográfica se ancora em três movimentos analíticos: a análise de implicação do pesquisador, expressa no gesto 0 e dissolvida ao longo da tese-caminhada; análise do processo de pesquisa; e, por fim, a análise dos elementos que emergiram no diálogo com o campo, como as entrevistas individuais, memórias registradas no diário de campo e fotografias, por exemplo.

A análise dos dados produzidos pelos instrumentos supracitados (entrevistas individuais, diário de campo e fotografias) foi realizada por meio da técnica interpolação de olhares (Azevedo, 2012). Essa técnica produz um intercruzamento

dos dados produzidos e contemplados na trajetória da pesquisa. Assim, estabeleceu-se uma forma de pesquisa não linear, mas, igualmente comprometida com a produção de conhecimento científico, a partir da identificação de zonas de comunidade e de singularidade entre os elementos intercruzados (Azevedo, 2012; Ferigato, 2013). Sendo assim, a utilização dessa técnica resultou na sistematização e aglutinação das reflexões e discussões em três percursos analíticos: o primeiro diz respeito ao trabalho na Atenção Psicossocial; o segundo sobre a II Parada do Orgulho Louco; e o terceiro sobre o Bloco Doido é Tu.

4.3 INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Ao longo dos gestos de pesquisa, os dados produzidos a partir das experiências cartográficas com o campo foram sistematizados em três instrumentos principais: diário de campo, registros fotográficos e entrevistas-conversas.

4.3.1 Diário de campo: registros dos territórios existenciais habitados

A partir da produção de experiências junto ao Bloco Doido é Tu e à II Parada do Orgulho Louco, após cada encontro com o campo, eu gravava áudios para transcrevê-los posteriormente em arquivos de texto no computador. Nesse processo, trazia para a escrita memórias, sensações, sentimentos e acontecimentos vividos que pudessem auxiliar na análise e nas discussões da pesquisa. A estratégia de gravar os áudios buscou preservar algum modo de registro emergido do calor dos afetos vivenciados em cada encontro, mantendo no fluxo livre da oralidade um canal de passagem e expressão.

Os diários de pesquisa foram construídos com o apoio das reflexões de René Lourau. Segundo Lourau (1993), a utilização de diários possibilita o conhecimento e o acesso às vivências que emergem ao longo da relação com o campo. Assim, o registro das memórias produz conhecimentos sobre as temporalidades que atravessaram a pesquisa.

4.3.2 Registros fotográficos: cenas cotidianas impressas em imagens

Os registros fotográficos atuam como uma narrativa não verbal, complementando o campo de análise para além da escrita. Eles imprimem cenas e acontecimentos vivenciados pelo pesquisador, desde os ensaios da bateria do Bloco Doido é Tu e seu desfile final, até a realização da II Parada do Orgulho Louco. As fotografias foram produzidas por câmeras fotográficas, celulares e outros dispositivos, compondo um sistema complexo onde símbolos, signos e linguagens circulam. Constituem-se como mediadoras das relações entre sujeitos e mundo, podendo ser entendidas como códigos capazes de congelar eventos, imprimindo-os em cenas (Flusser, 2011). Ou seja, a cena produzida por um registro fotográfico emerge da escolha intencional de reunir elementos dispersos no ambiente, que, com a atividade fotográfica, se juntam, são eternizados e produzem um registro capaz de acessar experiências visuais de quem os contempla.

Por exemplo, a fotografia de uma diversidade de pessoas fantasiadas, desfilando, cantando, brincando e tocando ao longo de uma avenida (evento) imprime outras possibilidades concretas de praticar essa mesma avenida que, cotidianamente, é percorrida por ônibus, carros e bicicletas. Assim, constitui-se também como discurso que complementa as análises propostas nesta tese. As fotografias foram tiradas por mim e por colegas que assinaram termos de cessão de imagem para compor os dados da pesquisa.

4.3.3 Entrevistas-conversas

A identificação dos possíveis entrevistados aconteceu a partir das vivências imersivas no campo de pesquisa. Algumas pessoas destacaram-se por sua participação e engajamento, sendo convidadas posteriormente para entrevistas-conversas. Optou-se por esse formato por ser mais aberto, favorecendo a instauração de um ambiente acolhedor, ao mesmo tempo em que preserva uma estrutura que facilita o acesso a diferentes aspectos do modo de pensar e fazer das pessoas entrevistadas. A escolha das entrevistas-conversas retoma a histórica proximidade entre os campos da saúde mental e das artes. Neves (2012, p. 547) aponta a entrevista-conversa como uma importante estratégia metodológica para a crítica de processo no campo da arte.

As entrevistas não seguiram perguntas prévias e “fechadas”, mas a partir de proposições de temas a serem discutidos, com o intuito de deixar o entrevistado mais livre possível para “revelar” dados inusitados, sem imposições. Além disso, havia um conhecimento sobre a obra do artista a ser entrevistado para que a entrevista funcionasse como detonadora de questões relativas ao percurso, que só o artista poderia narrar, e também como um dispositivo acionado pelo crítico (entrevistador), capaz de traçar relações entre as obras, processos, linguagens e tempos de criação.

Adotar este procedimento considera tratar cada entrevistado como principal agenciador e compositor de seu próprio modo de pensar e percepção do exercício profissional. As entrevistas eram guiadas por temáticas relacionadas aos objetivos da investigação, abordando impressões sobre os acontecimentos realizados, percepções do “praticar a cidade”, práticas em saúde mental nos espaços urbanos, potencialidades e desafios na interface entre saúde mental e espaços urbanos. O ambiente das entrevistas-conversas é propício para a produção de narrativas das práticas profissionais e das vivências de usuários e familiares. Cabe destacar que o caráter aberto e conversacional talvez não tenha favorecido a entrevista com o familiar, que teve menor duração em áudio.

Porém, com as demais pessoas entrevistadas, essa escolha facilitou o acesso às narrativas. O objetivo era instaurar um ambiente que permitisse acessar experiências e vivências, revelando aspectos e referências que mobilizam práticas, percepções e perspectivas, evidenciando modos de fazer e relacionar-se com o outro, a cidade e a Atenção Psicossocial, para além das experiências do Bloco Doido é Tu e da Parada do Orgulho Louco. Assim, as entrevistas-conversas foram o principal dispositivo para acessar a perspectiva dos entrevistados sobre o cotidiano da Atenção Psicossocial em sua interface com o espaço urbano.

Aproximando a entrevista-conversa ao método cartográfico, considera-se que o momento da entrevista “não visa exclusivamente a informação, isto é, o conteúdo dito, e sim o acesso à experiência do dizer em suas duas dimensões, de forma e de forças, de modo que a fala seja acompanhada como emergência na/da experiência e não como representação” (Tedesco; Sade; Caliman, 2013, p. 302). As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas a processo de análise.

4.4 ENCONTROS COM O CAMPO: DEVIRES EM DERIVA

“Começo-meio-começo.”
(Nêgo Bispo)

O corpo-cartógrafo busca conexões, precisa acessar e se conectar com diferentes roupagens, modos de sentir e compor com os fluxos que atravessam o campo de pesquisa. Como alguém que se lança no rio e, para sentir melhor seus fluxos, mistura-se no volume da água que corre rio abaixo, parte dessa jornada acontece à deriva, ou seja, o navegante é levado inevitavelmente por determinados fluxos. Porém, ele também consegue direcionar, com alguma liberdade, sua experiência com o rio por meio de pequenos gestos.

Verônica Veloso, pesquisadora, diretora, artista, performer e professora, dialoga com o conceito de deriva ao aproximá-lo do campo performativo em artes, mas suas contribuições ressoam na estruturação desta pesquisa. Para a autora, a deriva apresenta “um aspecto de experimentação, de imprevisibilidade e de liberdade” (Veloso, 2018, p. 47). Existem elementos da deriva que combinam com a produção de um tónus no corpo-pesquisador-cartógrafo, pois ela assume um deslocamento que parte sem a pretensão de ter que chegar a algum lugar. “Tal prática é frequentemente associada ao ato de perder-se, pois as pessoas podem se perder – mesmo em locais conhecidos – ao praticar uma deriva” (Veloso, 2018, p. 49).

Assim, as desestabilizações e contribuições que o conceito de deriva oferece para o campo das certezas, das direções e da racionalidade são essenciais para esta pesquisa. A intenção é aproximar o que Veloso aponta como deriva, sem se perder por completo. Uma resposta possível é convocar uma atitude de deriva para dentro da pesquisa. Abrir-se para o inesperado, sem abandonar as intencionalidades da pesquisa e seus horizontes. Uma racionalidade que abre espaço para as incertezas. Afinal, como afirma Suely Rolnik (2011), ao cartógrafo é dada a responsabilidade e a tarefa de:

Dar língua aos afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é, antes de tudo, **um antropófago** (Rolnik, 2011, p. 23, grifos meus).

A atitude de deriva não implica perda dos sentidos, pelo contrário, implica seu acionamento em direção ao que Kastrup e Fernandes (2018, p. 121) assumem como atenção conjunta, que “surge como um modo de conhecer e estar com outra pessoa, colocando em evidência a dimensão cognitiva do afeto”. Deste modo, esta pesquisa tem início com meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional em março de 2021, em meio à pandemia desencadeada pelo Coronavírus (Covid-19). Com a organização do projeto de pesquisa e sua aproximação com o campo prático desta investigação, foram mapeados dois acontecimentos que se destacavam em Fortaleza, cidade onde residi durante o momento de imersão no campo.

Os acontecimentos se enquadraram nos critérios estabelecidos e convocaram minha atenção, pois reuniram no espaço urbano profissionais e militantes do campo da saúde mental, pessoas que utilizam os serviços da RAPS, gestores, artistas locais, estudantes e comunidade para uma prática artística, cultural e política nas ruas e praças da cidade. Dessa forma, uma primeira via de aproximação foi realizada junto ao Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, importante movimento social do Ceará. Minha aproximação iniciou em 2020, quando participava de reuniões online para contribuir com reflexões e ações deste coletivo, além de conhecer seus integrantes e sua articulação.

A aproximação com o bloco carnavalesco Doido é Tu ocorreu por meio das oficinas de percussão em janeiro de 2023, que conduziam à organização da ala da bateria para o desfile no mesmo ano (primeiro desfile pós-pandemia). Vi nessa aproximação uma oportunidade de aprender uma nova habilidade, tocar “o surdo”, um tambor cilíndrico que produz som grave ao ser tocado com uma haste de madeira. Além disso, pude conhecer profissionais, usuários e usuárias da RAPS de Fortaleza e seus familiares, e iniciar outra aproximação, desta vez para mapear pessoas que eu pudesse entrevistados e contribuir com a pesquisa.

Foi nessa constelação de experiências, encontros e devires que o corpo-pesquisador foi atravessado por diferentes movimentos, que, embora possuam gestos próprios, estão interconectados, compondo uma teia.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: PERCURSOS DE PESQUISA

Inicialmente, apresentaremos as experiências que antecedem a investigação e inspiraram a construção do nosso problema de pesquisa, a implicação do pesquisador e a construção do seu olhar para o campo, etapa denominada na metodologia como gesto 0. Na sequência, realizaremos uma breve caracterização das pessoas participantes e das experiências selecionadas.

Os resultados da produção das entrevistas e do diário de campo foram sistematizados em três percursos ou três dimensões da prática nos espaços urbanos do campo investigado: a dimensão histórico-política, a dimensão molecular e cotidiana do trabalho na atenção psicossocial e a dimensão sociocultural.

5.1 GESTO 0: CAMINHADA PESSOAL E PROFISSIONAL: UM MOSAICO DE EXPERIÊNCIAS

Início esta etapa da caminhada dialogando com o texto “Notas sobre a experiência”, de Jorge Larossa Bondía (2002), em que o autor aponta que experiência é aquilo que nos passa, o que nos acontece, nos toca e, de alguma forma, nos transforma. Neste sentido, serão apresentadas algumas paisagens da minha trajetória profissional e acadêmica que se entrelaçam com os percursos desta cartografia. O destaque dado a elas se justifica, pois seguem reverberando tanto na produção do projeto e na escolha do campo de pesquisa quanto no processo de escrita e na proposta de análise dos dados deste trabalho. Afinal, as experiências que nos compõem não deixam simplesmente de existir quando alguns ciclos são encerrados, elas insistem em produzir presença nos modos de pensar, agir e (re)memorar.

Sendo assim, as experiências que compuseram minha trajetória profissional e acadêmica orbitam a construção desta tese. É neste sentido que lançarei luz sobre algumas delas com a intenção de apresentar como se deu minha aproximação com a temática desta pesquisa e como as experiências vivenciadas auxiliaram na formação do pensamento que atravessa o modo de tecer esta tese e delinear seu objeto. Para melhor apresentar essa trajetória, optei por identificar alguns marcos e como eles tocam em temáticas e aspectos que são foco de interesse deste estudo. Marcos que delineiam, mais do que uma motivação para a pesquisa ou uma

trajetória individual, uma escrita de si que visa explicitar as camadas de construção de uma pesquisa em uma trajetória de vida individual-coletiva, camadas essas que, quase sempre, são anteriores à formalização de um projeto científico ou da tese. Camadas que falam sobre o corpo da pesquisa e do pesquisador: pesquisador-graduando, pesquisador-terapeuta, pesquisador-brincante.

5.1.1 Formação inicial: universidade, território e cidade

O interesse pela relação entre as práticas em saúde mental e os espaços urbanos foi sendo sistematizado aos poucos, mas considero um início possível o ingresso em uma universidade pública. Ingressei no curso de Terapia Ocupacional na Universidade de Brasília (UnB), na Faculdade de Ceilândia (FCE), em 2009. Integrei o Centro Acadêmico de Terapia Ocupacional, a Executiva Nacional de Estudantes de Terapia Ocupacional e diferentes projetos de pesquisa e extensão.

Dentre eles, o Projeto Saúde Integral, que se ocupava de desenvolver pesquisas (Santos *et al.*, 2012) e intervenções interprofissionais em saúde voltadas à comunidade do Sol Nascente, em Ceilândia, no Distrito Federal (DF). Considerada uma das maiores favelas do Brasil, esse território está localizado a aproximadamente 30 km da sede do Governo Federal (Bastos, 2023) e apresenta um cenário bastante desafiador no que diz respeito ao acesso a direitos sociais. A composição da equipe era interprofissional. Íamos com certa frequência ao território mencionado para desenvolver ações em saúde que dialogassem com as demandas da comunidade local, especialmente voltadas ao público infantojuvenil, a pessoas com deficiência e à população em sofrimento psíquico.

Ao longo do projeto, algumas práticas e estratégias foram empreendidas pelo grupo, que reunia docentes, estudantes e profissionais da saúde, como, por exemplo: escuta qualificada, acompanhamentos na rede de saúde, oficinas, cine-debates e outras propostas de cuidado na comunidade. Destaco que a professora, doutora e terapeuta ocupacional Josenaide Engracia dos Santos, coordenadora e orientadora do projeto, foi imprescindível na consolidação das experiências junto à comunidade, pois estreitou a comunicação com as lideranças comunitárias locais, proporcionando vivências que até hoje ressoam nos meus modos de pensar o território, a produção de saúde e de saúde mental, a noção de direito social e os

processos de exclusão e vulnerabilização que atravessam o dia a dia de diferentes populações.

Josenaide foi (e ainda é) uma presença muito importante para mim. Com ela, pude desenvolver o trabalho de conclusão de curso intitulado: *Cartografia do sujeito em situação de rua do Distrito Federal* (Dantas, 2013). A proposta era acompanhar durante algum tempo e com certa proximidade a vida cotidiana de uma pessoa em situação de rua, observar suas redes relacionais e os espaços urbanos por onde circulava. Lembro que foi uma experiência muito forte, que me fez refletir a respeito das desigualdades, conflitos e vulnerabilidades que implicam o viver na rua, mas também na possibilidade de criar vínculos, apoios e relações de cuidado para que a vida persevere na existência (Spinoza, 2008). No contexto do trabalho citado, a partir de reflexões que foram sistematizadas *a posteriori*, percebo como os espaços urbanos podem ser transformados à medida que são praticados (Certeau, 2012). Uma marquise, lugar de comércio e circulação durante o dia, pode se transformar em um lugar para dormir, descansar e guardar alguns pertences durante a noite, como fazia o sujeito que acompanhei.

Ao terminar o curso de Graduação em Terapia Ocupacional no final de 2013, no DF, partiria no ano seguinte para a primeira experiência profissional, atuando como trabalhador da saúde mental na cidade de Sorocaba, interior de São Paulo.

5.1.2 Primeira experiência profissional: desinstitucionalização de Sorocaba, São Paulo

Meu primeiro trabalho como terapeuta ocupacional foi em um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III). Nessa oportunidade, participei e colaborei com o processo de desinstitucionalização das pessoas que residiam nos hospitais psiquiátricos da região. O processo de desinstitucionalização⁶ que se instalava em Sorocaba foi resultado de um esforço coletivo de enfrentamento a uma cultura manicomial, conservadora e excludente, que engajou profissionais e gestoras da saúde mental comprometidas com a implementação da reforma psiquiátrica naquele

⁶ Desinstitucionalização é um processo complexo que envolve diferentes setores e atores sociais, mas principalmente, envolve a reversão da lógica manicomial e instalação de recursos substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos (Rotelli; De Leonardis; Mauri, 2001).

período, incluindo o importante trabalho de coordenação da terapeuta ocupacional sanitaria Luciana Togni Surjus.

O “Termo de Ajustamento de Conduta” (TAC), acordo firmado entre o Ministério Público e agentes violadores de direitos coletivos em 2012, exigia a reorganização do modelo socioassistencial em saúde mental da região de Sorocaba, então considerado o maior polo manicomial do país, com aproximadamente 2,7 mil pessoas institucionalizadas (MPSP, 2012).

O TAC foi celebrado após denúncias apresentadas pelo Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS) e pela reportagem do programa de televisão “Conexão Repórte”⁷, que expôs o descaso, a violência e a desumanidade vivenciadas pelas pessoas internadas no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz. Garcia (2012, p. 118), em seu artigo elaborado com o auxílio e a colaboração do FLAMAS, fruto de uma pesquisa nos bancos de dados públicos do DATASUS, denunciou o expressivo número de óbitos nos manicômios da região de Sorocaba que apresentavam “mortalidade 118% maior do que a dos outros grandes manicômios do Estado de São Paulo para o período entre 2004 e 2011, e o forte aumento das mortes nos meses mais frios do ano, sugestivo de negligência em relação aos cuidados adequados em relação ao frio”.

À luz disso, o processo de desinstitucionalização culminou na liberdade de centenas de pessoas. Algumas retornaram ao convívio familiar, outras foram inseridas em residências terapêuticas (RT)⁸ recém-inauguradas na cidade. Durante esse processo, cerca de quatorze RTs foram abertas e o primeiro CAPS III adulto foi inaugurado, serviço onde integrei a equipe de saúde mental como terapeuta ocupacional.

O diálogo com o território e com os espaços urbanos estava sempre presente nos modos de pensar e fazer daquela equipe. Visitávamos as moradoras das RTs com o objetivo de facilitar experiências plurais com a nova casa, com os colegas de quarto e com os bairros em que viviam, favorecendo a possibilidade de habitem, conhecerem e encontrarem formas de pertencer aos espaços da cidade.

⁷ Conexão Repórter é um programa da rede televisiva SBT que, em 2012, divulgou a reportagem “Casa dos esquecidos” realizada no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, em Sorocaba (SP), denunciando maus tratos e violências vivenciadas pelas pessoas institucionalizadas.

⁸ Os Serviços Residenciais Terapêuticos foram instituídos pela portaria nº 160/GM/MS de fevereiro do ano 2000. São casas ou moradias inseridas na comunidade que acolhem, preferencialmente, os egressos de internações em instituições psiquiátricas de longa permanência e que apresentam ruptura com o suporte social e ausência ou fragilidade dos vínculos familiares (Brasil, 2000).

Lembro que era muito comum acompanharmos cenas cotidianas sendo inauguradas na vida das novas moradoras da cidade. Muitas vezes, nossa presença auxiliava na validação de sua cidadania, seja na retomada dos estudos e na relação com a escola e docentes, seja com as unidades de saúde ou nos diferentes espaços dos bairros onde moravam.

O trabalho em Sorocaba possibilitou vivenciar a reunião de diferentes profissionais (do corpo técnico, da gestão, da comunidade do CAPS, da coordenação municipal), que vinham de Campinas-SP e se comprometiam com o processo de desinstitucionalização, com a reabilitação psicossocial e com o diálogo e a prática nos territórios. Vale destacar que a Rede de Atenção Psicossocial de Campinas apresentava experiências convergentes com os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira. A retomada da vida na cidade exigia diferentes tecnologias, práticas e estratégias. Foi então que me envolvi na criação de iniciativas que estimulassem a produção de relações com os espaços públicos da cidade. Destaco entre elas: o grupo de futebol, o Projeto Interações Urbanas e a exposição artística “Qual o rosto da sua loucura?”

O grupo de futebol acontecia em um ginásio poliesportivo público próximo ao CAPS às sextas-feiras à tarde. Caminhávamos juntos até o local para jogar bola, no meu caso, aprender a jogar. Chegamos a participar do campeonato “Intercaps”, que ocorria em Campinas e reunia usuários, trabalhadores e gestores de outros serviços de saúde mental.

O Projeto Interações Urbanas, desenvolvido por mim e por outra terapeuta ocupacional, era voltado às pessoas que viviam nas RTs, com o objetivo de facilitar e mediar vivências com os lugares próximos de casa (parques, padarias, supermercados, cinemas etc), promovendo o conhecimento e o (re)conhecimento no bairro onde viviam. Ao meu olhar de hoje, um exercício de praticar os espaços e abordar o bairro como campo potencial de relações.

A exposição artística “Qual o rosto da sua loucura?” Foi produzida a partir de momentos de convivência, inicialmente internos ao CAPS, mas que geraram vetores de saída da instituição. O objetivo era, a partir de uma atividade (produção de papel machê) criar um espaço um pouco mais livre, espontâneo e que resultasse na construção de algo em comum com as pessoas que participavam. Após várias conversas, surgiu a proposta de confeccionar máscaras de papel machê, cujo tema foi proposto pelos próprios usuários: ‘qual o rosto da sua loucura?’.

A convite da professora, doutora e terapeuta ocupacional Soraya Diniz Rosa, passamos a frequentar a Universidade de Sorocaba (UNISO), onde funcionava o curso de Terapia Ocupacional. Íamos e voltávamos de ônibus, com o objetivo de familiarizar os participantes com o transporte público e de inserir novos corpos no cotidiano da cidade. Em alguns momentos, contávamos com o apoio das estagiárias do curso. A produção das máscaras resultou em uma exposição, montada por alguns usuários com meu auxílio em um café cultural local (Rosa; Dantas, 2021), promovendo uma presença simbólica e material daquelas pessoas em outros espaços da cidade, por meio de uma atividade artística.

Além das propostas grupais, acompanhamentos individuais, visitas domiciliares, passeios, ações territoriais e eventos ocasionais também eram oportunidades de tecer aproximações com a cidade e com as pessoas para além do espaço institucional do CAPS. A experiência em Sorocaba também me permitiu participar do documentário *Chave da nossa casa*, realizado no contexto do Censo Psicossocial de 2014, promovido pela Secretaria de Estado de São Paulo em parceria com a Fundação de Desenvolvimento Administrativo. O documentário aborda os processos de desinstitucionalização e a vida nas RTs a partir das vivências de suas moradoras e dos profissionais envolvidos (FundapSP, 2015).

Apesar do movimento intenso e transformador, Sorocaba vivenciou um momento de troca de gestão bastante desafiador. Profissionais localizadas em posições estratégicas, como trabalhadoras que realizavam as ações de desinstitucionalização dentro do hospital psiquiátrico Vera Cruz e do CAPS III foram demitidas sem justa causa nem aviso prévio. Fato que culminou no pedido de demissão da gestora do CAPS e da coordenadora de saúde mental municipal.

Pouco mais de uma semana após a demissão do Diretor Clínico, sete técnicos foram demitidos entre psicólogos e terapeutas ocupacionais, sem justa causa e sem aviso prévio. Outros membros da gestão foram demitidos. Após este fato, em dias, vários médicos pediram demissão, em seguida a coordenadora de saúde mental do município e o secretário de saúde também se demitiram. Um mês após as primeiras demissões, ocorreram mais demissões em bloco de técnicos e coordenação do CAPS III (Oliveira, 2017, p. 117).

Eram profissionais que viabilizavam a execução das políticas públicas de saúde mental, no processo de desinstitucionalização, na criação de propostas e tecnologias de cuidado, e na reabilitação psicossocial. Um grupo de profissionais

experientes e essenciais para a valorização, reconhecimento e incentivo das ações territoriais que estavam sendo desenvolvidas, ações que extrapolavam os muros institucionais para ganhar cor, movimento e sentido nas ruas, calçadas e demais espaços sociais urbanos.

Pude vivenciar a transição de um modelo de gestão alinhado à Política Nacional de Saúde Mental, à reforma psiquiátrica brasileira e à luta antimanicomial para outro modo de pensar e fazer saúde mental, o que repercutiu diretamente nos acompanhamentos realizados. Concentração de poder, assédio, excessos, fragmentação do cuidado, reuniões esvaziadas, desvalorização profissional, burocratização das atividades territoriais e contratação de profissionais desalinhados com os pressupostos da reforma foram algumas das experiências vividas naquele período.

Esse processo evidencia a inseparabilidade entre clínica e gestão, aspectos essenciais para proteger e estimular os laços produzidos com o território, a comunidade e a cidade da qual os serviços fazem parte, ou, por outro lado, para reforçar modelos autoritários e excludentes. Assim, os rumos políticos e de gestão influenciam diretamente o trabalho realizado na ponta, nos serviços.

No final de 2015, fui morar na capital paulista. Trabalhei em diferentes equipamentos da RAPS na região de Ermelino Matarazzo, Zona Leste de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas II (CAPS AD II); Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF)⁹; CAPS II e por fim, na supervisão de uma residência terapêutica.

Antes de avançar na caminhada, gostaria de compartilhar uma memória, contar brevemente sobre um caso que pude acompanhar quando trabalhava como terapeuta ocupacional no CAPS III Arte do Encontro, em Sorocaba.

5.1.3 Memórias de um terapeuta ocupacional e as aprendizagens que se fazem caminhando

Essa memória, embora ainda não constitua um dado de pesquisa, configura o registro de um terapeuta ocupacional e contribui para a formulação de um corpo

⁹ Após aprovação e publicação da nova versão da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Brasil, 2008) foi redimensionado e renomeado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

pesquisador, bem como para a construção do problema de pesquisa, que, neste caso, começa a ganhar forma muito antes da inserção no doutorado.

V.¹⁰ foi o primeiro jovem para o qual fui designado como profissional de referência, em julho de 2014. O jovem encontrava-se na hospitalidade integral do CAPS III, tinha por volta dos dezessete anos, não tinha contato com os pais e morava em uma instituição de abrigamento, onde compartilhava sua casa com outros colegas. V. chegou ao CAPS em meio a uma intensa desorganização psíquica: linguagem desconexa, pensamento acelerado e delirante, comportamento desproporcional, com percepção crítica alterada. Lembro-me de que ele chegava a ensaboar todo o cabelo como quem gostaria de imitar o efeito de um gel capilar, mas de modo bastante exagerado (talvez eu nunca tenha esquecido dessa imagem porque também reproduzia esse gesto, com menos intensidade, quando era adolescente, pois não tinha gel).

Por estar em situação de crise em saúde mental, era bastante difícil manter uma comunicação inteligível com V., contudo, conseguimos nos relacionar por meio de outra via: a realização de pinturas, cartazes e outras atividades expressivas que se mostraram um importante canal de aproximação e comunicação. Ao rever alguns diários, que tenho por hábito manter a cada empreitada profissional, encontrei um pequeno trecho em que descrevi, de maneira simples e informal, um pouco de minha relação com V. e seu processo.

*"Chegou entregue... a crise estava colocada e o sujeito em xeque.
Discurso delirante, desconexo, comportamento bizarro. Vai e volta sem parar, quebra coisas, ensaboa o cabelo, joga tinta no chão e a crise não passa, nem se quer ameniza,
mas suportamos juntos como equipe.
Quando parecia que estava melhorando, o sujeito emergia e nos dava um 'oi'! Mas não durava muito e se entregava novamente, mas suportamos juntos, como equipe.
No futebol, não conseguia se organizar para jogar no time, roubava a bola e saía sem destino, sem rumo, chutava para as paredes, não comunicava, não se integrava...
mas estávamos lá, como equipe.*

¹⁰ Para respeitar e proteger identidade do sujeito que acompanhei, utilizarei a denominação 'V.' para identificá-lo.

Famíliares aparecem, desejos surgem, a organização se delinea e o sujeito começa a tomar posse de si e, mesmo que o discurso continue delirante, o sujeito emerge com mais frequência, consegue organizar seus pensamentos, mesmo que minimamente

e seguimos suportando, juntos, como equipe.

Visitamos a casa em que morava (temporariamente afastado), momento que transbordou várias emoções. Aproximou, almoçou, quis ficar, mas ainda não era o momento, entendeu e voltamos juntos.

Chorou, desejou, organizou, conversou, delirou, trocou. Hoje quando participa do time de futebol, toca a bola, se comunica, dribla, mostra que é capaz, faz gols e comemora com o time, todos tecem elogios. Com o sorriso no rosto, com a bola embaixo do braço, voltamos juntos e quando chegamos, comemoramos mais ainda.

Agora, comemoramos em equipe todo esse processo. A crise deu lugar (nos apresentou esse sujeito também) a um sujeito incrível, que é capaz de trocar, de se afetar e afetar por outros, de chorar, de enlouquecer, pitar, desejar, querer, fazer, de sorrir, capaz de surpreender, simplesmente capaz!"

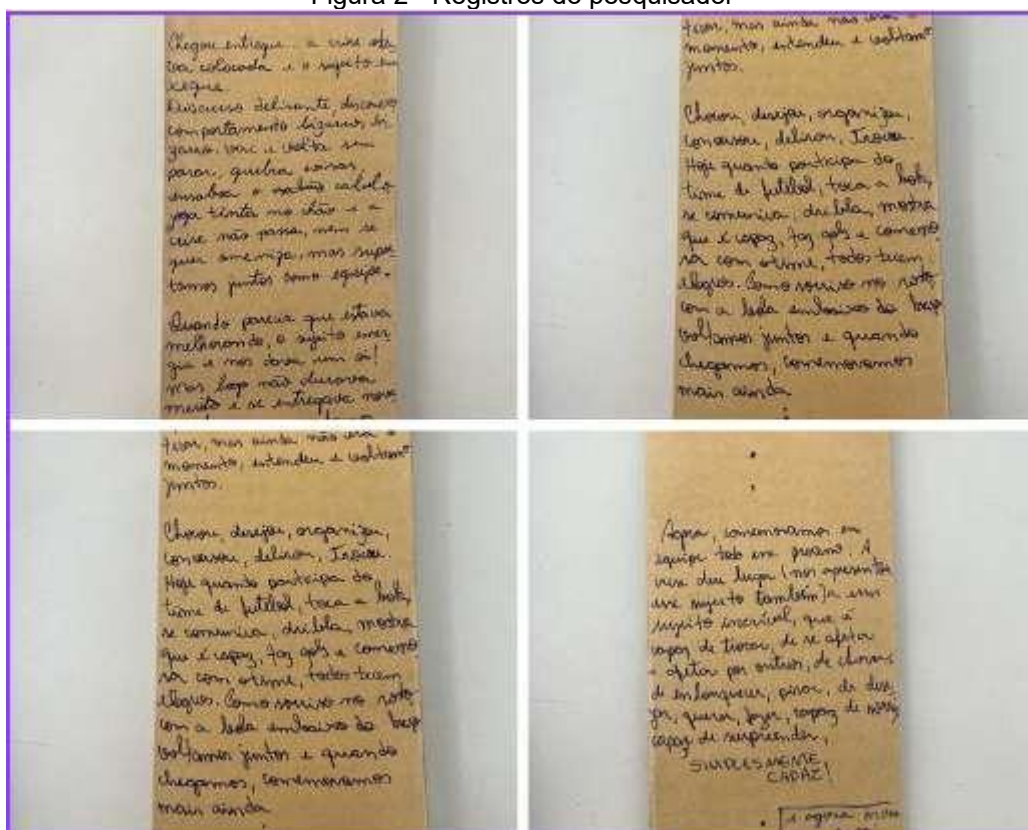
(Trecho do diário de um pesquisador-terapeuta)

Escrevi esse texto no dia 02 de julho de 2014. Logo abaixo, num cantinho da página, datado de 26 de agosto de 2014, acrescentei: *"E agora, mora com o pai."*

Confesso que o registro pode soar bastante sentimental. Afinal, era minha primeira experiência como terapeuta ocupacional, e foi uma experiência intensa. Naquela ocasião, eu era um terapeuta ocupacional com vinte e três anos de idade. Apesar da pouca experiência, acreditava que V., mesmo em crise intensa, poderia se beneficiar de espaços coletivos, como as idas à quadra poliesportiva próxima ao CAPS III. Íamos todos caminhando até a quadra, onde V. era estimulado a participar do grupo de futebol.

A relação com a equipe foi essencial para o acompanhamento de V., mas gostaria de destacar a ida à instituição em que morava. A visita foi realizada por mim e por ele num momento em que a crise se encontrava mais branda, embora ainda presente e insistente. Saímos juntos e, como a instituição se localizava próxima ao CAPS, fomos caminhando.

Figura 2 - Registros do pesquisador



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Firmamos o acordo de que retornaríamos ao CAPS após a visita; V. concordou. Atravessamos ruas e quarteirões andando pelas calçadas. Entusiasmado, ele comentou que sabia o caminho correto. Confesso que duvidei um pouco, mas apostei que seria um bom exercício para que ele tentasse lembrar os caminhos que levavam à casa onde morava, e assim seguimos.

Seguindo suas indicações, caminhamos por algum tempo. Algumas lembranças sobre vivências na casa, com colegas e profissionais que o acompanhavam, emergiram até que conseguimos chegar. V. reconheceu os amigos. A profissional de referência (que já sabia da nossa visita) havia preparado um lanche bastante gostoso. Ele ficou muito contente, e disse a todos que foi ele quem me guiou. Realizada a visita, retornamos caminhando ao CAPS. Perguntei se ele conseguiria lembrar do caminho de volta e se poderia nos guiar novamente. Ele aceitou com bastante confiança, e assim retornamos ao CAPS.

Não consigo me lembrar de todos os detalhes, mas, depois de alguns dias ou semanas, um homem adulto (por volta dos cinquenta anos), de baixa estatura, procurou o CAPS dizendo ser pai de V. Alguns encontros foram realizados com o intuito de promover uma reaproximação e reestruturação do vínculo afetivo entre V.

e seu pai. Quando a crise de V. Se mostrou mais atenuada, o jovem foi morar com o pai, que passou a acompanhá-lo nas consultas e atendimentos. Lembro-me de que esse caso, pela ordem de seus acontecimentos, deixou toda a equipe bastante surpresa e motivada, pois conseguimos acompanhar um caso bastante complexo com um desfecho favorável para V.

Acredito que o encontro com os espaços urbanos exige algum nível de risco (e de cuidado), mas que, muitas vezes, vale a pena a aposta. Ir à cidade é se abrir para uma experiência relacional, porque não basta ir à quadra, o que torna a quadra viva são as práticas que aderem sentido e, com isso, tornam possível contribuir com o cuidado em teia das pessoas que ali estão. E assim, damos continuidade à caminhada, acompanhados de V., de sua crise e de lembranças, com o caminhar pelas ruas e quarteirões de uma cidade, a partir de uma relação tanto terapêutica quanto afetiva.

5.1.4 Experiências na Zona Leste de São Paulo

A atuação frente aos serviços em que pude colaborar facilitou o empreendimento de diferentes práticas em saúde mental, porém discutirei apenas aquelas que produziram maior enlace com os espaços urbanos.

A atuação junto ao NASF rendeu diferentes experiências, dentre elas a criação do projeto “Prosa na Praça”, elaborado por mim e por uma colega de trabalho e assistente social. A intenção do projeto era promover encontros numa praça localizada próxima à Unidade Básica de Saúde, com o objetivo geral de acolher as demandas e situações de saúde e saúde mental da população em situação de rua que circulava pela região, com vistas a facilitar o acesso aos serviços de saúde. Para ampliar a potência dos encontros propostos, convidamos profissionais de diferentes serviços, como o CAPS AD, o Serviço de Abordagem Social (SEAS) e o centro de acolhida. O convite ocorreu pela convergência dos territórios de ideais e perspectivas, onde a união desses trabalhadores e trabalhadoras resultou na criação de um espaço dialógico para a produção dos encontros, que aconteciam uma vez por mês numa praça próxima aos serviços apontados.

Os encontros na e com a praça eram realizados a partir do uso de atividades humanas (Ferigato, 2007) para criar um ambiente menos hierarquizado e

segregador. A escolha das atividades partia de desejos e habilidades das pessoas que frequentavam os encontros. Jogávamos dominó, conversávamos, confeccionávamos objetos artesanais, criávamos uma roda de samba com violão e pandeiro, realizávamos um brechó solidário durante a época fria de São Paulo, momento do ano em que aumentam os índices de óbito e sofrimento dessa população. Lembro que confeccionamos alguns cartazes em protesto às ações do ex-prefeito da cidade, João Dória, que orientou funcionários a jogarem água fria nas pessoas em situação de rua e nos lugares onde dormiam (O Globo, 2017), uma violência e violação de direitos humanos.

A finalidade dos encontros na praça não se resumia apenas à realização de atividades significativas, mas também na aposta de que o estreitamento dos vínculos entre pessoas em situação de rua e profissionais da rede de saúde e assistência resultasse no aumento das possibilidades de um acompanhamento social e em saúde mais conectado com as demandas e a realidade dessa população. A aproximação com o território de Ermelino Matarazzo produziu interesses que se desdobraram na minha pesquisa de mestrado acadêmico. A pesquisa intitulada *As vozes dos olhares que percorrem a periferia: o território sob o olhar do adolescente* (Dantas, 2019) me permitiu adensar reflexões sobre o espaço urbano, principalmente sobre a favela e a juventude periférica. Além disso, pude perceber a potencialidade da utilização de um recurso artístico como a fotografia nas pesquisas acadêmicas¹¹.

Aquela vivência profissional cotidiana pelas ruas, vielas, becos e esquinas da região, associada ao meu interesse pela fotografia e pela juventude, estimulou a investigação sobre o modo como os jovens de uma favela da região percebiam os espaços em que viviam. Busquei entender como eles praticavam esses espaços, quais sentidos atribuíam aos diferentes pontos do bairro e quais discussões conceituais seriam possíveis a partir da análise de suas próprias narrativas orais e imagéticas, expressas nas fotografias e entrevistas (Dantas, 2019; Dantas, De Micheli, 2021).

Já as experiências no CAPS de Ermelino Matarazzo, que dialogavam com os espaços da cidade, estavam imersas na realização de oficinas e grupos: seja nas

¹¹ Esse percurso resultou na minha dissertação, defendida em 2019 no Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Para acessar a dissertação, consulte Dantas (2019).

visitas do grupo de arte a alguns museus da cidade, como o MASP; na visita do grupo de jornal a uma redação local; nas saídas durante o carnaval; nas ações do 18 de maio que realizávamos tanto na Avenida Paulista, onde nos encontrávamos com serviços de saúde mental de praticamente toda Paulicéia, quanto localmente, nas regiões de Ermelino Matarazzo; na promoção de piqueniques nas praças da região Leste; visitas a bibliotecas locais; sentar na calçada com os moradores da região para assistir ao pôr do sol, jogar peão e conversar, entre outras. Para além das modalidades grupais, os encontros com a cidade também se manifestavam em atendimentos e acompanhamentos individuais que produziam interfaces com os espaços urbanos.

“Encontros com a cidade” é diferente de “encontros na cidade”. A cidade e seus espaços não se restringem à representação de um “setting” ou um plano de fundo onde emergem diferentes acontecimentos. Os espaços urbanos estão a todo momento se redimensionando na medida em que são praticados (Certeau, 2012), ou seja, encontrar com a cidade implica em praticar seus espaços e, com isso, produzir diferentes sentidos, onde o espaço (material e simbólico) também participa dessa produção. Desta forma, o encontro se faz com e junto, não em ou sobre. Nesta tese-caminhada, apostamos nos encontros com a cidade como agenciadores do cuidado em liberdade.

O início de 2020 marcaria o meu último ato na cidade de São Paulo: meu casamento com Francis Wilker, realizado em uma praça pública da cidade. Para além disso, o começo de 2020 também marcou profundamente a história da humanidade: a pandemia da Covid-19, que levou à aplicação de diversas medidas de isolamento e afastamento social em todo o território nacional. Naquele momento, a relação com as cidades e com os espaços de convívio foi profundamente abalada, ressignificada e atualizada. Habitar a cidade e a própria casa passou a ser uma atividade atravessada por regras do discurso sanitário, pelo risco, pelo medo, pelas disputas de narrativas políticas, pelas possibilidades concretas de vida e morte de cada pessoa singular, sempre atravessada pelas determinações socioculturais de raça, gênero, classe, etnia e outros marcadores sociais das diferenças. Foi nesse contexto que me despedi de São Paulo, casei numa praça pública e mudei para Fortaleza, no Ceará.

5.1.5 A tese e a cidade: encontros com Fortaleza

Assim que cheguei em Fortaleza, busquei me aproximar do movimento social da luta antimanicomial. Em função disso, descobri o Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (FCLA) e iniciei uma participação em algumas reuniões e ações promovidas pelo coletivo. Ainda em meio ao período da pandemia, atuei brevemente no Centro Especializado em Reabilitação II (CER II), colaborando com a estruturação do serviço. Como estávamos em um momento sanitário delicado, atividades que envolvessem aglomerações e circulação de pessoas estavam rigorosamente restringidas. Dessa forma, ações territoriais não puderam ser desenvolvidas durante minha atuação. A convivência social e comunitária, dispositivo tão caro à reforma psiquiátrica, tornou-se, no contexto da Covid-19, um risco de vida.

Em 2022, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) com a proposta de desenvolver esta pesquisa. Ainda sob os efeitos da pandemia, as disciplinas daquele ano foram ofertadas de modo remoto. Imagino como teria sido frequentar as aulas presenciais, contribuir para as discussões com o calor do presente, da partilha de um mesmo tempo e espaço, algo que não foi possível.

Paralelamente, outra experiência era desenhada no horizonte de 2022: a docência temporária no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Na aproximação com a universidade e com a possibilidade de contribuir na estruturação do Projeto Pedagógico do Curso, sugeri uma disciplina optativa intitulada: “Terapia Ocupacional: Poéticas e Resistências nos Espaços Urbanos”, ministrada no primeiro semestre de 2023. A disciplina tinha como objetivos:

Facilitar uma maior compreensão sobre as relações de poder, o funcionamento dos mecanismos de exclusão social e como estes acontecem nos espaços urbanos; identificar as barreiras que dificultam ou impossibilitam o acesso dos diversos públicos atendidos e acompanhados pela terapia ocupacional nos espaços sociais públicos; produzir reflexões e discussões críticas sobre as desigualdades sociais; Explorar a interface de outras linguagens (teatro, produções audiovisuais, arte- performance, cinema, etc.) na prática dos espaços urbanos, na produção de convívio social; Reflexões sobre os processos de enfrentamento à exclusão social e sobre o processo de emancipação social das diferentes populações no diálogo com a cidade.

A vivência proporcionada pela disciplina, desde o planejamento da ementa e do cronograma até as experiências tecidas com estudantes e pessoas convidadas, seja nas discussões em sala, seja no “rolezinho cultural” realizado na região do Dragão do Mar, reverberou na construção das linhas, parágrafos e capítulos que compõem esta tese. Com o abrandamento gradual dos riscos da Covid-19, pude redimensionar o projeto de com o objetivo de realizá-lo de modo presencial. As experiências configuradas a partir da retomada do presencial reposicionaram a etapa de produção de dados para uma abordagem cartográfica, com a perspectiva de acompanhar vivências e processos em saúde mental praticados no espaço urbano por profissionais de saúde mental da rede pública da cidade de Fortaleza.

Nesse cenário, imergi em duas experiências que implicavam encontros com a cidade: o tradicional bloco carnavalesco Doido é Tu e sua saída pelas avenidas em 2023, e as aproximações com o FCLA, especialmente a realização da II Parada do Orgulho Louco, também em 2023. Estes acontecimentos foram disparadores para análises e discussões pertinentes à intersecção entre saúde mental, políticas públicas, espaço urbano, arte e cultura.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E DAS EXPERIÊNCIAS SELECIONADAS PARA A PESQUISA

O Bloco Doido é Tu (BDT) e a Parada do Orgulho Louco são movimentos distintos cuja organização não parte exclusivamente dos serviços que compõem a RAPS de Fortaleza, mas que integram usuários e usuárias, profissionais, gestores e a comunidade em sua composição. Ambos são considerados, nesta tese, movimentos sociais urbanos, pois demandam articulação social e comunitária, entre profissionais da saúde mental, pessoas que frequentam a RAPS, pessoas da comunidade, entre outras, para sua realização. O termo “urbano” refere-se ao fato de que esses movimentos incorporam a própria cidade em sua execução, ocorrendo em praças e ruas de Fortaleza.

A organização desses movimentos resulta da articulação da sociedade civil. O BDT ocorre a partir da Fundação Silvestre Gomes, enquanto a Parada do Orgulho Louco é promovida pelo movimento da luta antimanicomial do Ceará, representado pelo FCLA. Ambos têm como objetivo dialogar e mobilizar os campos da saúde

mental e da cultura enquanto esferas públicas, reafirmando seu valor como direito social cuja efetivação depende de luta e resistência.

Embora partam do campo da saúde mental, as vibrações provocadas por esses acontecimentos são distintas, porém complementares. A Parada do Orgulho Louco é uma manifestação política da luta antimanicomial, enquanto o BDT é uma ação cultural que aproxima saúde mental e cultura. São complementares na medida em que ambos apresentam caráter político e antimanicomial, expressando práticas artísticas e culturais. As particularidades de cada acontecimento serão detalhadas no terceiro percurso desta cartografia, permitindo conhecer e discutir seus modos de organização, mobilização e efeitos no cuidado em saúde mental.

Ao participar desses movimentos, tive acesso a um conjunto de pessoas diretamente envolvidas em sua realização, em sua maioria profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Geral e CAPS Álcool e outras Drogas) que, para além da participação nos movimentos, encontram formas de produzir práticas e intervenções que dialogam com os espaços urbanos no cotidiano dos serviços. As entrevistas-conversas com essas pessoas compõem o segundo percurso da cartografia: as práticas espaciais urbanas produzidas no cotidiano dos CAPS. É por este percurso que iniciaremos a análise.

Para preservar a identidade das pessoas entrevistadas, optamos por substituir seus nomes por figuras e personagens clássicos do carnaval e do maracatu. A seguir, apresento a tabela com as pessoas que colaboraram com a pesquisa:

Quadro 1 – Apresentação dos participantes da pesquisa

Nome	Breve apresentação
Arlequim	Enfermeiro. Possui mais de 24 anos na saúde mental, iniciou como auxiliar de enfermagem em Aracati (2000). Atuou no CAPS Geral Fortaleza (2012). Militante da luta antimanicomial, membro do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (FCLA).
Crispim¹²	Artista plástico, membro do FCLA desde 2011, membro de comissões intersetoriais de saúde mental e do conselho estadual de saúde. Usuário do serviço CAPS com histórico de cerca de 5 internações no hospital psiquiátrico de Messejana, onde refere maus tratos, torturas físicas e psicológicas.
Rei Momo	Participa anualmente das ações do Bloco Doido é Tu desde seu início, acompanhando sua esposa que frequenta o CAPS.

¹² Crispim foi o único nome que não foi alterado por desejo do participante. Durante a entrevista-conversa o mesmo sinalizou que gostaria que mantivesse seu nome, aspecto que foi reforçado por ele em outro momento, deixando sua autorização por escrito e via áudio.

Colombina	Formada em 2009, atua como terapeuta ocupacional desde a graduação. Possui experiências profissionais em equipamentos do SUS e SUAS (CRAS, NASF, CAPS). A experiência no CRAS se deu em uma cidade do interior com grupo de convivência. Sai todos os anos no Bloco Doido é Tu. Atualmente trabalha no CAPS AD.
Dama do Paço	Terapeuta ocupacional com mais de 21 anos de trabalho na saúde mental. Participou dos primeiros momentos da implantação dos CAPS em Fortaleza. Possui experiência na coordenação de CAPS. Atualmente trabalha no CAPS Geral.
Calunga	Terapeuta ocupacional com aproximadamente 19 anos de atuação profissional (CAPS AD, Geral e Infantojuvenil, NASF). Apresenta experiências na coordenação de CAPS e na Secretaria Municipal de Saúde. Colabora com o Bloco Doido é Tu. Atualmente trabalha no CAPS Geral.
Porta-Bandeiras	Educadora física com formação em arteterapia. Ingressou no CAPS em 2009. Trabalha com grupos de arte e de educação física. É uma colaboradora assídua do Bloco Doido é Tu. Atualmente trabalha no CAPS AD.
Abre-Alas	Gestora cultural com experiência na gestão de equipamentos culturais de Fortaleza
Mestre de Bateria	Músico e farmacêutico com 16 anos de saúde mental. Em 2019, recebeu um prêmio pela sua atuação como farmacêutico na interface com a música. No ano de 2023 auxiliou na organização e nos ensaios da bateria do Bloco Doido é Tu. Atualmente trabalha no CAPS AD.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Cabe ressaltar que não é minha intenção tecer um diálogo quantitativo e representativo de toda a Atenção Psicossocial de Fortaleza. Os relatos, comentários, narrativas e aprofundamentos a seguir tem como objetivo ampliar as reflexões e discussões que dizem respeito às práticas que extrapolam os muros institucionais dos serviços e ganham significado por meio do fazer de profissionais e frequentadores do CAPS na interface com os espaços urbanos. Ademais, também não gostaria de desconsiderar a potência e a importância das práticas que são desenvolvidas dentro dos serviços como os grupos, oficinas terapêuticas, acompanhamentos singulares, as situações de crise dentre tantas outras. Minha intenção é colocar uma lupa nas práticas que saem dos serviços, analisá-las e ampliá-las para discussão.

Em consonância com isso, gostaria de frisar que minha trajetória profissional, embora anterior à realização desta pesquisa, está profundamente entrelaçada com tudo o que ela produziu. Trata-se de um gesto que antecede, mas também atravessa e compõe esta cartografia, uma vez que estou implicado em cada etapa de sua construção.

5.2.1 Resultantes das entrevistas-conversas

Todas as nove pessoas entrevistadas possuíam um vínculo estreito e prolongado com o campo da Saúde Mental de Fortaleza, seja pelo trabalho na Atenção Psicossocial, pela gestão dos serviços, pela militância na luta antimanicomial, pelas iniciativas de arte e cultura, ou ainda, como usuárias e usuários dos serviços. As entrevistas-conversas tinham um caráter não estruturado, mas eram guiadas pela curiosidade de investigar os mecanismos das práticas espaciais urbanas, aprofundando as perspectivas das pessoas entrevistadas. Proponho sistematizar os dados produzidos ao longo desta cartografia em três percursos, cada qual apresentando um ritmo e fluxo próprios para descrever aspectos de uma dimensão que estrutura as práticas espaciais urbanas no contexto da Atenção Psicossocial.

O primeiro percurso se inclina para uma **dimensão histórico-política**, fazendo emergir os movimentos, os conflitos e as lutas que culminaram na consolidação da Atenção Psicossocial em Fortaleza.

O segundo percurso atravessa **a dimensão molecular e cotidiana** do trabalho na Atenção Psicossocial, onde serão discutidos os mecanismos que sustentam as práticas espaciais urbanas das pessoas entrevistadas em seu cotidiano de trabalho, trazendo reflexões sobre a importância da participação sociocultural, do exercício de autonomia e da cidadania no contexto da Atenção Psicossocial, no dia a dia das práticas de cuidado e do funcionamento dos equipamentos substitutivos. Para este percurso, as entrevistas com os profissionais sobre suas práticas junto aos usuários e aos espaços urbanos serão nossas principais fonte de informações.

O terceiro percurso aponta para **a dimensão sociocultural e artística em sua interface com as práticas de cuidado**. Nele, as experiências selecionadas, a construção do bloco carnavalesco Doido é Tu e as atividades da II Parada do Orgulho Louco, serão analisadas em sua vivência em ato, na suspensão do cotidiano anteriormente investigado. Neste terceiro e último percurso, o diário de campo, as entrevistas e os registros fotográficos se entrelaçam na construção textual.

6 PERCURSO I - DIMENSÕES HISTÓRICAS DAS PRÁTICAS ESPACIAIS URBANAS: POLÍTICAS PÚBLICAS E LUTA ANTIMANICOMIAL EM FORTALEZA

Um dos elementos centrais que resultaram das entrevistas-conversas e de nossos levantamentos bibliográficos foi a dimensão histórica da construção da reforma psiquiátrica no Ceará. Gostaria de sintetizar esse ritmo histórico e, junto a alguns participantes da pesquisa, destacar aspectos da implementação da Atenção Psicossocial no estado do Ceará e, de modo mais específico, em Fortaleza, sua capital.

Pontes, Souza e Fraga (1995) e Sampaio *et al.* (2011) ressaltam que o movimento de reforma psiquiátrica no Ceará teve origem em algumas cidades do interior para, posteriormente, alcançar a capital. Fortaleza apresentou um movimento de resistência e demorou a aderir aos avanços jurídicos da reforma psiquiátrica, especialmente no que diz respeito à consolidação dos serviços substitutivos à lógica manicomial.

“Inclusive porque a experiência daqui [Fortaleza], ela foi baseada na experiência do interior. Porque a rede de saúde mental, você já deve ter visto várias pessoas falando nisso em algum momento. Ela teve aquele momento que, de outras políticas, começa na capital e capilariza. E na saúde mental foi diferente. Começou no interior e foi para a capital. Então, a capital, ela copiou muitas coisas inicialmente do interior”.

Arlequim

Antes da inauguração dos serviços substitutivos, a assistência em Saúde Mental se restringia em longas internações nos hospitais psiquiátricos cuja maioria foi criada durante a ditadura militar. Esse período favoreceu a expansão da lógica manicomial em todo Brasil, consolidando uma lógica de cuidado (manicomial) centrada na institucionalização das pessoas (Paulin, Turato, 2004; Sampaio, 1988).

No Ceará, a maior parte das instituições psiquiátricas fundadas nesse contexto, um Manicômio Judiciário (interditado em 2024) e mais seis hospitais psiquiátricos privados, conveniados com a Previdência Pública, estavam localizados na capital, Fortaleza (Pontes; Souza; Fraga, 1995; Sampaio *et al.*, 2011; Santos, 2018).

Eles se constituíram como importantes fontes de lucro para os empresários do setor de saúde, o que explica a rapidez com que, em menos de uma década, a maioria dos hospitais privados do Ceará foram criados. Isso começou a mudar em torno de 1974, início do declínio da psiquiatria como prioridade do setor saúde (Santos, 2018, p. 53).

Os primeiros avanços nas políticas de saúde mental no estado podem ser encontrados na Lei Orgânica de Iguatu-CE (1990), que no capítulo Saúde incorpora algumas diretrizes alinhadas à reforma psiquiátrica, especialmente nos artigos 148 e 149. O artigo 148 proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e o artigo 149 estabelece os serviços que assegurarão a assistência em saúde mental da população, incluindo hospital-dia, hospital-noite, CAPS, lares e pensões protegidas.

Diferentes fontes (Pontes; Souza; Fraga, 1995; Sampaio *et al.*, 2011; Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016; Santos, 2018) afirmam que, em 1991, em Iguatu¹³, foi inaugurado o primeiro CAPS do Nordeste, cerca de onze anos antes da promulgação da Lei Federal nº 10.216, reconhecida como a lei da reforma psiquiátrica. Posteriormente, outros quatro CAPS foram inaugurados no interior do estado¹⁴, o que retrata “uma correlação de forças mais favorável à reforma do que a realidade de Fortaleza. Na capital, a resistência dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados, entre outros fatores de ordem política, tem retardado a reforma” (Pontes; Souza; Fraga, 1995, p. 299).

Um fato importante documentado na pesquisa de Beatriz Santos (2018) sobre o movimento antimanicomial do Ceará foi uma reportagem do Diário do Nordeste, jornal de circulação regional, que comemorava oito anos da instalação do CAPS de Iguatu e destacava um dado relevante: “[...] nos anos seguintes houve uma redução de 90% no número de transferência de pacientes para a unidade hospitalar da cidade do Crato” (CAPS, 1999, p. 2 *apud* Santos, 2018).

¹³ O CAPS de Iguatu foi inaugurado quatro anos após a inauguração do primeiro CAPS do Brasil “Professor Luiz da Rocha Cerqueira”, localizado em São Paulo.

¹⁴ Canindé e Quixadá, em 1993; Icó e Cascavel, em 1995; Aracati, em 1997; Sobral, em 2000 (Santos, 2018).

Figura 3 – Reportagem do Diário do Nordeste



Fonte: Santos (2018)

Como consequência da reconfiguração socioassistencial do cuidado em saúde mental, impulsionada pela inauguração dos CAPS nas cidades do interior do estado, a reportagem aponta que as internações hospitalares na região do Crato sofreram uma redução de aproximadamente 90%. Esse cenário representa não apenas uma mudança significativa no modelo de atenção em saúde mental, mas também gerava impacto direto na lógica empresarial que sustentava os hospitais psiquiátricos. Para os proprietários dessas instituições, a queda no número de internações significava uma redução nos lucros, desestabilizando um modelo econômico que, por décadas, se consolidou à custa da institucionalização da loucura.

O primeiro emprego de Arlequim, nosso entrevistado, foi na cidade de Aracati, bem no início da implementação dos serviços e práticas substitutivas. Ele nos apresenta um cenário que nos permite entrever a mudança de paradigmas

vivenciada no cotidiano dos serviços, mostrando alguns efeitos das práticas desenvolvidas na cidade.

“Aracati foi uma das referências de saúde mental no início da proposta territorial e comunitária, de criação de CAPS, implantação de serviços comunitários, então Aracati foi uma das referências na época. [...] A gente via usuários que até um tempo atrás ficavam presos em correntes, dentro de casa, ou em quartos com grades. Naquele quartinho que, algumas vezes, era com grade. E depois a gente estava vendo essa pessoa indo sozinha para o CAPS, porque o CAPS era na região central de Aracati, na rua histórica”.

Arlequim

Um aspecto que Arlequim destaca em sua fala é a localização espacial estratégica dos CAPS. O serviço não ficava à parte da cidade; pelo contrário, encontrava-se na região central, facilitando o acesso da população. Apesar dos avanços que os CAPS protagonizavam no interior do estado, os empresários proprietários dos hospitais psiquiátricos resistiam aos avanços nas políticas públicas de saúde mental na capital, Fortaleza (Pontes; Souza; Fraga, 1995). A lógica manicomial, operacionalizada dentro dos hospitais psiquiátricos, ganhou uma parceria importante para sua manutenção: a lógica empresarial. Essa aliança manicomial-empresarial, na qual a produção de lucro se sobrepunha à produção do cuidado, alinhava-se ao ideário neoliberal frequentemente associado à mercantilização e privatização de bens públicos como a saúde.

Safatle, Silva Júnior e Dunker (2023, p. 11) apontam o neoliberalismo também “como uma forma de vida definida por uma política para nomeação do mal-estar e por uma estratégia específica de intervenção com relação ao estatuto social do sofrimento”. Nessa linha, os hospitais psiquiátricos funcionavam a partir de uma visão empresarial, onde o cuidado era individualizado, apreendido, dirigido e avaliado, tal como acontece em uma empresa. Essa lógica, centrada no isolamento e na segregação, contrapunha-se à organização dos processos de trabalho que estavam acontecendo nos CAPS, que partiam de uma perspectiva interdisciplinar, questionavam a hegemonia médico-psiquiátrica da época e produziam estratégias e tecnologias de cuidado em saúde mental enlaçadas com o território e com a comunidade, como aponta Arlequim.

“Nesse período também já tinha entrado outros profissionais, tinha uma psicopedagoga, tinha terapeuta ocupacional, tinha enfermeira. [...]. Essa aproximação com a gente [equipe interprofissional] facilitava o entendimento deles [família e comunidade] de que a gente estava propondo um cuidado diferente. Um cuidado melhor diante tudo que acontecia, do isolamento, das violências. E a gente fazia isso de uma outra forma: garantindo a pessoa lá na casa dela, com a família. Isso facilitava a participação das pessoas, facilitava a compreensão da própria sociedade em si”.

Arlequim

Com o avanço das pautas da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial e da ampliação dos serviços substitutivos em todo o Brasil, a resistência dos hospitais psiquiátricos foi enfraquecendo e, associada à emergência de outros elementos, favoreceu a instauração de frestas que possibilitaram a construção dos primeiros serviços substitutivos em Fortaleza. Para análise, destaco três desses elementos.

O primeiro é a Lei Estadual nº 12.151, de julho de 1993, de autoria de Paulo Mamede. A segunda lei estadual do Brasil com as diretrizes da reforma psiquiátrica foi implementada no Ceará e instituiu a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos, a implementação de serviços substitutivos e a regulamentação das internações psiquiátricas compulsórias:

Fica proibido no território do estado do Ceará a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais [...]. No prazo de cinco anos, contados da publicação desta lei, os hospitais psiquiátricos existentes deverão adaptar-se ao disposto na presente lei. [...] O Conselho Estadual de Saúde, quando da adaptação dos hospitais existentes, observará, sempre que possível, critérios de atendimento a que os hospitais psiquiátricos se destinavam (Ceará, 1993, p. 28).

O segundo elemento foi a morte de Damião Ximenes Lopes, que, em outubro de 1999, faleceu vítima de maus-tratos e violência no quarto dia de sua internação na Casa de Repouso Guararapes, na cidade de Sobral-CE. O caso ganhou repercussão nacional e levou à condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), da qual o país é signatário.

O Fórum, então, em conjunto com a Comissão e com a participação ativa de um familiar de Damião Ximenes, Irene Ximenes, iniciou uma campanha nacional de divulgação das provas do teor das denúncias apresentadas pela família, resultando, após quatro meses da morte, na intervenção do hospício – Casa de Repouso Guararapes – em que, através de sindicâncias, foram identificados maus tratos e até violência como abuso sexual de pessoas internadas (Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, 2011, p. 1).

O terceiro elemento histórico foi a criação do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (FCLA) no ano 2000. O FCLA reunia usuários e profissionais da saúde mental do interior e da capital e mostrou-se ativo nos processos envolvendo denúncias de morte e maus-tratos, pressionando a gestão para o fechamento de hospitais psiquiátricos e ampliando o debate sobre as questões do cuidado em saúde mental, convocando tanto a administração pública quanto a sociedade civil.

Sob essa ótica, acredito que a articulação entre os avanços jurídicos, por meio da criação de leis estaduais e federais; as denúncias das condições insalubres, da iatrogenia e das violações de direitos humanos nos hospitais psiquiátricos; e a criação e fortalecimento dos movimentos sociais antimanicomiais configuraram um cenário propício para o enfrentamento da lógica manicomial, ainda resistente em Fortaleza, favorecendo o surgimento dos primeiros serviços substitutivos na capital cearense.

Diferentemente do ocorrido em algumas cidades do interior, onde a implementação dos serviços substitutivos esteve sob a gestão municipal, o primeiro CAPS da capital surgiu em 1998 e estava vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC). Foi a universidade, uma instituição federal, que viabilizou o início dos serviços substitutivos na cidade. Quais os motivos que impediram a gestão municipal e estadual de Fortaleza de iniciar a implementação desses serviços? Nunes, Guimarães e Sampaio (2016, p. 1215) apresentam algumas pistas: “Na capital, Fortaleza, havia hegemonia do modelo psiquiátrico clássico, cristalizado na existência de sete hospitais psiquiátricos, razão pela qual somente em 1998 foi implantado o primeiro CAPS, seguido de mais dois em 2001¹⁵”.

A criação de três CAPS na cidade foi elemento central para iniciar a mudança de paradigma na saúde mental. Nesse período ocorreram as primeiras contratações na área, garantindo a presença de profissionais diversos, integrantes das equipes interdisciplinares dos serviços substitutivos de base territorial e comunitária. Dama do Paço e Calunga foram duas das primeiras terapeutas ocupacionais a integrar as equipes dos CAPS no contexto da criação desses primeiros equipamentos. Esse marco representou avanço na consolidação da Atenção Psicossocial na cidade, embora ainda insuficiente diante da grande demanda em saúde mental e dos desafios estruturais e políticos que dificultavam a

¹⁵ Em 2001 foi promulgada a Lei Federal Nº 10.216 que instituiu as principais diretrizes para a reforma psiquiátrica em todo o território nacional (Brasil, 2001).

implementação da reforma psiquiátrica. Afinal, a maior parte dos hospitais psiquiátricos e instituições asilares ainda estavam em funcionamento.

A partir de 2005, com a mudança no cenário político da gestão municipal de Fortaleza, houve uma decisão técnico-política que favoreceu a ampliação da “rede de serviços substitutivos, mediante a implantação de 11 novos CAPS, totalizando 14 equipamentos dessa natureza” (Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016, p. 1215). A mudança na gestão municipal parece ter sido fundamental para inaugurar um novo período na saúde mental em Fortaleza. Esse aspecto nos leva a refletir que a dimensão política é essencial para a expansão dos serviços substitutivos e a implementação da Rede de Atenção Psicossocial.

6.1 ENTRELAÇOS: FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL DE FORTALEZA

Agora, avançaremos para um outro trecho deste primeiro percurso. Até aqui, percorremos algumas paisagens históricas que revelaram aspectos da disputa política sobre os paradigmas do cuidado em saúde mental na capital cearense. De um lado, a lógica manicomial, sustentada pelos empresários dos hospitais psiquiátricos, que defendiam um modelo de assistência centrado na hegemonia do saber médico-psiquiátrico, na institucionalização do cuidado, na segregação das pessoas em relação à cidade e no afastamento de suas famílias e comunidades. De outro, a partir da implementação dos CAPS, emergiram as primeiras experiências de Atenção Psicossocial no interior do Ceará, mostrando que o cuidado em saúde mental pode se articular de outras formas, por meio do trabalho interprofissional e do estreito diálogo com os territórios e comunidades onde as pessoas vivem.

No contexto de Fortaleza, esse período pode ser compreendido como a primeira fase da Atenção Psicossocial (1991-2005), iniciada com a implementação dos serviços no interior do estado, os quais, de certa forma, pressionaram a capital a consolidar sua própria rede. Esse momento foi marcado por resistências, denúncias, avanços, articulações e organização de trabalhadores, usuários e familiares que fortaleceram os movimentos da luta antimanicomial, culminando na criação do FCLA.

Nesse sentido, o período de 2005 a 2012 pode ser considerado a segunda fase da Atenção Psicossocial em Fortaleza. Durante esses anos, diversas iniciativas

ganharam relevo dentro do campo da saúde mental, entre elas destaco: a criação de nove CAPS; a incorporação de profissionais e militantes da saúde mental nas coordenações dos serviços; e o desenvolvimento de ações que dialogavam com arte, cultura e cidade, como o Projeto Arte e Saúde e a criação do bloco carnavalesco Doido é Tu.

Como demonstrado anteriormente, Fortaleza apresentou certa resistência em aderir aos avanços da reforma psiquiátrica, talvez pela presença massiva de grandes hospitais psiquiátricos em sua região metropolitana, somada a entraves na gestão municipal. Acredito que esses foram alguns dos aspectos que retardaram e dificultaram os avanços da reforma psiquiátrica na capital. Entretanto, esse cenário começou a se transformar à medida que houve mudanças na gestão municipal de Fortaleza.

Cinco das nove pessoas entrevistadas apontaram que foi durante a gestão de Luizianne Lins¹⁶, prefeita de Fortaleza pelo Partido dos Trabalhadores entre 2005 e 2012, que houve uma expansão significativa na criação dos CAPS, que passaram de três para doze e na produção de práticas e experiências inovadoras para a Saúde Mental no Ceará. Movimentos fundamentais para a implementação e estruturação da Rede de Atenção Psicossocial, quando os serviços substitutivos e as próprias diretrizes da reforma psiquiátrica passam a integrar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

“Em oito anos só fizeram dois [na verdade, seriam três]. Ela [Luiziane] fez nove em quatro. Existe uma coisa que a gente chama de interesse público. Era de interesse público, naquela época, trabalhar com saúde mental. Hoje, parece que não”.

Mestre de Bateria

A implementação desses nove serviços públicos não dependia exclusivamente da prefeitura municipal, sendo necessário contar com uma série de articulações políticas em diferentes esferas (municipal, estadual e federal) para viabilizar sua criação. O cenário regional alinhava-se ao nacional, que também

¹⁶ Luizianne de Oliveira Lins nasceu em Fortaleza-CE em 18 de novembro de 1968. Jornalista e professora universitária, filha de mãe professora e pai militar. Cresceu no bairro da Maraponga e tem três irmãos e um filho. Deputada Federal pelo Partido dos Trabalhadores (PT), prefeita de Fortaleza por duas gestões seguidas (2005-2012). Ocupa, desde 2015, a relatoria da Comissão de Combate à Violência contra a Mulher do Congresso Nacional (PT, 2025).

favorecia a luta antimanicomial, na qual a proposta da Atenção Psicossocial estava sendo gestada por meio das práticas que aconteciam nos serviços substitutivos.

Contraditoriamente, não houve concurso público específico para a saúde mental de Fortaleza nesse período, aspecto que contrasta com a consolidação de iniciativas que fortaleciam a Atenção Psicossocial da cidade (criação de CAPS, iniciativas e práticas intersetoriais). Pelo que pude investigar e pelo que foi relatado pelas participantes, apenas dois concursos públicos foram realizados para a saúde mental de Fortaleza: um no primeiro período da Atenção Psicossocial, entre 2000 e 2005, e outro em 2018. Durante um intervalo de aproximadamente 15 anos sem concurso público, a contratação de profissionais ocorria principalmente por meio de contratos temporários, sujeitos à descontinuidade a cada mudança de gestão.

Entrevistador: *“E só teve aquele concurso de 2000?”*

“É, aí houve esse de 2018. Dezoito anos depois que foi ter esse concurso. Aí com muita luta que teve uma chamada pequena de profissionais, chamaram 63 profissionais, com a gente tentando explicar o quanto é importante ter profissionais concursados dentro do serviço. O quanto é importante, né? Então, porque assim, apesar de que a Luziane não ter feito concurso na época, mas não se mexia nos profissionais dessa época. Apesar que foi um erro dela, que eu reconheço que foi um erro, ela não ter feito o concurso na época dela, mas realmente tinha essa preocupação de não mexer. E aí, com muita luta por esse chamado, houve esse entendimento. E eu acredito agora que a rede vai ficar mais fortalecida com a chamada desses profissionais”

Calunga

Essa instabilidade poderia impactar diretamente na manutenção das ações culturais propostas, uma vez que, como Calunga percebe, a alta rotatividade nos CAPS prejudicava o acompanhamento das demandas dos usuários. No entanto, a profissional ressalta que, durante a gestão de Luizianne Lins, os trabalhadores da saúde mental eram mais fixos, ou como ela prefere: *“não se mexia nos profissionais dessa época”*, o que dificultava a rotatividade, dando maior estabilidade e continuidade às práticas e iniciativas formuladas.

O alinhamento com a gestão da prefeitura proporcionou uma abertura política que, segundo Arlequim, permitiu que integrantes do movimento antimanicomial e profissionais com experiência em saúde mental ocupassem espaços estratégicos na gestão municipal e dos serviços recém-criados. Calunga,

Dama do Paço e Mestre de Bateria relataram ter atuado na coordenação dos CAPS, contribuindo diretamente para a consolidação dessas políticas.

“Depois do CAPS Infantil [da coordenação], eu fui convidada para ir para o CAPS da Regional X, onde eu estou há 13 anos. Eu fui convidada para coordenar. E é lá onde eu estou até hoje. Saí da coordenação de lá e permaneci como profissional”.

Calunga

“Elas vieram e colaboraram na ampliação, na construção da rede que a gente tem hoje. Hoje [2023] ampliou-se mais algumas coisas, mas poucas diante da ampliação que teve na época, que nós tínhamos acho que três CAPS aqui e de repente pulou para doze CAPS.[...]”

A grande maioria das pessoas que estavam nos espaços de gestão, eram pessoas do movimento. [...] O que eu observava na época era que a maioria das pessoas que ocupavam esses espaços [de gestão], eram pessoas da militância. Se você parar para observar, isso faz uma diferença, né? Na condução do serviço, na condução dos processos de trabalho. No modo do cuidado com as pessoas que de saúde mental”.

Arlequim

O segundo período da Atenção Psicossocial em Fortaleza (2005-2012) desempenhou um papel central na transformação do cuidado em saúde mental, não apenas por garantir maior estabilidade aos profissionais, mas também por incorporar à gestão municipal pessoas com experiências diretas nos serviços substitutivos. Entre elas, destacam-se profissionais que haviam atuado em CAPS do interior e militantes dos movimentos sociais antimanicomiais. Essa composição gestora, formada por sujeitos envolvidos na luta pela reforma psiquiátrica, favoreceu a consolidação da Atenção Psicossocial na cidade e possibilitou a criação e o fortalecimento de práticas inovadoras, como as ações culturais intersetoriais.

A inserção desses profissionais na gestão ampliou o reconhecimento da importância dos CAPS e fortaleceu a articulação entre saúde mental, cultura e direitos humanos. Esse alinhamento resultou na implementação de iniciativas culturais, como o Projeto Arte e Saúde e o Bloco Doido é Tu, exemplos de como a produção cultural pode atuar como dispositivo potente no cuidado em saúde mental, especialmente em sua interface com a participação sociocultural de usuários e usuárias dos serviços.

De acordo com Benevides (2007), os direitos humanos são classificados em três dimensões: a primeira, caracterizada pelas liberdades individuais ou direitos civis e sociais; a segunda, pelos direitos econômicos, sociais e culturais, ligados ao

mundo do trabalho e econômico; e a terceira, referente aos direitos coletivos da humanidade, desta e das gerações futuras, como o direito à cidade, ao meio ambiente, à paz, ao patrimônio científico, cultural e tecnológico, à democracia e à saúde, entre outros (Benevides, 2007).

No bojo da saúde mental, Amarante *et al.* (2012) afirmam a aliança entre a dimensão sociocultural e as estratégias para transformação do lugar social da loucura. Silva *et al.* (2016) também fortalecem a produção intelectual nessa interface, apontando diversas iniciativas brasileiras como exemplos concretos de articulação entre loucura, cidade, cultura e direitos humanos. Dentre essas estratégias, destacam-se a implementação dos Centros de Convivência e a ampliação dos empreendimentos solidários, as cooperativas sociais e iniciativas de geração de renda previstas na RAPS.

Nesse período, em Fortaleza, foi criado o projeto Arte e Saúde, uma iniciativa integrada à política de saúde mental do município, como parte efetiva da Coordenação do Colegiado de Saúde Mental. Segundo Liberato e Dimenstein (2013), esse projeto apresentava dois grandes eixos: a integração de artistas da cidade nas equipes interprofissionais dos CAPS e a preocupação formativa, favorecendo espaços de capacitação desses e de outros profissionais interessados na articulação entre arte, cultura e cuidado em saúde mental.

A aposta na integração de artistas no cotidiano dos serviços, somada aos encontros formativos, favorecia a formação de agentes culturais¹⁷ (equipe interprofissional), preocupados com o fomento de ações culturais e suas repercussões na produção de cuidado em saúde mental, a partir da participação sociocultural de usuários e usuárias do serviço. O projeto Arte e Cultura exemplifica a fertilidade do encontro intersetorial, entre arte, cultura e saúde mental “visando viabilizar e dinamizar os processos em grupos terapêuticos nos CAPS, utilizando as variadas expressões artísticas, sendo executado por artistas, arteterapeutas, arte-educadores e profissionais de saúde mental com formação em arteterapia” (Coqueiro; Vieira; Freitas, 2010, p. 860).

Esse período trouxe um elemento central para esta cartografia: os encontros entre os campos da saúde mental e das artes e cultura, especialmente quando essa

¹⁷ “Aquele que, sem ser necessariamente um produtor cultural, envolve-se com a administração das artes e da cultura, proporcionando condições para que outros criem ou inventem seus próprios fins culturais” (Coelho, 2012, p. 51).

aproximação produz vetores de saída dos serviços para se entrelaçar com a vida urbana de Fortaleza. Esses encontros se refletem na produção de tecnologias e estratégias de cuidado em saúde mental implicadas com a participação sociocultural das pessoas assistidas pelos serviços recém-implementados.

Os elementos que emergem a partir desses encontros são historicamente reconhecidos, sobretudo por sua potência antimanicomial e pelos efeitos que geram na produção de cuidado. As práticas artísticas e culturais nos serviços substitutivos podem ser grandes aliadas na desconstrução da lógica manicomial, sejam elas realizadas dentro dos CAPS ou fora deles. A produção de sensibilidades, o desenvolvimento de habilidades, a construção de identidades singulares e coletivas, a comunicação e expressão de sentimentos, o conhecimento sobre si e sobre o outro, as ativações do comum, todos esses são elementos que podem ser agenciados a partir de experiências e práticas artísticas e culturais.

Lima e Pelbart (2007) realizaram uma pesquisa cartográfica e arqueológica para investigar as intersecções históricas entre os campos da saúde mental e da arte. Os autores resgatam diferentes formas pelas quais as experiências artísticas emergiram no contexto histórico da loucura, seja por meio da produção de artistas internados em instituições psiquiátricas, como nas obras de Arthur Bispo do Rosário e Qorpo Santo, ou pelo trabalho de Osório César e Nise da Silveira, que exploraram as potencialidades da arte dentro das instituições. Além disso, destacam as experiências artísticas de pensadores e criadores como Nietzsche, Antonin Artaud e Van Gogh, cujas obras dialogam com a intensidade de suas subjetividades.

No que diz respeito ao contexto contemporâneo, os autores reafirmam as contribuições das artes para a reforma psiquiátrica brasileira:

Busca-se, através da arte, tematizar as oposições saúde e doença, normal e patológico, loucura e sanidade. Hoje, as práticas de desinstitucionalização atravessam os muros do hospital, invadem a cidade e passam a intervir nas redes sociais e na cultura, buscando desfazer 'manicômios mentais'. Um número cada vez maior de ações territoriais visa construir novas possibilidades no campo das trocas sociais e da produção de valor, buscando criar novas comunidades e outras sociabilidades (Lima; Pelbart, 2007, p. 729).

A esse respeito, os agenciamentos provocados pelas experiências artísticas e culturais, para além de seus efeitos na produção de subjetividade e de saúde mental, operam um vetor importante para esta cartografia: as saídas dos serviços

para o encontro com os espaços públicos da cidade. Entretanto, serão refletidas com mais intensidade as práticas que instauram vetores de saída da instituição e se preocupam com a participação sociocultural das pessoas, especialmente em seu entrelaçamento com os espaços da cidade.

Segundo Coelho (2012), uma ação cultural envolve a articulação de recursos humanos e materiais, em que agentes culturais (previamente preparados) oportunizam a produção e a fruição artístico-cultural.

Propõe-se, diversamente, a fazer a ponte entre as pessoas e a obra de cultura ou arte para que, dessa obra, possam as pessoas retirar aquilo que lhes permitirá participar do universo cultural como um todo e aproximarem-se umas das outras através da invenção de objetivos comuns. Nesse sentido, o termo criação é tomado em seu sentido mais amplo: não se refere apenas à construção de uma obra, a sua elaboração física, mas também ao desenvolvimento das relações entre as pessoas e uma obra – e das pessoas entre si através da obra – que permitirão a apreensão mais larga possível do universo da obra e a ampliação dos universos pessoais. Para esse entendimento de ação cultural, termos como “público” ou “clientela” são, mesmo, inadequados: o enfoque assumido permite apenas falar-se em “pessoas” cuja dimensão criativa (no duplo sentido indicado) será estimulada (Coelho, 2012, p. 42).

Coelho (2012) compreende que as ações culturais podem ser subdivididas em pelo menos quatro fases, níveis ou circuitos: produção, distribuição, troca e uso. A “produção” gira em torno da criação efetiva de obras de cultura e arte, abrangendo tanto o público profissional quanto o amador. A “distribuição” busca viabilizar a circulação dessas obras, garantindo seu acesso em diferentes espaços públicos da cidade, como cinemas, teatros, galerias, museus, praças, bibliotecas etc. O “circuito de troca” concentra-se em possibilitar que o público tenha acesso às obras por meio de subsídios ou financiamento parcial, como no caso do preço de livros ou ingressos para eventos culturais. Por fim, o “uso” envolve a fruição de determinada experiência ou obra artística, estimulando a compreensão de seus aspectos formais, sociais e de conteúdo, o que pode ocorrer por meio de catálogos, programas de apresentação e demais estratégias de mediação que buscam favorecer uma melhor comunicação e compreensão junto aos diferentes públicos que participam das experiências artísticas e culturais.

Considerando essa perspectiva, as ações culturais apresentam mecanismos que atuam no diálogo com os espaços urbanos e podem colaborar para a criação de um território comum e compartilhado entre diferentes atores (usuários dos serviços,

profissionais e espaços urbanos, por exemplo), com a potência de ampliar os repertórios culturais e ocupacionais das pessoas envolvidas, superando uma leitura de clientela e assumindo os direitos culturais como via do cuidado em saúde mental.

Pensar nos direitos culturais da população assistida pelos CAPS vai além da produção de obras ou da criação artística. É necessário considerar a participação das pessoas em todos os circuitos de uma ação cultural. A distribuição também é fundamental; é importante refletir sobre como as produções artísticas podem ser disseminadas, seja por meio de exposições, saraus, apresentações ou outras práticas de circulação, especialmente quando alcançam públicos além da comunidade dos CAPS.

O ingresso é fundamental, pois lidamos com uma diversidade de situações socioeconômicas, especialmente pessoas em situação de vulnerabilidade social que dificilmente teriam condições de acessar experiências artísticas pagas. Pensar na gratuidade da experiência artística torna-se, portanto, essencial.

As trocas também são importantes, pois a contemplação e a fruição geradas pelo encontro com a arte e a cultura favorecem as relações interpessoais, a sociabilidade e a convivência. Nesse sentido, as provocações surgidas das ações culturais promovidas pelo Projeto Arte e Saúde podem oferecer pistas para a construção de tecnologias que incentivem a participação sociocultural, tanto no contexto mais amplo da Atenção Psicossocial quanto de forma mais específica na terapia ocupacional.

Compreendemos que terapeutas ocupacionais atuam historicamente como agentes culturais, pois, no contexto de sua atuação profissional, mobilizam diferentes circuitos de ações culturais junto às pessoas assistidas, seja na criação e distribuição de uma obra, processo, vivência ou experiência artística, seja favorecendo espaços de troca e fruição. Esses movimentos produzem efeitos terapêuticos, mas também exercitam a garantia dos direitos culturais das pessoas.

Os artistas que integravam as equipes dos CAPS não atuavam seguindo a lógica de oficinairos ou de arteterapeutas; sua principal função era favorecer a produção de ações culturais. Abre-Alas, com experiência na gestão cultural da cidade, colaborou na consultoria deste projeto:

“Então, havia todo um movimento no sentido de integrar artistas às equipes dos CAPS. E vários artistas, compondo esse projeto, foram para os CAPS no intuito de fazer uma ação que seria muito mais uma ação cultural, de articulação, de animação cultural, do que de arte terapia. A gente, inclusive, dizia: Não. Vocês não estão lá para fazer arteterapia, vocês estão para criar oportunidades de criação e expressão artística e de fazer a relação entre o CAPS e a comunidade. Então, a gente fez várias ações, poesias em volta da fogueira, várias ações”.

Abre-Alas

Desse modo, o Projeto Arte e Cultura aproxima campos distintos (saúde, arte e cultura) para a produção do cuidado. O ingresso de artistas nas equipes interprofissionais fortaleceu ainda mais a dimensão cultural do trabalho na Atenção Psicossocial, de onde emergiram diferentes práticas comunitárias que consideravam os espaços urbanos, afinal, as ações culturais estão diretamente associadas à cidade. Assim, as equipes indicavam que as contribuições da arte e da cultura vão para além de sua instrumentalização como recurso terapêutico, atuando como agenciadoras de encontros com a cidade, de participação sociocultural e do exercício da cidadania.

Entrelaçado ao Projeto Arte e Cultura, surge mais um elemento artístico-cultural de nossa cartografia, que será melhor explorado no terceiro percurso desta tese-caminhada: o Bloco Doido é Tu. O BDT, assim como o Projeto Arte e Saúde, é um exemplo de prática intersetorial, pois mobiliza os setores da saúde e da cultura. Ou seja, sua realização é mediada por políticas públicas de ambos os campos. Sua gestão se dá de modo compartilhado, com um comitê gestor composto por um familiar, um usuário dos serviços e um profissional de cada um dos quatorze CAPS de Fortaleza (Prefeitura Municipal de Fortaleza, s.d.).

Foi também nesse período que outra articulação intersetorial pôde ser realizada. Os CAPS de Fortaleza já contaram com um ônibus institucional, viabilizado por meio de um convênio entre a Secretaria de Saúde (coordenação de saúde mental) e a Secretaria de Educação. Essa parceria permitia que os profissionais tivessem acesso ao ônibus utilizado para o transporte de estudantes nos períodos em que ele não estivesse em uso escolar.

“A gente tinha uma parceria com a Secretaria de Educação que disponibilizava ônibus, inclusive os ônibus que levava as crianças. Mas como levava as crianças cedo e só pegava 11 horas, 12, a gente nesse tempo solicitava o ônibus e os ônibus vinham”.

Dama do Paço

Entrevistador: *“Para qualquer intervenção que vocês realizassem?”*

*“Qualquer, eu fui pra Sabiaguaba, tomar banho de praia. Beiramar, jardim japonês, sabe?
Eu fui pra Ponte Metálica”...*

Dama do Paço

“E aí, a Educação fornecia ônibus que a gente [os/as trabalhadores/as] poderia levá-los [usuários/as]. Os ônibus levavam os alunos para as escolas e nos intervalos a gente utilizava esses ônibus para levar e trazer a gente”.

Calunga

Como observado nos relatos anteriores, o transporte institucional ampliou e facilitou a realização de encontros com espaços da cidade de Fortaleza que eram mais distantes dos CAPS. As viagens tinham como objetivo a produção de atividades de lazer, cultura e convivência em locais pouco frequentados pelos usuários, mais distantes de seus bairros. Um exemplo mencionado por uma das profissionais são as visitas à Ponte Metálica, também conhecida como Ponte dos Ingleses, localizada à beira-mar. Esse espaço, bastante presente na cultura de Fortaleza, é frequentado por diversos grupos, incluindo jovens que fazem da ponte um lugar para praticar saltos ao mar. Reflexões e problematizações sobre a utilização do ônibus como veículo que atravessa as práticas espaciais urbanas na Atenção Psicossocial serão retomadas como analisador no segundo percurso de nossa caminhada.

Durante o segundo período da Atenção Psicossocial em Fortaleza, as pessoas com quem entrevistei-conversei estavam, cada uma à sua maneira, entrelaçadas com o que acontecia no campo da saúde mental da cidade. A prática profissional das trabalhadoras e dos trabalhadores será melhor desenvolvida em nosso próximo percurso.

6.2 UM TERCEIRO PERÍODO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM FORTALEZA?

Poderíamos falar em um terceiro período (2013–2025) da Atenção Psicossocial em Fortaleza? Talvez. Mais dois CAPS foram inaugurados, completando os quatorze CAPS da cidade. Segundo está registrado no *site* oficial da prefeitura (2025), atualmente a Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza conta com seis CAPS Gerais Adultos, sete CAPS Álcool e outras Drogas (sendo dois deles

CAPS III, com funcionamento 24 horas), vinte e quatro leitos em hospitais gerais para o público infantojuvenil e doze para a população adulta e idosa e, por fim, apenas três residências terapêuticas. Em uma cidade que já teve sete hospitais psiquiátricos, e agora conta com apenas três residências terapêuticas¹⁸, me parece incompatível.

Embora não consiga sinalizar uma data específica, foi nesse período que se percebeu a descontinuidade de iniciativas importantes para as práticas espaciais urbanas que vinham sendo desenvolvidas na saúde mental. Segundo Calunga, a redução dos investimentos no campo resultou no encerramento do Projeto Arte e Saúde, o que levou à não reposição dos artistas que integravam as equipes dos CAPS e à interrupção dos processos formativos em andamento, comprometendo significativamente as ações culturais realizadas nos serviços.

Destaca-se que, nesse período, o Brasil vivenciou um recrudescimento das ações da reforma psiquiátrica em âmbito nacional. A profissional também informa o término da supervisão clínica institucional e do convênio com a área da educação, que possibilitava o uso de um ônibus institucional para o cuidado em saúde mental e ampliava as possibilidades de circulação de usuárias e usuários pela cidade.

Entrevistador: *“Percebi que a gestão de Luizianne foi um momento muito fértil para a saúde mental, de muito investimento, de ampliação e tudo mais. Mas parece que depois ficou mais desafiador para algumas coisas, você até citou a perda do convênio com a secretaria de educação. Você sentiu que essa mudança interferiu na sua prática, na saída com os usuários ou não?”*

“É assim, eu acho que o que aconteceu foi o seguinte, foi a diminuição de investimentos, a diminuição de investimentos a nível pedagógico mesmo, sabe? A supervisão clínica institucional, a gente perdeu, não existe mais. Isso é uma coisa que era muito importante para o serviço. A gente perdeu também o projeto Arte Saúde, que nós tínhamos, que era uma potência muito grande, nós tínhamos uma formação em arteterapia que era bem bacana, tínhamos supervisão dessa formação e era um investimento muito grande, porque a gente sabe o quanto a arte é favorável para o crescimento, para a melhoria e para a evolução dos pacientes. Então, a gente perdeu muito porque não houve um reconhecimento. Desde a época do Roberto Cláudio¹⁹, ele mesmo reconhecia porque ele não entendia muito bem isso. Ele teve como secretário de saúde, também não conheciam isso, e aí foi totalmente por água abaixo”.

Calunga

¹⁸ Existem algumas residências inclusivas, inseridas na rede do Sistema Único de Assistência Social, que também acolhem pessoas com deficiência institucionalizadas.

¹⁹ Roberto Cláudio foi prefeito de Fortaleza entre os anos 2013-2020.

No trecho anterior, Calunga citou que, por mais que não tivesse acontecido um concurso público para o campo da saúde mental, a estratégia de diminuir a rotatividade de profissionais contratados visava favorecer diferentes dimensões do cuidado em saúde mental, incluindo o fortalecimento dos vínculos terapêuticos e a permanência de ações comunitárias e territoriais. Entretanto, em contraste com esse cenário, Dama do Paço relata que, no período seguinte, percebia uma maior rotatividade da equipe, especialmente nas trocas de gestão.

“Em 2012, é que aconteceu a primeira seleção pública para os com um vínculo de dois anos, só”. Aí trocava todo mundo. E tinha maior rotatividade”.

Dama do Paço

Após manifestações e reivindicações de trabalhadores e membros do FCLA, em 2018 foi realizado um concurso público para a RAPS da cidade, um aspecto importante para a renovação do quadro de profissionais dos CAPS.

O Bloco Doido é Tu manteve suas atividades contando com os editais da cultura e demais apoios institucionais para a sustentação das ações do projeto, levando aproximadamente 400 brincantes todos os anos para a Avenida. Abre-Alas aponta, todavia, que à medida que existe um entendimento e um reconhecimento das potencialidades das ações do Bloco no cuidado em saúde mental, o apoio institucional acontece com mais facilidade; porém, o contrário também é verdadeiro:

“Na medida que uma gestão reconhece mais o poder do bloco, de apoiar as ações no CAPS, de gerar experiências para os próprios CAPS, a gente tem um apoio institucional maior, maior abertura, aí a coordenação manda o ofício para a coordenação dos CAPS, pedindo que considere as ações do bloco e tudo mais. Quando é uma gestão que não compreende isso, aí vem todas as dificuldades que já aconteceram [...]. Já aconteceu a gestão de não: ‘nós não vamos liberar os profissionais e tal’, eu digo: ‘tá, ok, mas vamos fazer mesmo assim e vamos sair assim: com algumas faixas, dizer nesse lugar alguns usuários do CAPS que não puderam estar aqui.’ Porque se você não liberar os profissionais, muitos não irão”.

Abre-Alas

“Eu digo isso porque eu participo de entidade comunitária e eu sei o que é. Eu sou um dos fundadores da Associação de Moradores do Rodolfo Teófilo. Ah. Entendeu? E a gente compreende toda essa problemática que tem nos grupos organizados”.

Rei Momo

Outro aspecto que pode compor como uma característica deste período pode ser percebido a partir do comentário de Arlequim, que relata um enfraquecimento do movimento da luta antimanicomial.

Entrevistador: *“Fazendo um comparativo desse movimento que você falou com hoje. O que mudou?”*

“O movimento se enfraqueceu um bocado, mas isso também tem uma relação forte com questões políticas também. Dentro do contexto que a gente está, a gente pode identificar que várias coisas foram contribuindo, estão contribuindo para o enfraquecimento do movimento, enfraquecimento da política de saúde mental, né?”

Arlequim

Durante este período, o movimento da luta antimanicomial vivenciou uma diminuição na adesão de profissionais. Uma das hipóteses para essa baixa participação diz respeito aos efeitos das mudanças no cenário político regional e nacional, que podem ter gerado, entre os trabalhadores, maior receio de sofrerem perseguições e retaliações por estarem vinculados às ações do FCLA.

Com a redução da participação de profissionais e usuários, as ações do movimento perderam parte de seu alcance, afinal, o alcance das ações é resultado da energia e dos recursos materiais e humanos disponíveis. Como consequência, as atividades passaram a se concentrar, majoritariamente, na organização dos eventos relacionados ao 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Ainda assim, alguns integrantes do FCLA permaneceram atuantes em espaços estratégicos, como universidades, comissões de saúde mental e serviços da RAPS, procurando manter as representações nas comissões municipais e estaduais referentes à saúde mental, além do diálogo com a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA).

Fortaleza ainda não conta com nenhum CAPS Adulto Geral III. Em contrapartida, a cidade mantém em funcionamento três instituições psiquiátricas: o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, de gestão filantrópica, fundado em 1886 como Asilo de Alienados; o Hospital Psiquiátrico de Messejana, de gestão pública estadual, fundado em 1963; e o Instituto Espírita Nosso Lar, de gestão filantrópica, fundado em 1973.

Em 2020, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) realizou uma inspeção em quarenta hospitais psiquiátricos no Brasil. No Ceará, foram inspecionados o

Hospital de Saúde Mental de Messejana e o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, ambos ainda em funcionamento em 2024. Os resultados das inspeções revelaram violações de direitos e condições inadequadas de cuidado (CFP, 2020). De modo geral, foram constatadas: ausência de ouvidoria; inexistência de alvará e licença sanitária; falta de espaços adequados para guardar pertences pessoais; uso recorrente de contenção física e química como forma de castigo; equipe profissional insuficiente; restrição parcial às visitas; banheiros sem portas; falta de insumos de higiene pessoal; reclamações sobre a qualidade dos alimentos; problemas com roupas de cama (escassez e falta de limpeza); e ociosidade dos usuários, decorrente da ausência de projetos terapêuticos (CFP, 2020).

Esses achados reforçam a persistência de uma lógica asilar e manicomial, antiga, ultrapassada, embora disfarçada por roupagens contemporâneas. Nesse cenário, observa-se a coexistência de dois modelos: um que se propõe substitutivo e outro que continua operando a partir da lógica asilar e manicomial.

“Então, assim, eles estão de uma certa forma se modificando para permanecer, se atualizando para permanecer ali, ativo. Mas ainda por trás daquilo, ainda tem leitos funcionando, o isolamento funcionando, a violência funcionando. A gente sabe que tem mortes ainda acontecendo, em menor quantidade, mas ainda estão acontecendo, negligências, enfim, violações. E eu falo isso porque hoje em dia eu faço composição de alguns coletivos e que a gente dialoga direto com o setor de saúde mental. Então, as coisas estão acontecendo”.

Arlequim

Apesar da permanência dessas instituições na cidade, o Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes, unidade prisional destinada à internação de pessoas em sofrimento mental que cometeram algum ato ilícito, criada em plena ditadura militar, foi totalmente interditado em 2024, após 56 anos de funcionamento (Ceará, 2024).

Este terceiro período tem sido marcado por um processo de desaceleração nos avanços das pautas antimanicomiais e da reforma psiquiátrica no país. Segundo Amarante e Nunes (2018, p. 2073):

Os ventos começaram a mudar já em 2015, com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política e com ele os princípios do SUS. E, por fim, após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o SUS e a RP passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos.

No cenário nacional, a crise política deflagrada pelo *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, em 2016, considerado ilegítimo por setores democráticos, e a ascensão da extrema direita ao poder com a eleição de Jair Bolsonaro, em 2018, representam um ponto de inflexão. A gestão do ex-presidente foi marcada por ataques sistemáticos às políticas públicas, desmonte de estruturas de participação social, incentivo ao negacionismo científico e desfinanciamento das políticas de saúde, com impactos profundos também na saúde mental. Esse processo se agravou com a pandemia de Covid-19, que não apenas evidenciou as fragilidades do sistema, mas também acentuou o sofrimento psíquico da população, interrompeu atividades essenciais nos serviços substitutivos e ampliou as desigualdades sociais e territoriais.

Diversos acontecimentos, portanto, alteraram profundamente o cenário em que as práticas em saúde mental se desenvolvem. A dimensão macropolítica mostra-se, em muitos casos, inseparável da micropolítica do cuidado: as transformações estruturais impactam diretamente na continuidade, no alcance e na potência de práticas emancipatórias. Sem garantias institucionais e financiamento adequado, muitas ações são enfraquecidas, interrompidas ou mesmo inviabilizadas, comprometendo os vínculos com os territórios, com os usuários e com o próprio trabalho na RAPS.

Diante de um contexto adverso, torna-se ainda mais urgente reafirmar a centralidade da organização de usuários e trabalhadores para o avanço e a consolidação da Atenção Psicossocial no Brasil. As manifestações públicas organizadas por coletivos, fóruns, trabalhadores, usuários e familiares não apenas reivindicam a continuidade das políticas públicas de base territorial, como também atualizam e sustentam os princípios fundantes da reforma psiquiátrica brasileira. Trata-se de uma disputa simbólica e concreta pelo cuidado em liberdade, onde esses movimentos mantêm viva a memória da luta antimanicomial, reafirmando que o cuidado em saúde mental é, também, um campo de ação política e ética.

7 PERCURSO II - DIMENSÃO MOLECULAR E COTIDIANA DA PRÁTICA DOS ESPAÇOS URBANOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERSPECTIVA DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS

O campo da saúde mental é composto por uma diversidade de práticas e intervenções que se estruturam a partir de diferentes perspectivas teóricas e metodológicas. Os objetivos da assistência à saúde mental da população incluem a promoção do bem-estar psicossocial, a redução do sofrimento psíquico, especialmente em sua dimensão sociopolítica, a ampliação do acesso a direitos sociais e o fortalecimento da relação das pessoas acompanhadas com espaços que extrapolam os serviços especializados.

A dimensão cidadã na Atenção Psicossocial envolve o reconhecimento os sujeitos com alguma condição psicossocial divergente como protagonistas de suas próprias trajetórias. Assim, o cuidado em saúde mental deve ser orientado para ampliar a autonomia, fortalecer os laços comunitários e estimular o sentimento de pertencimento aos territórios onde esses sujeitos vivem e circulam. Isso contribui para transformar o estatuto da loucura, minimizando os efeitos dos preconceitos e estigmas direcionados à população que frequenta os CAPS. Implica pensar em práticas que ultrapassem os muros institucionais, articulando-se com a cidade, seus espaços e redes sociais.

O trabalho na Atenção Psicossocial encontra diferentes formas de se articular com os espaços urbanos. Conforme apresentado no aquecimento, o espaço urbano é um conceito dinâmico, amplo e fluido, que abarca um sistema de objetos e ações (Santos, 2014a). Pode ser movimentado por pessoas, atividades, equipamentos culturais, espaços de lazer e esporte, como praças, ruas, calçadas, cinemas, teatros, praias, bairros e territórios diversos. Inclui também os bairros onde residem as pessoas que frequentam os serviços.

Os serviços de base territorial e comunitária precisam estabelecer um diálogo contínuo com os diversos atores sociais que compõem esses territórios, como movimentos sociais, coletivos culturais, vizinhança, associações comunitárias e demais equipamentos públicos. Isso favorece a ampliação do cuidado, articulando saúde mental e políticas intersetoriais, o que pode fortalecer redes mais potentes e inclusivas.

Na dimensão do trabalho na interface com a Atenção Psicossocial, observa-se que as pessoas trabalhadoras constroem, em seus agenciamentos cotidianos, diferentes tecnologias de cuidado. Entre elas, destacam-se as práticas espaciais urbanas, que desafiam modelos tradicionais de assistência e abrem caminhos para formas ampliadas de cuidado, ancoradas na produção de experiências das pessoas com a cidade e da cidade com as pessoas.

Entretanto, como desenvolver essas práticas na saúde mental? Quais mecanismos envolvem esse processo? Quais desafios são enfrentados por profissionais ao propor práticas que extrapolam os muros da instituição? Como as pessoas entrevistadas agenciam essas práticas na cena urbana de Fortaleza? Como a terapia ocupacional se manifesta nos discursos e práticas das pessoas entrevistadas?

A intenção deste segundo percurso é revelar graus de análise das entrevistas-conversas que expressem a dimensão molecular e cotidiana dessas práticas. Para isso, percorremos os seguintes trechos: dimensões da clínica, uma clínica rueira na saúde mental; o transporte como analisador no contexto da Atenção Psicossocial e a mobilidade urbana como condição para o cuidado; circuitos, práticas e narrativas: grupaldades e coletividades na cidade; violência urbana, questões de gênero e cuidado; e espaço urbano sob as perspectivas de terapeutas ocupacionais.

Partimos do princípio de que toda ação, intervenção ou prática em saúde mental que busca dialogar com a cidade precisa atravessar os muros da instituição. Mas por que é tão necessário sair dos CAPS? Qual a importância de dialogar com os espaços da cidade e os territórios existenciais de quem usa o serviço? Como os profissionais percebem isso?

7.1 DIMENSÕES DE UMA CLÍNICA RUEIRA NA SAÚDE MENTAL

Todas as pessoas profissionais entrevistadas desenvolvem formas de atuação, constroem narrativas e experiências, possuem percepções, opiniões e receios sobre o trabalho que se dá na relação dentro-fora dos serviços onde atuam. Quando questionada sobre os motivos que a levam a construir pontes e práticas para além do CAPS, Dama do Paço comenta:

“Eu acho que o principal objetivo é desinstitucionalizar e sair daqui, sair dos muros do CAPS, né?”

Dama do Paço

Neste comentário, Dama do Paço relembra que a desinstitucionalização é um dos principais objetivos das práticas em saúde mental e não se aplica apenas à desospitalização dos ex-moradores de hospitais psiquiátricos. Os muros dos CAPS precisam ser porosos para permitir o ir e vir de usuários e trabalhadores.

Na historiografia da saúde mental brasileira, o estado de São Paulo teve os primeiros equipamentos públicos de saúde mental do país (Onocko-Campos; Furtado, 2006; Koda; Fernandes, 2007), produzidos a partir de experiências da reforma psiquiátrica e que contribuíram para a estruturação das políticas públicas de saúde mental a nível nacional. A cidade de Santos, no litoral paulista, foi pioneira na construção dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs), um conjunto de serviços e ações voltadas para a reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização dos ex-moradores de hospitais psiquiátricos. As experiências cultivadas na cidade serviram de horizonte que se multiplicou por todo o Brasil, especialmente por seu caráter comunitário e territorial, guiadas pela produção de encontros com a cidade (Onocko-Campos; Furtado, 2006; Lancetti, 2016). As relações com a cidade e a produção de cidadania das pessoas acompanhadas encontram-se no cerne dos movimentos de reforma psiquiátrica.

Lancetti (2016, p. 21), ao abordar o processo de desinstitucionalização da Casa de Saúde Anchieta, iniciado em 1989 e concluído em 1994, na cidade de Santos, destaca que “as andanças pela cidade constituíam novos *settings* altamente férteis para a produção de subjetividade e cidadania”. Nesse sentido, a relação com a cidade surge, desde a origem dos serviços substitutivos, como forma de enfrentamento ao saber institucionalizante que operava nos hospitais psiquiátricos, ampliando a concepção de clínica e cuidado em saúde mental. Naquele período, a hegemonia do saber biomédico e psiquiátrico determinava, quase exclusivamente, os modos de cuidado em saúde mental, restringindo ou dificultando o surgimento de outras abordagens.

Assim, as saídas dos espaços institucionais, como aponta Lancetti (2016, p. 22), para os espaços urbanos tencionavam essa lógica e inauguraram caminhos para práticas e clínicas mais abertas e integradas ao cotidiano da cidade.

“Clinicávamos para pôr de pé os cidadãos psiquiatrizados e para promover uma intensa interação com a cidade, com pessoas e movimentos de diversas partes do Brasil e de outras partes do mundo”.

Os processos de desinstitucionalização no campo da saúde mental, essenciais para enfrentar a lógica manicomial, não se resumem ao fechamento de hospitais psiquiátricos e manicômios, à desospitalização de seus moradores ou à substituição do modelo asilar pelo da Atenção Psicossocial. Esses processos implicam profundas transformações sociais que reivindicam outros sentidos e lugares para a loucura e para as pessoas loucas na sociedade (Onocko-Campos; Furtado 2006; Amarante; Torre, 2018), além de romper com as lógicas que mantêm as pessoas circunscritas a espaços fechados e desconectados da vida da cidade, de sua rede sociofamiliar e de seus territórios existenciais.

A desinstitucionalização é uma ação intersetorial que se apoia na mobilização de diferentes setores da sociedade, como saúde, educação, justiça, segurança, assistência social e cultura, e visa diminuir os efeitos da instituição na vida das pessoas assistidas. Essa articulação impacta diretamente na relação das pessoas com os espaços da cidade, ampliando suas possibilidades de circulação e aumentando as chances para o surgimento do sentimento de pertencimento comunitário.

Para além dos movimentos de desinstitucionalização, os serviços que compõem a RAPS assumem o papel de mediadores das relações entre as pessoas, sua rede sociofamiliar, seus territórios, bairros e cidade onde vivem, moram e circulam. Os espaços da cidade e a interação com a comunidade podem se tornar parceiros fundamentais no processo terapêutico. Para Dama do Paço, a prática que promove ao sair dos limites institucionais do CAPS é um desdobramento das ações de desinstitucionalização, o “carro-chefe” das ações dos CAPS.

“Então, essa questão do trabalho na comunidade, é assim, é o carro-chefe do nosso projeto, do projeto terapêutico do CAPS, do serviço, porque a gente pensa muito nisso, no atendimento humanizado”.

Dama do Paço

Os serviços especializados no atendimento às demandas de saúde mental da população “são dispositivos estratégicos da reforma do cuidado em saúde mental no Brasil” (Onocko-Campos; Furtado, 2006, p. 1054). Onocko-Campos e Furtado

(2006), assim como Amarante e Torre (2018), apontam que os CAPS se estruturam a partir da ruptura com as bases teóricas e práticas do modelo hospitalar hegemônico, centradas na hegemonia do saber médico psiquiátrico. “Os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo tornado estratégico para a reversão do modelo hospitalar” (Onocko-Campos; Furtado, 2006, p. 1054).

Dessa forma, o projeto terapêutico do CAPS se estrutura a partir de saberes e práticas interdisciplinares, descentralizadas do saber médico psiquiátrico hegemônico. Essa proposta passa necessariamente pela construção de redes entre os serviços de saúde mental e destes com os diversos espaços da cidade, ampliando os horizontes da clínica para além dos limites institucionais e estabelecendo novas possibilidades de cuidado.

Os comentários de Dama do Paço são como janelas no tempo, conectando passado e presente. Atuando no campo da Atenção Psicossocial desde 2001, a profissional resgata esses pressupostos e os reinscreve em sua realidade atual, reafirmando, em sua entrevista-conversa, a importância de uma clínica que ultrapasse os muros institucionais, inclusive dos CAPS.

Para Basaglia, o louco, expropriado de seus direitos (inclusive o direito a um real tratamento), de sua família e do convívio com a sociedade (estas as palavras de ordem do “isolamento” de Pinel), deve ter na cidade o espaço real de sua reabilitação, ou melhor, de sua habilitação social, ou, melhor ainda, os “processos de validação social dos sujeitos”. Quando se discutia sobre as melhores formas e lugares para a reabilitação do enfermo mental, Basaglia dizia: “são os espaços da cidade” (Amarante, 2016, p. 97).

A cidade, embora constituída por desigualdades e barreiras que restringem o acesso e a circulação de determinados corpos (inclusive o corpo louco), também pode proporcionar espaços de encontros, onde há potência para a produção de subjetividades implicadas na produção do comum e no fortalecimento de vínculos sociais. No contexto da Atenção Psicossocial, o encontro com os espaços urbanos não apenas amplia as possibilidades do cuidado em saúde mental, mas guarda o potencial de produzir experiências (Larossa Bondía, 2002) tanto para as pessoas que utilizam os serviços quanto para as pessoas que trabalham com o serviço, ressignificando suas relações com a cidade e com o próprio processo terapêutico.

Importante sublinhar que a dimensão clínica no campo da saúde mental que defendemos transcende o saber biomédico e psiquiátrico. Nesse sentido,

confrontamos abordagens que se limitam aos aspectos biológicos da vida das pessoas. Entendemos que a clínica em saúde mental parte da perspectiva integrativa, na qual aspectos biológicos, subjetivos e sociais são indissociáveis e interdependentes entre si. Além disso, somamos perspectivas que questionam concepções hegemônicas e totalizantes da “clínica” e reconhecemos que todo conceito está em disputa e que, muitas vezes, é necessário participar dessas disputas.

Assim, alinhamos-nos a um conjunto de perspectivas sobre a clínica em saúde mental que considera o trabalho em rede, que integra em suas práticas as relações com o território, com os espaços da cidade e com a rede sociofamiliar das pessoas acompanhadas (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003; Ferigato; Silva, 2016; Lancetti, 2016) e que contribui para a defesa da cidadania, da saúde e da saúde mental.

Assim, nos alinhamos ao conjunto de perspectivas sobre a clínica em saúde mental que considera o trabalho em rede, que integram em suas práticas as relações com o território, com os espaços da cidade e com a rede sociofamiliar dos sujeitos (Lancetti, 2016; Ferigato; Silva, 2016; Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003) e que contribui com a defesa de sua cidadania, de sua saúde e de sua saúde mental.

Nesse sentido, valorizamos a clínica psicossocial por sua potência de produzir desvios, pela possibilidade gerada de criar um espaço de jogo, para que uma singularidade possa inscrever-se no mundo a partir de relações orientadas não apenas pela objetividade científica, psiquiátrica e moral, mas por variáveis subjetivas como o desejo, o afeto e a liberdade (Ferigato; Silva, 2016, p. 385).

Assim como Ferigato e Silva apontam, Colombina ressalta a qualidade inventiva, criativa e propositiva da dimensão clínica em saúde mental, contrapondo-se à rigidez e à normatividade para consolidar práticas mais flexíveis e abertas às singularidades que percebe nas pessoas que acompanha.

“Eu posso inventar a clínica. A clínica, ela pode ser inventada, né? É uma invenção de criatividade, do novo, né? De se propor, de se lançar a estar em espaços diferentes”.

Colombina

Não se trata de negar a importância das salas, dos quartos e da ambiência que compõem os CAPS, mas de reconhecer que o espaço institucional, por si só,

não é suficiente para promover uma saúde mental comprometida com a cidadania e a participação. É necessário ocupar espaços além dos tradicionais, ir ao encontro de novos territórios, exercitar a capacidade inventiva e criativa da clínica. Colombina destaca que as caminhadas realizadas junto às pessoas que acompanha não apenas contribuem para o processo terapêutico, mas revelam sua potência para conhecer os arredores do CAPS.

“Essa pessoa que eu acompanhava, ela era uma jovem, que tinha uma certa apatia e, para mim, estar num ambiente de quatro paredes atendendo aquela pessoa, não fazia sentido, eu tinha que levar ela pra esse movimento na cidade. A gente ia andando do CAPS Geral, que é em frente ao Hospital Universitário, até a praça do “Bloco Doido é Tu” e voltava, a gente fez isso em alguns atendimentos e aí eu ia conversando com ela sobre a vida, sobre as coisas, tiveram atendimentos na sala também”.

Colombina

Ao se deparar com as características que compõem a personalidade da jovem e seu estado de saúde mental, Colombina aposta na realização de caminhadas nos arredores dos CAPS. Essas práticas alinham-se à ideia de clínica ampliada. Campos e Amaral (2007, p. 852) ao refletirem sobre as principais características de uma clínica ampliada apontam:

A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida. que não se restringe ao setting terapêutico tradicional, mas se expande para os espaços urbanos, para os encontros imprevistos e para as relações que constituem os territórios.

Os autores consideram que a proposta de uma clínica do sujeito pode contribuir para a ampliação dos graus de autonomia dos usuários, que compreendem a autonomia “como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências” (Campos; Amaral, 2007, p. 852). Importante recuperar e salientar que a dimensão clínica em saúde mental não se limita aos espaços institucionais convencionais. Ao contrário, ela considera e reivindica a expansão dos espaços nos quais o cuidado pode ser produzido. Assim, as relações terapêuticas produzidas no enlace com os espaços urbanos produzem efeitos diferentes de uma clínica realizada dentro de uma sala.

O encontro com a realidade sociofamiliar das pessoas acompanhadas também orienta o deslocamento dos profissionais para além da instituição. Colombina destaca que as visitas domiciliares, para além do acompanhamento das condições de saúde mental, são oportunidades para estreitar os vínculos com a rede sociofamiliar e conhecer as pessoas para além dos sintomas que apresentam.

“Quando eu vou pra casa de uma pessoa pra tomar um café, eu vou conhecer a vida daquela pessoa, a casa daquela pessoa. Eu não estou pensando nos sintomas da esquizofrenia. É um ampliar a percepção desse sujeito além do que é a doença”.

Colombina

Nesse comentário, a profissional acrescenta mais um elemento que mobiliza sua saída dos serviços: ampliar a percepção das pessoas profissionais sobre aquelas que acompanham, indo além da doença, dos sintomas e dos diagnósticos psiquiátricos. Sua fala dialoga com as discussões da reforma psiquiátrica brasileira, inspiradas nas contribuições de Franco Basaglia, que apontam para a necessidade de deixar a doença, o diagnóstico, entre parênteses, em suspensão, para entrar em contato com a própria pessoa, sua personalidade, sua história de vida, sua identidade, sua dimensão subjetiva. Não se trata de negar ou invalidar os efeitos do adoecimento na vida cotidiana das pessoas, mas de destacar que seus aspectos subjetivos são relevantes e imprescindíveis para a produção de um cuidado em saúde mental adequado à realidade psíquica, subjetiva e afetiva.

O propósito de Basaglia, ao colocar a doença mental entre parênteses, era o de permitir que a pessoa que sofria pudesse florescer por trás do manto da institucionalização. Era preciso abandonar, ao menos estrategicamente, a preocupação com a doença para fazer emergir o âmago da pessoa que padecia da doença e do processo de institucionalização. Era necessário dar-lhe as condições para subjetivação, para expressão de seus desejos, seus projetos, sua história (Amarante, 2016 p. 97).

Mestre de bateria, ao responder pergunta semelhante à de Colombina, que questiona o que o motiva a propor saídas do serviço, comenta:

“[...] é tomar de conta a territorialização, entender qual é o território, saber onde é que a gente tá, quais são os riscos do nosso território, quais são os benefícios dele, onde tem cura, onde tem adoecimento, né, essa é a importância”.

Mestre de bateria

De um lado, aponta-se que a perspectiva da clínica psicossocial historicamente contrapõe-se aos saberes e práticas hegemônicas e institucionalizantes, considerando a dimensão territorial, comunitária e cidadã das pessoas acompanhadas, bem como os espaços urbanos como agentes ativos do processo terapêutico e da produção de cidadania. De outro lado, os trabalhadores também precisam conhecer as tramas e os dramas que vibram no território existencial dos usuários. É necessário que eles saiam das instituições para conhecer a realidade onde vivem as pessoas frequentadoras dos serviços, ou seja, precisam desinstitucionalizar suas práticas e trabalhar sua própria inserção comunitária, para assim estreitar os vínculos com o território das pessoas acompanhadas e com as pessoas que compõem esse território.

Esse movimento é fundamental para ampliar as possibilidades de acompanhar e cuidar das situações de crise, como descreve Arlequim:

“Então, tipo assim: tem alguém em crise no distrito [X], na rural, ligavam pra gente [equipe do CAPS], a gente pegava o carro, ia lá. Lá, a gente via quem era que estava na organização pra ajudar, quem tinha proximidade com aquele usuário que estava em crise, pra ajudar na abordagem [...]”

Arlequim

Para além da expressão sintomática (alucinações visuais e auditivas, alterações de comportamento, agudização do sofrimento psíquico), Ferigato, Campos e Ballarin (2007), ao refletirem sobre a crise no contexto dos serviços substitutivos em saúde mental, enfatizam seu caráter social e culturalmente construído, inerente à própria condição de estar vivo. Segundo as autoras, a crise está profundamente articulada à dimensão terapêutica que se estabelece entre a pessoa usuária e a equipe de saúde, bem como às relações que o sujeito mantém com a instituição, os vínculos socioafetivos, a subjetividade das pessoas operadores e também com o território ao qual pertence a pessoa usuária.

Em outras palavras, o que propomos é a criação de uma nova ética para o atendimento à crise, pela qual precisamos nos questionar, o tempo todo, a quem de fato estamos atendendo: se estamos contribuindo para que o sujeito, num estado de profundo sofrimento, possa causar um desvio em sua vida ou se estamos respondendo aos ideários sociais de ordem, aos conceitos ortodoxos de saúde e aos protótipos de normalidade (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007, p. 42).

Sair dos CAPS e ir ao encontro das situações de crise em que as pessoas usuárias vivenciam revela uma conscientização da equipe sobre a importância da proximidade com o espaço onde elas acontecem: o território existencial da pessoa, que pode englobar sua rede sociofamiliar, sua casa ou seu bairro. Nesse sentido, esse trecho da conversa com Arlequim revela um duplo movimento: o reconhecimento da comunidade sobre a importância do CAPS no atendimento à crise, que solicita apoio ao serviço; e, pela proximidade da equipe com os territórios das pessoas, os profissionais reconhecem na rede social de apoio dos usuários pessoas que possam colaborar com as abordagens de crise.

Reconhecer quem pode auxiliar nesses momentos é função essencial do trabalho em saúde mental, pois compartilhamos a responsabilidade do cuidado com a rede sociofamiliar da pessoa acompanhada, oferecendo apoio, suporte e técnica para auxiliar no enfrentamento dessas situações. Porém, quando as pessoas trabalhadoras, por quaisquer motivos, não conseguem sair dos CAPS, não (re)conhecem a realidade dos territórios adstritos ao CAPS ou ainda não (re)conhecem a realidade dos bairros onde as pessoas usuárias residem, a falta do movimento territorial fragiliza as abordagens da equipe, especialmente aquelas ligadas ao cuidado em saúde mental e nas situações de crise.

A produção de vínculo em saúde mental não se limita às pessoas, podendo também se estabelecer com os espaços e territórios onde usuárias e usuários vivem ou frequentam. Nesse sentido, é comum que quem trabalha na RAPS realize visitas domiciliares para reconhecer e se aproximar das famílias, assim como realizar abordagens em situações de crise ou acompanhamentos específicos.

Ao conhecer a rede sociofamiliar de usuários e usuárias, atividade que muitas vezes só ocorre quando os profissionais saem dos CAPS, os profissionais possuem mais condições de identificar possíveis apoios e parcerias, como no caso mencionado por Arlequim, para auxiliar em uma abordagem de crise.

“Essa aproximação com a gente facilitava o entendimento deles de que a gente estava propondo um cuidado diferente. Um cuidado melhor diante tudo que acontecia, do isolamento, das violências. E a gente fazia isso de uma outra forma, garantindo a pessoa lá na casa dela, com a família. Isso facilitava a participação das pessoas, facilitava a compreensão da própria sociedade em si”.

Arlequim

A proposta de um cuidado em saúde mental comprometido com o exercício da cidadania, autonomia e participação não consiste apenas em deslocar as ações da equipe para fora das instituições. Ampliar a clínica, realizar visitas domiciliares e buscas ativas ou oferecer retaguarda em situações de crise são estratégias importantes, mas insuficientes se não estiverem ancoradas e integradas na compreensão de que o cuidado se produz no exercício da liberdade e no cotidiano. Ele se constrói a partir da ocupação dos espaços públicos e da ampliação das possibilidades de existência das pessoas, reconhecendo a produção de sentido que essas ações possibilitam.

Se a saúde mental é um direito, esse direito precisa ser vivido na rua, na praça, na feira, no transporte público, na residência e nos demais espaços culturais. O desafio, portanto, não é apenas garantir saídas dos CAPS, mas criar condições para que essas saídas sejam sustentáveis e significativas, permitindo que a cidade se torne, de fato, um território de pertencimento.

7.2 O TRANSPORTE COMO ANALISADOR DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A MOBILIDADE URBANA COMO CONDIÇÃO PARA O CUIDADO

A locomoção, o mover-se, o deslocar-se pela cidade pode assumir diferentes trajetórias no cotidiano dos serviços. Caminhadas e andanças costumam ter um raio de alcance específico, que depende da disposição, do tempo disponível e do condicionamento físico dos caminhantes. Como discutido anteriormente, esses percursos produzem efeitos diversos nos corpos que se movem pelo espaço, influenciam o processo terapêutico e podem ser mobilizados por variados objetivos. De certa forma, essas práticas ampliam a clínica e ajudam a reconhecer o que pulsa nas redondezas, fortalecendo o sentimento de pertencimento ao território onde o serviço está inserido.

No entanto, o tecido urbano se espalha com uma diversidade de espaços e equipamentos públicos que nem sempre estão próximos dos serviços. Nesse panorama, o uso de meios de transporte aparece como tema recorrente nas entrevistas-conversas de quase todas as pessoas participantes, assumindo-se como recurso essencial para aproximar pontos distintos de uma mesma cidade. Caminhadas de grandes distâncias exigem mais esforço físico; o transporte surge

como alternativa que amplia as possibilidades de circulação, de viagem e acesso das pessoas usuárias. Sua ausência limita essas possibilidades.

É comum que os profissionais de saúde mental lancem mão de diferentes modalidades de transporte (sejam públicas ou institucionais) para viabilizar e ampliar o diálogo com os espaços urbanos. Cada tipo de transporte carrega implicações significativas para a produção do cuidado e para a relação com as pessoas usuárias. Enquanto algumas opções tornam a viagem mais ágil e confortável, outras oferecem oportunidades para desenvolver a autonomia e a independência de usuários e usuárias em relação à mobilidade urbana.

Assim, o uso de transportes no contexto da Atenção Psicossocial pode ser pensado como um analisador que revela atravessamentos no processo de trabalho. René Lourau²⁰ (2014, p. 303) define analisador como “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar”.

Em última análise o analisador é sempre material. Um corpo é um analisador privilegiado. A institucionalização da relação entre o meu corpo e o sistema dos objetos é o que revela mais cruelmente a instância econômica do sistema institucional. Eis por que o conceito de analisador deverá constituir o objeto das futuras pesquisas institucionais (Lourau, 2014, p. 307).

Sob essa perspectiva, a utilização de transportes no cotidiano dos CAPS torna-se analisador que revela atravessamentos micropolíticos, nas relações produzidas entre trabalhadores, usuários e espaços urbanos, e também macropolíticos, como a gestão e a instituição. “Diante de um analisador, não é possível os sujeitos isentarem-se da tomada de posição, de modo que explicitam suas implicações com as instituições e os modos de agir” (Dobies; L’Abbate, 2016, p. 124).

A forma como os transportes, seja o público, parte da rede municipal, seja o institucional, disponibilizado pela própria instituição, são usados no âmbito da Atenção Psicossocial pode revelar conexões entre a gestão pública (coordenações, secretarias, prefeitura etc.) e as práticas realizadas por trabalhadoras e trabalhadores. Sair do CAPS para além do alcance de uma caminhada, que pode levar de uma a duas horas, exige uma reorganização do trabalho em equipe, pois o

²⁰ René Lourau foi um sociólogo e intelectual francês, nascido em 1933 em Gelos, nos Pireneus-Atlânticos. Lecionou nos cursos de Sociologia, Ciências Políticas e Educação na Universidade Paris VIII. É autor de dezenas de obras relacionadas à análise institucional (Lourau, 2014).

CAPS desempenha um papel fundamental na retaguarda das situações de crise. A ausência assistemática de muitos profissionais no serviço pode fragilizar essa função. Essa justificativa, em minha experiência profissional, foi frequentemente utilizada, ora legitimamente, ora para evitar as saídas da instituição. Portanto, essas modalidades de intervenção demandam uma organização da equipe que garanta tanto a retaguarda quanto os vetores das saídas e entradas do serviço.

7.2.1 Mobilidade urbana como condição para o cuidado

Ao refletir sobre os transportes como analisadores, destaco que sua utilização pode garantir um direito fundamental: o direito de ir e vir. Esse direito está previsto no inciso XV, artigo 5º da Constituição Federal: “É livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens” (Brasil, 1988). No percurso da Atenção Psicossocial, essa liberdade de locomoção se revela essencial para a vida na cidade.

A possibilidade de transitar pelo território nacional é contemplada na nossa Carta Cidadã e seu exercício no contexto da Atenção Psicossocial acena para a liberdade de locomoção como um direito fundamental para a vida na cidade.

Para que os espaços e equipamentos públicos urbanos sejam realmente praticados e reinventados, é preciso que usuários e trabalhadores consigam chegar aos destinos desejados e, antes disso, possam conceber o deslocamento, em suas condições materiais e imateriais. Existe uma caminhada nas proximidades do serviço, um circuito cotidiano que é agenciado de forma mais prática e ágil, como apontam as profissionais. É um trajeto pelo entorno para (re)conhecer o que há nas redondezas, e, aproveitar o caminho para conversar e conhecer outras características pessoais dos usuários.

Porém, uma caminhada pode não ser suficiente para chegar a lugares mais distantes. Nesse caminhar mais amplo pela cidade, as pessoas fazem uso de diferentes veículos para facilitar sua mobilidade, como a rede pública de transporte composta por vans, ônibus, trens ou metrô. Também há veículos menos convencionais, como skates, patinetes e bicicletas, que promovem a circulação expansiva, alimentando práticas espaciais urbanas e o desenvolvimento de novas habilidades. Além disso, os transportes privativos por meio de aplicativos como Uber

e 99, e os transportes institucionais (carros, vans e ônibus) se fazem presentes, transportando diferentes grupos de pessoas conforme a necessidade.

Um elemento que pesa nessa trajetória do ir e vir é o reconhecimento dos percursos pelos usuários, o que lhes confere mais segurança e facilita o acesso a determinados lugares, como observa Dama do Paço:

“Quando é próximo a um local que eles já têm a segurança, que é aqui. Porque se a gente bota pro Benfica, é bem aqui, eles vão. Se a gente bota no centro, eles vão. Mas em lugares distantes da realidade da regional deles: Praia é difícil deles se encontrarem com a gente. É difícil, é longe demais, é longe”.

Dama do Paço

Nesse comentário, Dama do Paço sinaliza outra dimensão importante da mobilidade: a escala da cidade e a distância entre ponto de partida e destino, que muitas vezes extrapola a possibilidade de uma caminhada simples, exigindo a combinação de percursos e o uso da rede de transportes públicos para acessar locais como a praia.

Silva, Dall’Alba e Delduque (2023, p. 22), alinhadas com essa percepção, afirmam que “quanto maior, mais disperso e desigual o território urbano, mais desafios são impostos à população para os seus deslocamentos cotidianos, especialmente à população de baixa renda que reside em regiões periféricas”. Esses desafios sociais e econômicos também impactam a rotina das pessoas que frequentam os serviços da Atenção Psicossocial, sendo essencial considerar tais aspectos na criação de estratégias que facilitem suas idas e vindas pelo tecido urbano, como a garantia da gratuidade do bilhete único para as pessoas que frequentam os CAPS.

No movimento dos deslocamentos e trajetórias, a mobilidade urbana emerge como conceito que vai além da capacidade de locomover-se pela cidade. Ela é um operador que auxilia trabalhadores e trabalhadoras a compreenderem como a rede de transportes públicos está organizada e os desafios enfrentados para garantir o acesso e a circulação.

Silva, Dall’Alba e Delduque (2023) definem a mobilidade urbana como um processo específico da vida na cidade e na sociedade, destacando sua relação direta com o processo saúde-doença, pois a mobilidade urbana está diretamente ligada à cidade e à sociedade em que ela acontece. “Assim, diferentes condições de

mobilidade nas cidades, um fenômeno subjacente à qualidade física e social do espaço urbano, pode implicar em iniquidades em saúde, em especial em países do capitalismo periférico” (Silva; Dall’Alba; Delduque, 2023, p. 1). As autoras destacam a relação entre a mobilidade urbana e a determinação da saúde, ressaltando seu impacto na vida das pessoas. No que diz respeito à saúde mental, cabe perguntar: como a mobilidade urbana pode favorecer ou dificultar o acesso da população à determinados espaços, lugares e territórios?

Nesse modelo hegemônico, os investimentos em infraestrutura estão voltados prioritariamente ao transporte motorizado, individual e movido a combustível fóssil. Embora menos de 30% dos deslocamentos na cidade sejam feitos por automóvel, mais de 80% da área pública é destinada a eles [...]. Enquanto isso, pedestres e ciclistas (36%), bem como passageiros de transportes coletivos (36%), disputam menos de 20% da área pública destinada à circulação que é, em regra, a que menos investimento recebe (Silva; Dall’Alba; Delduque, 2023, p. 2).

Silva, Costa e Macedo (2008, p. 350) destacam que o conceito de mobilidade urbana sofreu variações ao longo do tempo e apontam que ela:

Na suposição de que os problemas de mobilidade não são apenas uma consequência de um acesso físico limitado aos modos de transporte. Pelo contrário, eles envolvem questões ambientais, econômicas, sociais e comportamentais complexas. Estas estão diretamente conectadas ao planejamento físico da cidade, a questões de financiamento e a uma abordagem de gerenciamento de sistema para lidar com problemas de mobilidade. Em resumo, o novo conceito foca na melhoria das condições de mobilidade e acessibilidade visando uma melhor qualidade de vida para os cidadãos urbanos e, portanto, na busca do que atualmente é chamado de mobilidade urbana sustentável (Silva; Costa; Macedo, 2008, p. 350).

Colocar a mobilidade urbana em discussão no campo da saúde mental é fundamental para favorecer a circulação dos usuários e trabalhadores pelo tecido urbano e garantir a qualidade das intervenções. Além disso, soma-se a essa condição o entendimento da mobilidade urbana como condição de emancipação e autonomia, elementos fundantes da Atenção Psicossocial para o cuidado de pessoas com transtornos mentais que enfrentam barreiras intra e interpessoais, além das relacionadas às condições sociais, econômicas e de infraestrutura.

Tomar a mobilidade urbana como dimensão do cuidado em saúde mental é mais do que inaugurar uma clínica peripatética, como propôs Lancetti (2014). É reconhecer o direito de ir e vir como condição para a produção de subjetividades e sujeitos no exercício de sua liberdade.

7.2.2 Ônibus institucionais e as implicações para o cuidado em saúde mental

A disponibilidade de ônibus institucionais ou passes livres para tratamento em saúde mental pode ampliar e facilitar as possibilidades de encontro com a cidade, agilizando o deslocamento de usuários e profissionais, reduzindo o tempo de trajeto e oferecendo maior segurança. Outro aspecto positivo dessa modalidade de transporte é facilitar a locomoção e a participação de pessoas que apresentam maiores dificuldades de locomoção, como aquelas com deficiência, neurodivergências, idosos e com mobilidade reduzida. Para esses grupos, o transporte institucional pode ampliar as chances de participação e a prática de diferentes espaços urbanos mediados pelas práticas de cuidado.

Para esses sujeitos, o uso da rede pública de transporte pode ser desafiador, especialmente quando a viagem exige múltiplas conexões entre diferentes linhas para chegar ao destino final. Isso pode tornar a viagem mais longa e desgastante devido à falta ou precariedade da acessibilidade, tanto dentro dos veículos quanto nos espaços públicos urbanos, como ruas, calçadas e parada.

Na minha experiência como terapeuta ocupacional, nos lugares onde trabalhei, percebia que os usuários possuíam diferentes níveis de autonomia e independência em sua movimentação pela cidade. Alguns chegavam sozinhos, a pé, de transporte público, Uber ou táxi, conforme as condições socioeconômicas, enquanto outros eram acompanhados por familiares. Ao observar essa variedade, percebi que, com algum investimento, certos usuários poderiam aprender a utilizar o transporte público de forma autônoma e independente. Essa ação é comum nas práticas de terapeutas ocupacionais e também em uma modalidade específica da Atenção Psicossocial, o Acompanhamento Terapêutico (AT), que teve origem na saúde mental argentina.

Por outro lado, havia casos em que, mesmo com criatividade na construção de alternativas e adaptações, a circulação independente pela cidade não parecia viável para a configuração de vida daquela pessoa. Isso poderia ocorrer devido a limitações intelectuais, cognitivas, motoras ou outros fatores que comprometessem sua mobilidade. Além disso, redes de apoio frágeis ou inexistentes dificultavam ainda mais esses deslocamentos pela cidade.

Ao refletir sobre autonomia e independência no uso de transportes públicos, surge a pergunta: toda pessoa pode aprender a andar de ônibus sozinha? Há quem

jamais poderá fazer isso de forma independente? Essas questões nos convidam a refletir sobre os limites e as possibilidades da autonomia na mobilidade urbana. Se, por um lado, os CAPS devem incentivar o desenvolvimento de habilidades que favoreçam a circulação independente, por outro, é fundamental reconhecer que algumas pessoas sempre precisarão de suporte. Então, como equilibrar a busca pela autonomia com a oferta de suporte adequado?

Durante minha passagem como professor temporário na Universidade Estadual do Ceará (UECE), supervisionei um campo de prática na residência inclusiva, um serviço-casa do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com cotidiano semelhante ao de uma residência terapêutica. Embora não faça parte da RAPS, a residência acolhe egressos de instituições asilares (com funcionamento manicomial) que existiam na cidade. Durante esse período, organizamos uma saída para visitarmos uma exposição cultural no centro da cidade, utilizando a van da residência.

Alguns moradores apresentavam dificuldades para usar o transporte público: um deles usava cadeira de rodas e não conseguia manobrá-la sozinho; outros tinham deficiência intelectual e eram pouco familiarizados com o transporte coletivo. Optar pela rede pública significaria enfrentar desafios que poderiam transformar uma experiência prazerosa em algo potencialmente estressante.

Para pessoas com maiores dificuldades, o transporte institucional pode ser uma estratégia facilitadora, tornando a viagem mais ágil (embora a agilidade nem sempre seja essencial), confortável (fator importante para o bem-estar) e segura (aspecto crucial a ser considerado). O acesso a transporte institucional nos CAPS, dependendo de como é utilizado no cotidiano, pode garantir que usuários com maior dependência ou em situações complexas tenham acesso ao tratamento, incluindo atendimento em crises. A importância disso é enfatizada por Arlequim em sua entrevista:

“Que na época era uma das funções do transporte. Aquela pessoa que está ali em crise. Que precisa já começar um cuidado mais intensivo. Então o carro era pra isso. A gente não pode negar que a maioria do nosso público são pessoas vulnerabilizadas socialmente, da comunidade”.

Arlequim

A Kombi também surge nas narrativas de Arlequim, que trabalhava em uma cidade do interior e relata que o veículo facilitava o traslado de usuários de suas residências para o CAPS e possibilitava momentos de aproximação com as famílias.

“Nós tínhamos uma Kombi. E a partir do momento em que você tem uma Kombi de um CAPS que vai de um bairro para o outro, buscar um usuário lá para o serviço e tudo. Esse momento não é só de chegar lá e buscar. É um momento em que a gente desce, a gente conversa com a família. Alguém para a gente, pergunta, e as pessoas vão vendo. Por que esse carro está vindo buscar fulano todo dia?”

Arlequim

Esse momento, que não passa despercebido no bairro, vai além do apoio e suporte em situações necessárias, tornando-se uma oportunidade para estreitar vínculos sociais e ampliar a compreensão da população sobre o trabalho dos serviços. Por isso, é fundamental que os serviços especializados da Atenção Psicossocial tenham maior acesso a um transporte institucional, seja para o deslocamento de usuários com maior nível de dependência, seja para garantir qualidade e agilidade nas abordagens em situação de crise. Essas dimensões orbitam em torno de uma mesma questão: a oferta do cuidado em saúde mental.

A falta de acessibilidade nos transportes públicos é um desafio para a vida urbana, pois poucos veículos são adaptados às necessidades das pessoas com deficiência. Assim, o transporte institucional pode ser uma alternativa para garantir a participação e a inclusão de públicos mais “dependentes”, como as pessoas com deficiência, idosas e com mobilidade reduzida, o que facilitaria o trabalho em saúde mental, uma vez que percorrer longos trajetos na rede pública exige atenção, energia e articulação dos profissionais.

Além da organização dos processos de trabalho, as saídas (passeios, viagens, ATs) demandam disposição e atenção dos profissionais que acompanham os trajetos. Dama do Paço relata que sempre utilizou transportes públicos no cotidiano dos serviços e compartilhou algumas histórias que ilustram essa prática. No entanto, ela menciona que, devido ao seu quadro de saúde atual, enfrenta dificuldades para utilizar o transporte público tanto sozinha quanto acompanhando os usuários, como podemos observar em um trecho de sua entrevista:

“Hoje, aí eu tô falando de mim. Não faço mais. Que aí vem questões pessoais, eu não gosto de estar no meio de ônibus me prendendo, eu não gosto. Eu tive um AVC e perdi minha visão periférica, então assim, é um cuidado comigo e com eles. Porque eu tenho medo de cair, eu tenho medo de acontecer algumas coisas que eu não vou ver, não vou saber lidar, não vou, então assim, eu prefiro não fazer.[...] Exige mais do profissional, entendeu? Porque é o maior cuidado”.

Dama do Paço

O relato de Dama do Paço sugere que as propostas de cuidado em saúde mental também envolvem condições e limites dos próprios profissionais. Ao mencionar que tem medo de cair ou de não conseguir lidar com situações imprevistas, a profissional explicita uma preocupação presente nessa modalidade de prática: a necessidade de garantir segurança e cuidado tanto para os usuários quanto para si mesma.

Até aqui, destacamos aspectos positivos do transporte institucional. Contudo, gostaríamos de destacar que seu uso **exclusivo** pode gerar um efeito “acomodador”, tanto para os profissionais quanto para os usuários, dificultando o aprendizado e a construção de estratégias para viabilizar a mobilidade urbana dos usuários.

A impressão que tive ao ouvir Dama do Paço é que passaram a utilizar a rede pública de transportes na saúde somente quando o convênio foi encerrado e o ônibus foi substituído pela Kombi da regional, tal como a ela demonstra em sua fala:

“Programação de cinema no centro, no São Luís, centro é o local que o nome já está dizendo, mais acessível e o São Luís ali na praça, eles começaram a ir sozinhos, aí começou, entendeu? Começou a não ter mais o ônibus e a gente pensar como vamos fazer. Aí começou a ter Kombi da regional, levava menos, dava duas voltas”.

Dama do Paço

Entretanto, essa parceria e as mudanças na gestão da política da cidade resultaram no encerramento do apoio e na substituição por uma Kombi, o que gerou um efeito duplo na atenção psicossocial. O modo como os transportes institucionais são utilizados na Atenção Psicossocial em Fortaleza parece variar conforme a gestão pública da prefeitura. Tanto Arlequim quanto Dama do Paço, apontam para algumas restrições em relação ao acesso e modo de utilização do transporte institucional, gerando diferentes efeitos para o cuidado.

“Com a mudança de gestão política da prefeitura... A entrada de outras pessoas... Essas coisas todas foram se perdendo. A gente não tem mais carro no serviço que possa fazer traslado de usuários. Os carros só carregam profissionais. O usuário que tem que se virar pra ir para o serviço de alguma forma”.

Arlequim

A garantia do transporte institucional, como convênios com a Secretaria de Educação, parece estar diretamente ligada à política da cidade. Segundo Arlequim, essas políticas frequentemente são descontinuadas com as mudanças de governo. Se os serviços investirem exclusivamente em transporte institucional, isso pode gerar dependência excessiva e dificultar o aprendizado dos usuários no uso da rede pública de transporte. Por outro lado, a ausência ou a insuficiência dessa modalidade de oferta de transporte pode levar pessoas a deixarem de participar de atividades realizadas fora dos CAPS.

7.3 CIRCUITOS E PRÁTICAS: GRUPALIDADES E COLETIVIDADES NA CIDADE

Os Centros de Atenção Psicossocial são reconhecidos por sua ênfase no trabalho coletivo, funcionando como instituições grupalistas que apostam em um cuidado construído de forma compartilhada. A realização de grupos e oficinas no contexto da Atenção Psicossocial ativa processos coletivos e integra um conjunto de tecnologias que favorecem o cuidado em saúde mental. Assim, os comentários, reflexões e práticas das pessoas que participaram da pesquisa sugerem que esses grupos e oficinas, mesmo realizados tradicionalmente dentro dos serviços, também podem ser vetores de saída da instituição, estreitando a relação com a cidade.

Ressalto que é fundamental não naturalizar ou normatizar que os espaços de grupos e oficinas se restrinjam apenas aos CAPS. Como já discutido, o espaço é um agente ativo no cuidado em saúde mental, ou seja, sua configuração espacial influencia a produção do cuidado. Um grupo ou oficina realizado dentro do serviço possui seus alcances, texturas, limites e impasses; o mesmo grupo ou oficina realizado nas ruas do bairro apresenta ritmos distintos e repercute de modo diferente na produção do cuidado em saúde mental. Ambas as modalidades se complementam.

Durante a entrevista-conversa com Mestre de Bateria, ele compartilhou sua experiência como coordenador de uma oficina de música e percussão no CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Ele destacou que as vivências grupais são atravessadas por reflexões sobre a cultura popular, especialmente a partir de ritmos afro-indígenas do nordeste brasileiro, como a dança do côco, o boi e o maracatu. Esses referenciais dão origem a experiências musicais que se desdobram tanto dentro quanto fora do CAPS, ampliando os espaços de cuidado e expressão dos usuários.

“A [nome da oficina de música], a proposta é arte e cultura regional. Então é boi, coco, maracatu, é uma coisa mais regional. A gente conta a história regional. São duas horas de grupo e a primeira hora é a gente conversando sobre a história do nosso povo. A história do ritmo que a gente vai tocar. Pra gente se redescobrir nessa história. Onde é que eu tô nessa história”.

Mestre de Bateria

“Como a gente trabalha com arte, cultura, quando eu falo de música no grupo, tem a dança, a gente faz um ‘passinho de boi’, a gente faz um negócio, porque eu quero ver o movimento, né? Eu quero ver como é que o cara se comporta se movimentando. O canto, então às vezes eu paro de tocar, vamos cantar essa música popular aqui:

“Eita, Pau Pereira/

Pau dá a minha opinião/

todo Paulo flora mói/

só o Pau Pereira não/

é madeira de dar em doido/

Paulo Pereira é madeira de dar em doido”.

E a gente filosofa em cima disso: “E aí, galera, terminou essa música? Pau Pereira é madeira de dar em doido, galera?”

A gente vai discutindo: “Ah! Não, essa é uma música popular antiga, nessa época não se entendia a loucura”,

Mestre de Bateria

Entre os efeitos que essa prática produz na constituição da grupalidade e na vida do bairro por onde circulam, o profissional aponta para uma maior relação com a produção de sentimentos de pertencimento, (re)conhecimento e reconfiguração dos estigmas e papéis sociais dirigidos às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e/ou que possuem alguma condição psíquica divergente.

Tal discussão se alinha com o comentário de Crispim, que destaca que um dos objetivos de pensar a saúde mental na cidade é acabar com o preconceito, que constrói uma imagem estática para o sujeito, retirando sua humanidade e limitando

toda sua existência dentro dessa imagem. Crispim também reconhece que a própria família pode reproduzir falas e comportamentos que restringem os espaços por onde a pessoa circula.

Entrevistador: *“Como é que a gente pode pensar uma saúde mental na cidade?”*

“Primeiro, acabar com o preconceito. É grande o preconceito. As pessoas rotulam, tipo: o Crispim é esquizofrênio. O Crispim não é esquizofrênio, porque ele é uma pessoa. Ele é portador da esquizofrenia. Essa é a diferença. E as famílias também. A gente tem que trabalhar a família que muitas vezes tem preconceito, esconde a pessoa, exclui, deixa dentro de casa. E para a família ver a importância de um cuidado com a arte e com a liberdade”.

Crispim

“Todo tipo de preconceito leva a adoecimento mental. O preconceito é a exclusão”.

Crispim

Goffman (2004) aponta que a estigmatização pode proporcionar uma experiência de inabilidade “para a aceitação social plena”, repercutindo nas relações que podem ser construídas entre o sujeito e seu meio social. Estigmas, preconceitos e opressões podem restringir o espaço de circulação, reproduzindo uma série de limitações cotidianas às pessoas.

O preconceito (pré-conceito) destitui o sujeito de um lugar comum, dificultando a emergência de conectividade com o espaço. Como as pessoas do bairro já possuem uma ideia pronta e (mais ou menos) fixa dos usuários de substâncias psicoativas, imaginário que é cotidianamente bombardeado e alimentado pelas mídias e pela estrutura proibicionista da sociedade, criam uma imagem antecipada das pessoas nessas situações, marginalizando-as da comunidade.

“Então a gente trabalha com [oficina de música] e a gente leva a galera pra rua, pro território, e aí a galera passa a ver, e eles categoricamente ‘eu sou paciente do CAPS AD e eu passo o dia tocando percussão’. Então isso dá uma renovada no lugar social que aquele cara tem, né? Ele era o maconheiro, ele era o drogadinho, agora é o percussionista agora é o músico que compõe um grupo”.

Mestre de Bateria

Entrevistador: *“Como é que vocês faziam [oficina de música]? Vocês também iam pra praça?”*

“Era cortejo cara, a gente escolhia uma rua e ia descendo até a avenida tocando. A pessoa saindo, voltando a cabeça voltava pelo outro lado na outra semana, vamos pelo outro, lá pelo outro lado por que que é importante isso? Lá para aquela história de novo, de ocupar o território, o cara passava sempre naquela rua cambaleando e o pessoal achava que o vidro do carro que tinha quebrado era por culpa dele. O cara passava sempre naquela rua e a negada fechava o portão porque ele ia roubar ara fumar pedra. Agora ele passa tocando percussão. Cara, isso é transformador, velho. Isso é uma cura social, né? Pra além da história física, que traz também uma cura física naquilo. Aquele conforto dele estar seguro, passando e sabendo que ninguém está pensando que ele está roubando, que ele está usando, que ele está fazendo aquilo pra usar, né? Isso é importantíssimo”.

Mestre de Bateria

A caminhada aqui assume outra estética: a de um cortejo. Partem juntos de um ponto específico (o CAPS) em um gesto coletivo que tensiona e tem a potência de ressignificar o modo como os usuários são percebidos pela comunidade. Ao ocuparem a rua como percussionistas, integrantes de um grupo musical e cultural, os usuários encarnam outros papéis sociais que contrastam com os estigmas historicamente atribuídos a eles. Mas esse gesto seria suficiente para desconstruir e transformar todos os estigmas sociais, fazendo com que os usuários de fato sintam pertencimento e conexão com o bairro? Seria capaz de instaurar novos territórios existenciais? Talvez uma ação isolada não produza transformações tão profundas, mas a repetição, qualidade e frequência podem gerar visibilidade no território.

As impressões de Mestre de Bateria sugerem pistas. Existe um atrito gerado pelo cortejo do grupo ao longo da rua, uma prática espacial urbana que disputa o imaginário social depositado nas pessoas. As práticas possuem a potencialidade de disputar e atritar com os imaginários cotidianos da loucura. Mestre de Bateria revela ainda outra camada nas ações da oficina de música: a interface com a cultura popular local. Nesse sentido, ele coloca em prática ritmos, músicas e poéticas originários da cultura popular local, como o coco, o boi e o maracatu.

A dimensão cultural das atividades propostas podem colocar as pessoas em contato com produções artísticas de um mesmo espaço, porém em outro tempo, produções que sobrevivem a partir da oralidade e que representam resistência, persistência, perseverança na existência. Ressaltar a dimensão cultural desses ritmos populares é um aspecto que contribui para as ações do coletivo, seja desconfigurando seus sentidos (pau não é madeira de dar em doido), seja

agenciando práticas na vida do bairro que desestabilizam os imaginários sociais dirigidos às pessoas.

As tecnologias agenciadas por processos artísticos e culturais podem ser aliadas nas vivências grupais de oficinas e grupos que também mantêm uma relação de exterioridade com a instituição, uma vez que é a partir da percussão coletiva que os usuários saem em cortejo, disputando novos sentidos para si mesmos, para a rua e para a coletividade ou grupalidade.

De modo semelhante, mas atravessando outras particularidades, Porta-Bandeiras, educadora física e arteterapeuta, coordenava um grupo de caminhada no contexto de um CAPS AD. Para além de trabalhar aspectos corporais, como respiração e alongamento, elementos fundamentais na clínica em saúde mental, o grupo também tinha como objetivo promover o reconhecimento territorial. A caminhada não se restringia a um exercício físico, mas funcionava como uma experiência de aproximação territorial ao redor do CAPS, permitindo que as pessoas participantes conhecessem e se conectassem ativamente e significativamente com o território.

“Eu tinha um grupo que se chamava [nome do grupo]. O objetivo do grupo era fazer uma caminhada, né? Trabalhar a respiração, a gente fazia um alongamento. Como conhecer o território. Tipo, a gente sai do CAPS, a gente caminhava durante 40, 50 minutos, até onde a gente aguentasse e voltava. Quando a gente voltava, a gente ia discutir o que a gente tinha visto: ‘Ah! eu vi um salão de beleza na rua tal’. ‘Ah! eu vi uma oficina’. ‘Ah! eu conheço um fulano que morava ali’. Então, o objetivo era trabalhar o território”.

Porta-Bandeiras

Calunga comenta sobre o desenvolvimento de um grupo que coordenava no CAPS Geral Adulto, que também apresentou um vetor de saída da instituição. Após cerca de três anos sendo realizado dentro do serviço, a profissional relata que o grupo foi nutrido pelo desejo de mudar o espaço onde acontecia: do CAPS para as casas dos integrantes. É nesse contexto que ela reflete sobre as repercussões que os acompanhamentos (com destaque para a realização do grupo) geraram na ampliação da mobilidade e autonomia de uma integrante.

“Tem uma paciente nossa que eu tenho muito vínculo com a família dela, ela tem cinco filhos, né!? E as filhas delas são muito atentas. E até hoje ela faz parte de dois grupos que eu faço. E como elas perceberam o crescimento dessa mãe, em relação a isso. Ela faz parte do projeto de vida, o quanto ela se desenvolveu nesse caminhar, de estar em locais e elas [as familiares] sempre acompanhavam. Hoje em dia, ela vai sozinha pra todo canto. E o quanto eu me surpreendo, porque hoje a gente faz o [grupo], a gente fala de [grupo] itinerante, que a gente faz grupos na casa dos pacientes, que foi uma ideia do próprio grupo. Hoje em dia a gente dá o endereço da casa que a gente vai, e aí ela chega lá sozinha, entendeu? Então, assim, quando a gente percebe o quanto essa autonomia foi gerada por esses desafios que a gente promoveu, e deu certo, porque foi bacana e foi potente para a autoestima, para a percepção, que transforma e desenvolve as capacidades ali”.

Calunga

Realizar visitas nas casas das pessoas, recuperar a dimensão de uma convivência íntima, é especialmente importante para pessoas idosas que podem ter mobilidade reduzida, aspecto que exige adaptações na forma como as ações são realizadas. Entretanto, entrar no espaço privativo das pessoas exige muito cuidado e intimidade, mas estamos falando de um grupo onde as pessoas já se conhecem há pelo menos três anos e esta parece ser uma alternativa de fortalecer a constituição do grupo para além dos espaços institucionais, dando maior liberdade para que, quem sabe, algum dia o grupo possa acontecer sem a presença ou a supervisão de profissionais de saúde.

“Aí tem um grupo de oficina produtiva que a gente tinha também, que a gente fez uma parceria com o CAPS AD, que lá eles faziam uma colcha de retalhos, lá no CAPS AD. A gente descobriu que eles faziam essa oficina. E aí eu disse assim: ‘Quer saber! Eu vou levar as meninas daqui para lá para o CAPS AD’. Isso foi um outro desafio que eu fiz porque eu era sozinha nesse grupo. Eu como profissional resolvi levar nove mulheres para a gente ir lá para o CAPS AD que ficava na [bairro de Fortaleza]. A gente ia pra lá pra fazer essa oficina. Então era um outro percurso que a gente fazia com outro grupo, e foi bem interessante porque a gente ia conhecer outros usuários, a gente fez amizade, fez vínculos lá em outro CAPS. Aprendemos a fazer essa colcha, essa colcha durou nove meses, então eram nove meses que eu levava elas de ônibus a gente ia passava por um terminal de ônibus né e eu ia com elas e foi muito bacana isso porque foi uma outra experiência que eu tive com as usuárias e foi um sucesso porque era acompanhando mesmo, não era eu marcando com elas lá, era eu acompanhando né porque assim era bem interessante”.

Calunga

Neste outro exemplo, vemos Calunga aproximando dois serviços da RAPS para uma a realização de uma atividade em comum: a construção de uma colcha de retalhos. Nesse processo, gostaria de ressaltar quando a profissional destaca a

importância da utilização da rede de transporte público como elemento que compõe as idas ao outro serviço, uma vez que facilita este acompanhamento das usuárias como quem visita uma amiga que mora em um bairro distante.

Outra modalidade grupal mencionada nas entrevistas-conversas refere-se aos vetores de saída produzidos a partir de um grupo de economia solidária acompanhado por Dama do Paço. Entre os deslocamentos facilitados por esse grupo, destacam-se as idas ao centro da cidade para aquisição de novos instrumentos de trabalho e o processo de emissão da carteira de artesão ou artesã junto à Central de Artesanato do Ceará (CeArt). Esses movimentos indicam que práticas associadas à economia solidária e à geração de renda podem deslocar os papéis sociais desempenhados pelas pessoas acompanhadas, permitindo que se experimentem como produtores, artistas e artesãos pessoas ativas na cena urbana e econômica da cidade.

“A gente era da economia solidária. Então, elas sempre sabiam fazer alguma coisa. Um bordado, um crochê, um fuxico. Elas sabiam e ensinavam pras outras que estavam interessadas. A gente tentava comprar de primeira vez, mas nas próximas produções que elas iam fazer, a gente usava já o dinheiro que a gente vendia do que elas fizeram. Vocês levam para vender. Esse dinheiro nós vamos comprar mais material. Aí as gente ia para o centro. Vocês acham que é isso aqui que compra? É assim? Com as tintas? E aí elas chegaram a tirar a carteirinha. E até hoje tem paciente que trabalha com isso [...]O que que acontece, então a gente andava assim: exposição. Tinha pacientes nossas que elas foram pra CeArte. Tiraram a carteirinha de artesão. Vendiam, a gente ia pro terminal pra vender as coisas”.

Dama do Paço

O cadastro na CeArt é uma forma de reconhecimento do caráter artístico, artesanal e comercial das produções das artesãs e artesãos da cidade. Além de valorizar a geração de renda que essas atividades proporcionam, esse cadastro oferece benefícios fiscais, como a isenção do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) no estado (Governo do Estado do Ceará, 2021).

Dama do Paço menciona outra experiência que ilustra como práticas artísticas podem atravessar os muros dos serviços e ocupar espaços urbanos: o projeto “Tô de Lua”. A realização de intervenções artísticas em praças públicas envolve tanto os usuários dos serviços quanto moradores da comunidade. A iniciativa amplia as possibilidades de participação sociocultural e favorece o surgimento de sentimentos comunitários, como pertencimento e produção e

fortalecimento de vínculos sociais, especialmente quando promove a convivência entre públicos diversos.

“A gente fazia o Tô de Lua. Por que era tô de lua? Porque já era a noite. A gente fazia intervenção na praça. Tanto com os pacientes daqui, como da comunidade. E lá a gente fazia um espaço aberto. A gente ia, uma vez no mês eu acho, e aí a gente fazia uma exposição de tudo que eles faziam aqui de arte, as pinturas, o autorretrato, tudo que a gente que tinha, as coisas que o Crispim fazia, tudo, e a gente levava pra praça. Lá era um local que você podia falar de poesia, podia falar de experiência, podia cantar uma música”...

Dama do Paço

As entrevistas-conversas revelaram diferentes cenários em que os vetores de saída dos serviços acontecem (grupos, oficinas, caminhadas, cortejos, uso de transportes públicos, intervenções artísticas em praças, confecção da carteirinha de artesão, entre outras modalidades) e, cada qual a seu modo, sugerem efeitos ampliadores no cuidado em saúde mental. No entanto, gostaria de destacar algo inevitável, estar na cidade também possui uma dimensão de risco.

Além dos movimentos que promovem e favorecem as práticas espaciais urbanas, é necessário reconhecer os obstáculos que dificultam o caminhar dessas iniciativas. Em meio aos esforços para ampliar a participação e a circulação de usuários e usuárias aos diversos cenários da cidade, surgem movimentos que, por vezes, restringem, enfraquecem ou até interrompem tais ações. Entre esses, a violência urbana destaca-se como uma barreira importante, especialmente quando atravessada por marcadores sociais como gênero, raça e localização espacial.

7.4 VIOLÊNCIA URBANA E QUESTÕES DE GÊNERO

Nas entrevistas-conversas, Dama do Paço, Colombina e Porta-Bandeiras revelaram um campo de discussão que reflete diretamente nas práticas espaciais urbanas que realizam nos serviços onde atuam ou atuavam. As pessoas participantes apontam para a dimensão de gênero, especialmente em sua relação com a violência urbana.

Ao realizar um breve levantamento na literatura sobre a relação de gênero na Atenção Psicossocial, identifiquei diferentes produções acadêmicas que se dedicam a discutir as experiências e percepções de usuárias e trabalhadoras sobre a relação entre o cuidado em saúde mental e a questão de gênero (Barbosa;

Dimenstein; Leite, 2014; Rangel; Castro, 2023). Ainda que esses estudos não abordem diretamente a perspectiva das trabalhadoras sobre seu exercício profissional, tampouco suas relações com os espaços urbanos, observa-se que a produção de sofrimento mental das usuárias está fortemente atravessada por experiências de gênero e violência.

Contudo, não identifiquei estudos que investiguem como a violência urbana influencia as práticas das profissionais que atuam na Atenção Psicossocial. Ao conversar sobre os aspectos que dificultam a produção de práticas espaciais urbanas que dialoguem com o território dos usuários e dos serviços, as participantes Dama do Paço, Colombina e Porta-Bandeiras revelaram que a violência urbana é um aspecto que dificulta as saídas dos serviços.

“E aí, por causa da violência, porque eu tinha medo. Então, assim, é algo que... Eu sou mulher, né? É uma cidade que tem uma condição, uma disputa de território por facção [...] Eu sei que a gente está exposta ao risco, a vida é um risco, todos nós estamos expostos a riscos cotidianamente, mas imagina você estar atendendo na rua e você sofrer um assalto, disparar uma memória, trazer alguma situação ruim, quando ninguém quer passar por uma situação de violência, ainda mais quando você está ali pensando na realidade de um tratamento. Então, eu acho que a violência é algo que realmente dificulta bastante”.

Colombina

Os relatos da trabalhadora sugerem como a violência urbana atravessa o cotidiano do trabalho em saúde mental, especialmente quando este se dá fora dos muros institucionais, em contato direto com os territórios e seus habitantes. A fala de Colombina explicita como o marcador de gênero potencializa a sensação de vulnerabilidade; a violência deixa de ser apenas um contexto externo ao cuidado e passa a ser um elemento constitutivo das relações de trabalho na Atenção Psicossocial, interferindo no próprio agenciamento do cuidado.

“Olha, eu tive um grupo de caminhada, eu só parei esse grupo por causa das facções que estavam ficando perigoso e eu era a única mulher no grupo, né?”

Porta-Bandeiras

Entrevistador: *“E esse grupo que você falou, ele parou por conta das facções? como é que é isso?”*

“Porque eu era do CAPS AD nesse grupo. O CAPS fica no meio da [bairro periférico de Fortaleza]”.

Porta-Bandeiras

Entrevistador: Era só com mulheres?

“Era não, era maioria de homens. A maioria das vezes só tinha eu de mulher porque eu que facilitava o grupo né. Aí eu comecei a ficar com medo sabe, porque teve a chacina lá no Curió, tinha paciente que não podia andar na [bairro do CAPS] aí comecei a ficar com medo, aí a gente parou”.

Porta-Bandeiras

Cada cidade apresenta suas particularidades e é movimentada por diferentes relações de poder. Entretanto, é inevitável observar que alguns elementos se repetem, especialmente aqueles ligados ao domínio e controle do território, onde muitas vezes jovens negros que residem em bairros periféricos são alvos dessa violência, como aconteceu na Chacina do Curió, apontada por Porta-Bandeiras. Esse crime se tornou uma ferida de Fortaleza; segundo reportagem, ele aconteceu em 2015 e deixou 11 mortos (G1 Ceará, 2015). Os agentes da violência foram policiais militares e as vítimas eram, em sua maioria, jovens periféricos, brancos e negros, de 16 a 18 anos, sem nenhuma passagem pela polícia. O ato criminoso aconteceu em retaliação ao assassinato de um soldado militar que faleceu quando interveio em um assalto.

Souza *et al.* (2023), ao refletirem sobre como elementos presentes em territórios marcados pela violência urbana podem refletir na prática profissional no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) dos bairros periféricos do Rio de Janeiro, destacam que a violência urbana é um fator que limita o desenvolvimento de ações articuladas ao território. Em especial, quando se trata de territórios conflagrados e marcados pela presença de violência armada e pela disputa de controle entre forças policiais e o tráfico. Nesse contexto, as práticas de cuidado tendem a ser restringidas, dificultando a circulação de profissionais e o vínculo com o território, como aconteceu com o grupo de caminhada de Porta-Bandeiras, que foi interrompido por medo da atuação das facções.

A decisão de interromper uma prática espacial urbana revela os limites da atuação quando a segurança básica não está garantida, especialmente quando se é a única mulher em um espaço majoritariamente masculino e em uma sociedade onde as relações de gênero são desiguais e hierarquizadas. O caso da Chacina do Curió inscreve na memória coletiva uma ferida que afeta diretamente a percepção de segurança das profissionais e usuárias, especialmente das mulheres.

“E hoje existe a violência e coisas que a gente não vai dar conta, a gente não dá de jeito nenhum. Mesmo no ônibus que era cedido, mas é diferente, a gente tá amparado ali. A gente tá inclusive com o equipamento da prefeitura, da gestão, da secretaria, tá entendendo? Todo mundo ciente. É como se fosse assim, “ah, você pegou o ônibus e foi com ele, então”... Assim, a gente se sente meio desprotegida também. “Mas quem pediu pra vocês irem? Pegou um coletivo, foi? Acontece alguma coisa? Acontece uma queda? Acontece um problema?” Eu me sinto muito desamparada nesse sentido enquanto profissional”.

Dama do Paço

A profissional, por sua vez, acrescenta que no cenário de risco à violência, a ausência de respaldo institucional também age como um limitador importante das práticas espaciais urbanas. O sentimento de desamparo e a falta de uma responsabilidade compartilhada fazem com que a profissional restrinja suas ações na cidade. Em sua entrevista-conversa, ela aponta que acompanha as ações que acontecem no serviço, mas, devido à falta de apoio, não tem mais a iniciativa na proposição dessas ações.

A violência urbana é uma realidade para muitas metrópoles brasileiras e pode ser considerada como produto da concentração de riquezas e de poder. Le Goff (1998) aponta que as movimentações provocadas pela violência estão presentes desde a antiguidade e o período medieval, ou seja, compõem o cenário urbano há muito tempo. A violência também pode ser compreendida como produto do patriarcado, do exercício de poder, da branquitude e do domínio do território, uma vez que estas também são forças produtoras das cidades (Berth, 2023). A cidade (re)produz violência na medida em que sua construção também foi baseada por muita violência e exclusão.

Como mencionado no aquecimento desta cartografia, a dimensão espacial envolve as movimentações que acontecem em seu interior, e uma movimentação calibrosa pode ser produzida pela violência urbana que, por sua vez, reflete no conjunto de práticas que podem (ou não podem) acontecer no espaço. É importante ressaltar que não são os espaços ou os territórios que são vulneráveis ou violentos, mas são as relações que movimentam e circulam por eles que podem ser produtoras de violência e vulnerabilidade, especialmente quando tais movimentos refletem a busca por domínio e poder.

Essa dimensão de disputa pode ser observada nas percepções das participantes que, muitas vezes, não conseguem sustentar ações e práticas na

interface com os territórios das pessoas e do serviço. A violência urbana apresenta um potencial de atrofiar a dimensão territorial e comunitária dos serviços substitutivos constituintes da RAPS, especialmente quando as profissionais relatam sensações de desproteção e desamparo institucionais e advertem para as relações entre gênero e violência urbana.

Quando a dimensão do risco à violência não é assumida, refletida e elaborada pela equipe e pela gestão, a responsabilidade pelo que acontece ao longo das experiências e vivências recai sobre as trabalhadoras, que já precisam lidar com a violência estrutural do machismo e misoginia (vvida ou em potencial). Nesse ínterim, fica o questionamento: é possível sustentar uma proposta de cuidado integral e relacionado à vivência da própria cidade quando as profissionais se sentem desprotegidas ao saírem da instituição?

Mais do que garantir infraestrutura física ou protocolos de segurança, é preciso construir estratégias de cuidado que considerem a experiência vivida por usuárias e trabalhadoras, que escutem seus medos, limites e saberes, em especial quando vivemos em um dos países que lideram os *rankings* internacionais de feminicídio. A rua, o território, o coletivo, todos fundamentais na proposta de uma rede de serviços substitutivos, não podem ser romantizados; são mobilizados por conflitos e riscos. Eles precisam ser habitados com ética, escuta e responsabilidade compartilhada entre sujeitos, serviços e o Estado. Somado a isso, corroboramos com os comentários de Abre-Alas:

“Olha, eu vejo o seguinte: a gente vive num momento muito difícil, num momento de um medo, onde os espaços públicos têm uma tendência a serem esvaziados pelo medo, das pessoas se confinarem nas suas casas. E eu acredito que hoje, mais do que nunca, a gente precisa ocupar esses espaços com alegria, com arte, com vida”.

Abre-Alas

Os relatos analisados ao longo deste trabalho evidenciam que a dimensão de gênero atravessa de forma significativa as práticas espaciais urbanas desenvolvidas por trabalhadoras da Atenção Psicossocial. Sem embargo, esse ainda é um campo pouco explorado de maneira sistemática na literatura. Diante disso, torna-se fundamental fomentar novos estudos e pesquisas que aprofundem a relação entre gênero, trabalho e território, considerando os desafios, os atravessamentos e as estratégias construídas por essas profissionais nos contextos

marcados por desigualdades, violências e disputas urbanas. Investigações futuras podem contribuir para o fortalecimento de políticas públicas mais sensíveis às especificidades de gênero e para o aprimoramento das práticas territoriais no campo da saúde mental.

7.5 CUIDADO E ESPAÇO URBANO: PERSPECTIVAS DAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Este trecho do percurso visa analisar como a terapia ocupacional emergiu nos discursos e narrativas das pessoas que participaram desta pesquisa. É importante destacar que as pessoas que não são terapeutas ocupacionais não foram questionadas diretamente sobre a prática da profissão, sendo o tema apresentado espontaneamente ao longo de algumas entrevistas-conversas. Com exceção do familiar entrevistado, todas as pessoas participantes mencionaram a terapia ocupacional durante as entrevistas-conversas, ora reconhecendo-a como uma profissão da área da saúde que integra o campo da saúde mental, ora destacando interfaces mais específicas.

Já para as terapeutas ocupacionais, realizei perguntas que buscassem explorar como as práticas espaciais urbanas que realizavam dialogavam com a terapia ocupacional. Em função disso, as entrevistadas foram questionadas sobre o papel da profissão na produção de práticas que extrapolam os muros dos serviços em que atuam. É inevitável que eu também me coloque nesta análise, afinal, minhas práticas também são objetos desta cartografia. Minha trajetória como terapeuta ocupacional se entrelaça com as narrativas e reflexões aqui produzidas. A intenção aqui não é afirmar que as práticas analisadas são exclusivas da terapia ocupacional, no entanto, os discursos e narrativas das terapeutas ocupacionais sugerem certa expertise quando se trata da produção de práticas espaciais urbanas no contexto da Atenção Psicossocial.

Acredito que a formação graduada em terapia ocupacional seja um elemento que prepara profissionais para a criação de estratégias e tecnologias que fortalecem e colocam em exercício a autonomia e a cidadania das pessoas acompanhadas, processo que também passa pelos espaços das cidades onde essas pessoas vivem. Tal perspectiva está presente no Projeto Político-Pedagógico de um dos cursos de

graduação em terapia ocupacional mais antigos do Brasil, o da Universidade de São Paulo (FMUSP, 2024, p. 1), que compreende a terapia ocupacional como:

Um campo de conhecimento e intervenções em saúde, em educação, em arte e cultura, em trabalho e na esfera social. Ela elabora e aplica tecnologias orientadas para desenvolvimento, manutenção ou recuperação da autonomia de pessoas que, por problemas específicos (físicos, sensoriais, psicológicos, mentais e/ou sociais), sofrem, temporária ou definitivamente, pela dificuldade de se envolver ou atuar efetivamente em diferentes situações ordinárias ou de inserir-se e participar da vida social. A intervenção proposta se ancora na compreensão dos processos ocupacionais em diferentes momentos de vida e diferentes contextos sociais, culturais, históricos, políticos e econômicos. Fundamenta-se ainda na compreensão das relações saúde-sociedade e dos processos de inclusão e exclusão social, para atuar em programas de promoção, proteção, recuperação, inclusão e reabilitação nos setores da saúde, da educação e da assistência social.

No que diz respeito ao campo da saúde mental, a profissão tem se mostrado historicamente alinhada com a formação de profissionais implicados com os pressupostos da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial e da reabilitação psicossocial, especialmente na construção de tecnologias de inclusão social e emancipação de sujeitos individuais e coletivos (Lussi *et al.*, 2019; Morato; Lussi, 2018).

“Porque se a gente pega um paciente, a gente pega um usuário ali para lapidar, para mostrar para ele, para junto com ele, resgatar tudo que ele pode ter de potencial. Se a gente chegar naquele ponto de ele resgatar tudo aquilo, E resgatar a sua cidadania, resgatar a sua autonomia, e se perceber como um ser cidadão ali, pronto. Ali te entrega para o mundo. Deus asas para ele, não é?”

Calunga

Assim como Calunga, que aposta na potência da profissão em estreitar as relações das pessoas com o mundo, Almeida e Trevisan (2011) apontam uma tendência das práticas terapêuticas ocupacionais em saúde mental focarem na promoção de saúde, cidadania e participação social, aspectos que envolvem o reconhecimento da singularidade dos sujeitos, seus contextos socioculturais, assim como sua participação no território e na comunidade.

Sob essa ótica, terapeutas ocupacionais que atuam nos dispositivos da RAPS possuem uma tendência a estarem comprometidas com a produção de um cuidado em liberdade, uma vez que essa modalidade auxilia nos processos de

emancipação social das populações atendidas (Lussi *et al.*, 2019). São profissionais que podem colaborar com a construção de práticas de mobilização política, cultural e social, criando espaços que celebram as diferenças e a convivência plural entre as pessoas e que também contribuem com a produção de cuidado em saúde mental na medida em que enfrentam o fortalecimento e as atualizações de lógicas excludentes.

“Então, vamos fazer o quê com essa autonomia? Vamos sair! Vamos ver como essa autonomia se dá. Ela se dá fora, quando você percebe que existe uma cidade. E agora? Existe um mundo lá fora! Vamos explorar, né? Vamos explorar, vamos conhecer, vamos reconhecer, vamos olhar de um outro modo, vamos rever, né?[...] Então assim, é saber que você [os/as usuários/as] pode estar onde você quiser estar, sabe? É saber que você pode. Posso pegar na sua mão agora, mas eu vou soltar a sua mão para você ir só também”.

Calunga

“Eu acho que tem essa possibilidade de fortalecer a autonomia e a identidade de uma forma mais potente. [...] até para a gente conhecer em como é que essa pessoa transita em outros lugares [...]. Como esse corpo é visto, é sentido”.

Colombina

“A terapia ocupacional tem essa questão, né? Porque aí vem essa expertise dessa relacionada a essa autonomia. Porque aí a gente vai perceber tudo: tem condição de ir? Não tem? Como é que essa pessoa pode ir? Porque às vezes uma pessoa que não tem condição de ir, que vai no público, que vai num coletivo, pode ir comigo. Já teve gente que foi comigo, que eu disse assim, não, vou fazer o seguinte, não posso levar todo mundo, mas eu vou ver quem não tá podendo ir por alguma condição, e aí já foram comigo, pro teatro, já foram comigo. Pro cinema”.

Dama do Paço

Acredito que a relação com o território e os encontros com os espaços da cidade sempre foram uma preocupação das terapeutas ocupacionais, especialmente devido à interface com as atividades e ocupações que compõem o cotidiano e a vida diária das pessoas. Constantinis *et al.* (2025), que investigaram aspectos do núcleo da terapia ocupacional no campo da saúde mental, identificaram que as atividades e o cotidiano constituem-se como objetos centrais para a profissão. Como, então, pensar a vida cotidiana sem considerar sua interação com os espaços da cidade? Como refletir sobre a mobilidade, cuidado de si, a produção de sociabilidades, atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária sem levar em conta a interface com os espaços urbanos? De fato, os dados produzidos ao longo da cartografia não são suficientes para afirmar com precisão aspectos estruturais do

núcleo profissional. Entretanto, acredito que as reflexões aqui propostas contribuem para a terapia ocupacional no campo da saúde mental e da Atenção Psicossocial.

Colombina destaca que entrar em contato com o que está além dos muros institucionais significa conectar-se com aquilo que pulsa no território. Mais do que um deslocamento espacial, a produção dos encontros com os espaços da cidade proporciona novas experiências, desperta sentimentos de pertencimento e pode constituir a identidade dos sujeitos, além de possibilitar acesso a novos estímulos, frequentemente negados às pessoas que apresentam uma condição psíquica divergente.

Entrevistador: *“O que nessa proposta de sair dos serviços estimula nos usuários, nas pessoas, que não acontece dentro de um atendimento mais clássico, numa sala?”*

“Menino, é tanta coisa! [...] É ela [a pessoa acompanhada] conhecer aquele ambiente, saber que existe aquela biblioteca, que faz parte dela e também, estimular outras práticas, né? Eu acho que é tão rico [...] porque tem esse encontro que é atravessado pelo que pulsa na cidade, o que pulsa naquele lugar, naquele território. [...] Eu acho que traz a sensação de pertencimento. Pra essa pessoa que é do lugar, é o lugar dela. É a cidade dela”.

Colombina

O pulsar da cidade que Colombina menciona pode ser associado diretamente à produção cultural que emerge nos territórios. A cultura, expressa nas práticas cotidianas, nas manifestações artísticas e nos encontros coletivos, é um dos elementos que dá vida aos espaços urbanos, transformando-os em territórios carregados de significado. Esses espaços, quando habitados e reconhecidos pelos sujeitos, deixam de ser meros cenários e passam a compor a experiência de pertencimento, identidade e produção de subjetividade.

A cultura não é produzida apenas nos equipamentos culturais da cidade como teatros, cinemas, museus, bibliotecas, centros culturais, espaços de música e dança; aqui reconhecemos que a cultura de uma cidade é produzida por quem nela vive, em sua dimensão coletiva, e flui por seus espaços, pelas praças, ruas, feiras, calçadas etc. Espaços que, ao serem praticados pela comunidade, produzem cultura cotidianamente.

A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (Campos; Amaral, 2007, p. 852).

Ao ser questionada sobre os motivos que levam os terapeutas ocupacionais a construir uma diversidade de práticas que extrapolam os muros institucionais, Colombina responde:

“Porque fortalece a identidade dessa pessoa e a relação dela tem com o território. Diferente de uma clínica, uma clínica entre quatro paredes, em que a gente não tem essa coisa tão encarnada, né? Que aí, como o Paulo Freire, ele falou do saber da experiência, né? Esse saber encarnado, vivenciado”.

Colombina

Paulo Freire, renomado pedagogo brasileiro, deixou um legado cujas obras e reflexões seguem reverberando na atualidade e extrapolam o campo da educação, inspirando também terapeutas ocupacionais e profissionais da saúde mental. Seus pensamentos enfatizam a relação dialética entre educador e educando, baseada no respeito e no reconhecimento mútuo. Para Freire, o aprendizado acontece a partir da experiência concreta e do saber que as pessoas constroem em seu cotidiano. Ele afirma que, no trabalho docente, é essencial estabelecer uma conexão com o saber das experiências dos educandos:

Como educador preciso de ir “lendo” cada vez melhor a leitura do mundo que os grupos populares com quem trabalho fazem de seu contexto imediato e do maior de que o seu é parte. O que quero dizer é o seguinte: não posso de maneira alguma, nas minhas relações político pedagógicas com os grupos populares, desconsiderar seu saber de experiência feito. Sua explicação do mundo de que faz parte a compreensão de sua própria presença no mundo. E isso tudo vem explicitado ou sugerido ou escondido no que chamo “leitura do mundo” que precede sempre a “leitura da palavra” (Freire, 1996, p. 43).

As relações terapêuticas construídas entre as profissionais e as pessoas que fazem uso dos serviços também apresentam dimensões políticas e pedagógicas, pois envolvem processos de ensino e aprendizagem. O encontro com a cidade propicia novas aprendizagens tanto para a profissional, que passa a conhecer melhor a pessoa que acompanha fora das influências do serviço, quanto para a usuária ou usuário, que aprende novas formas de se relacionar com a cidade, seus espaços e suas pessoas. Como destacam Calunga e Dama do Paço:

“Eu acho muito interessante porque, assim, o aprendizado de se deslocar, do deslocamento de um lugar para o outro, o aprendizado de uma nova prática, o vínculo com outras pessoas, o desdobramento do fazer. Se você aprende a fazer algo, isso estimula você a fazer outras coisas na sua vida”.

Calunga

Entrevistador: *“Mas o que você acha que isso desenvolve nos usuários, o uso do transporte público, por exemplo?”*

“Ah, eu acho ótimo! Ah, eu acho a autonomia mesmo. Se a gente for pensar, lida com muita coisa, né? É você ficar na parada, ver qual é o ônibus, entrar, pagar, pedir pra descer em ‘tal’ local, se orientar... Aí é vasto demais, né? [...] É importante para o projeto terapêutico singular terapêutico, entendeu?”

Dama do Paço

As terapeutas ocupacionais acrescentam à dimensão terapêutica o caráter pedagógico e ocupacional dos acompanhamentos que realizam em saúde mental, associando-os à produção e ao exercício de autonomia, independência e à qualidade de ser ativo no mundo. A interface com os espaços urbanos abre possibilidades para a produção de outras aprendizagens que colaboram com o fortalecimento da autonomia e identidade fora das instituições. A construção e o exercício da autonomia e da independência também foram apontados como um dos motivos que levam as profissionais a saírem com os usuários para a cidade.

Para além da dimensão pedagógica dos processos terapêuticos ocupacionais, as profissionais entrevistadas destacaram a importância de sua atuação na construção de formas de comunicação que ultrapassem o verbal. Trata-se de promover uma comunicação sensível, capaz de articular o mundo interno dos sujeitos aos elementos que compõem o mundo externo, favorecendo uma relação entre interioridade e exterioridade. As atividades humanas (Frigato, 2007) podem ser mediadoras potentes na comunicação e expressão pessoal por meio de gestos, imagens, sons, cores, movimentos, texturas, materiais e experiências compartilhadas, permitindo que os sujeitos se conectem ao seu entorno de modo mais singular e potencializador.

Em saúde mental, o sofrimento e a condição psíquica podem gerar diferentes efeitos na vida cotidiana, refletindo na capacidade comunicativa e de linguagem das pessoas. É comum que pessoas em sofrimento psíquico apresentem dificuldades em expressar, evocar, enunciar sentimentos, sensações e ideias,

aspecto que interfere diretamente em sua autonomia. Afinal, “todos os diversos campos da atividade humana estão ligados ao uso da linguagem. Compreende-se perfeitamente que o caráter e as formas desse uso sejam tão multiformes quanto os campos da atividade humana” (Bakhtin, 2016, p. 11).

É sob esse prisma que Calunga reforça que as experiências artísticas investigadas abrem um “canal de expressão” fundamental para aqueles que não conseguem verbalizar seus sentimentos. Assim, a experiência artística, em sua capacidade comunicativa de produzir linguagem, pode ser um meio de conexão (e produção) de subjetividades, ampliando as formas de comunicação e interação social.

“Para mim, a arte é um canal de expressão. Primeiro de tudo, quando o paciente não consegue falar o que ele sente, os seus sentimentos, ele é aquele canal. Porque, às vezes, realmente, ele não consegue falar mesmo. E aí, através da arte, com qualquer linguagem artística, se a gente colocar para ele, pronto. Ele já consegue se expressar de alguma forma. E depois ele vai servir como uma forma de ele se mostrar para o mundo, de se sentir produtivo, de se sentir como um ser no mundo”.

Calunga

A arte, em sua diversidade de linguagens, possibilita que os indivíduos expressem sentimentos e ressignifiquem suas vivências. Crispim destaca essa função ao afirmar que “A arte é o melhor transmissor de sentimentos”, permitindo expressar alegrias, tristezas e outras emoções que, muitas vezes, não encontram espaço na comunicação verbal.

“A arte é o melhor transmissor de sentimentos. A gente transmite através da arte alegria, tristeza. Tudo que a gente sente, a gente transmite através da arte. Quando eu falo da arte, não é só a arte plástica, é na diversidade da arte”.

Crispim

A arte apresenta uma diversidade de linguagens, cada qual com uma especificidade. A terapia ocupacional aparece, nos relatos de Crispim, como uma agenciadora nos processos de descoberta e fortalecimento da expressão subjetiva por meio da arte. O artista-usuário-militante menciona que foi durante um processo terapêutico ocupacional que seu talento artístico foi “descoberto” e lapidado, possibilitando sua participação e reconhecimento em concursos artísticos. Esse relato sugere o papel da profissão na promoção de experiências que potencializam

habilidades e ressignificam histórias, sendo produtoras de subjetividade por meio da experiência artística.

“Mas o que mesmo descobriu o meu talento artístico foi a terapia ocupacional, que eu até costumo dizer, né, que o terapeuta descobre e lapida talentos. Com um ano e pouco que eu estava fazendo as terapias, eu participei de um concurso e ganhei, tirei o primeiro lugar. [...] foi no Rio, patrocinado pela Fiocruz, o nome do concurso era Loucos pela Diversidade. [...] Viajei pra receber, já viajei só, porque quando eu cheguei no CAPS, eu não tinha autonomia, eu não andava só. E quando eu fui fazer essa viagem, eu fiz questão de ir só para mostrar a importância da arte e para mostrar para os profissionais e para a minha família que o cuidado que eu estava tendo tinha surtido efeito. E assim eu fiz, viajei só sem nenhum problema”.

Crispim

Um dos desdobramentos do fortalecimento dos traços artísticos de Crispim foi sua participação e vitória em um concurso. Em sua entrevista-conversa, ele comenta que realizou essa viagem sozinho e a descreve como marcante, algo que jamais imaginaria ser possível, especialmente ao considerar suas experiências anteriores nos hospitais psiquiátricos da cidade, onde enfrentou situações de violência bastante desafiadoras.

A aproximação com os processos artísticos pode abrir espaço para a emergência de outras potencialidades, evocadas pelo próprio sujeito, onde terapeutas ocupacionais possuem um papel de agenciamento, como quem favorece o surgimento desta abertura, mas é o usuário quem faz uso, exercita e floresce. À luz disso, Mestre de Bateria, ao lembrar da efervescência cultural vivida no segundo período da Atenção Psicossocial de Fortaleza, destaca que *“a terapia ocupacional estava bombando”*, associando a valorização da profissão à presença intensa de práticas artísticas e culturais nos CAPS. A partir dos relatos das pessoas participantes, é possível perceber que as práticas produzidas por terapeutas ocupacionais não eram vistas apenas como complementares, alternativas ou, ainda, para “ocuparem o tempo” das pessoas, mas como parte essencial do cuidado em saúde mental. As atividades artísticas emergem como dispositivos potentes, especialmente por contribuírem com formas de cuidado que vão além do uso de medicações.

“Então, eu passei todo esse período. Período onde a terapia ocupacional estava bombando, cara, dentro dos CAPS porque tudo era arte, tudo era pintura, tudo era música, tudo era dança, tudo era cuidado, mais delicado, além de só medicação”.

Mestre de Bateria

“Então, a arte-cultura, que envolve a música também, faz com que esse trabalho seja mais completo, né? Faz com que a gente consiga misturar toda a parte temática da arte-cultura, de quem ele [o usuário] é, como povo, como sociedade, como cidadão de uma cidade, e também todo o complexo que ele é com relação ao fisiológico: “Eu estou tremendo? Eu consigo tocar? Eu quero tocar ou eu quero deixar de tremer? Eu quero ficar dopado à noite para não usar [substância psicoativa] ou eu quero ficar consciente à noite para escrever?” Então todo esse processo precisa ser observado. O terapeuta ocupacional tem uma função importantíssima nisso, por sinal”.

Mestre de Bateria

A arte e a cultura ocupam um papel histórico na construção de estratégias e tecnologias de cuidado em saúde mental (Lima; Pelbart, 2007) e na epistemologia da terapia ocupacional. A interface entre terapia ocupacional, arte e cultura mostra-se, assim, como uma potente ferramenta para o fortalecimento da identidade, da autonomia e da cidadania. Ao reconhecer a arte como linguagem, meio de expressão e espaço de encontro, a terapia ocupacional reafirma seu compromisso com a produção de vida (Quarentei, 2001) e com a construção de estratégias que extrapolam o cuidado biomédico, ampliando as possibilidades de existência e a participação dos sujeitos na cidade.

O que quero pontuar aqui é que as saídas do CAPS são motivadas por uma diversidade de objetivos, seja para desenvolver um olhar ampliado sobre a pessoa fora dos espaços institucionais, seja para colocar a autonomia e a independência das pessoas usuárias em exercício, para adquirirem habilidades essenciais para uma relação mais potente com a cidade, para conhecer e praticar os espaços, aprender a se deslocar (caminhar, andar, utilizar meios de transportes), seja para reconhecimento territorial, para realizar alguma abordagem de crise. Transformar as relações entre usuários e trabalhadores para além de uma lógica biomédica, mas na direção de uma relação mais afetiva de reconhecimento e respeito mútuo, considerando seu universo vivido e experienciado.

A análise das práticas nos espaços urbanos evidencia seu potencial transformador tanto para usuários e usuárias quanto para trabalhadores e trabalhadoras da RAPS. Esses encontros com a cidade não se limitam a

deslocamentos físicos, mas caminham na abertura e emergência de novas experiências e interações que ampliam as formas de pertencimento e promovem processos de (re)construção identitária. Ao transitar e participar, os sujeitos não apenas conhecem novos espaços, mas também aprendem outras formas de ser e estar no mundo, ressignificando as relações consigo mesmos, com os outros e com a própria cidade. Trata-se de um processo em que agenciamentos subjetivos são mobilizados, permitindo a produção de subjetividades interconectadas e conectadas com o ambiente urbano.

Sendo assim, nossa defesa é que as ruas e calçadas da cidade não sejam apenas um ambiente onde a cena urbana acontece, mas agentes ativos na produção de cuidado em saúde mental.

8 PERCURSSO III - A DIMENSÃO SOCIOCULTURAL DAS PRÁTICAS ESPACIAIS URBANAS - FESTA, ARTE E CULTURA NA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL: A II PARADA DO ORGULHO LOUCO E O BLOCO DOIDO É TU

Chegamos no terceiro percurso desta tese-caminhada. Aqui serão desdobrados os acontecimentos cartografados com o objetivo de discutir algumas linhas de força que emergiram a partir da colaboração na organização da II Parada do Orgulho Louco e na vivência na bateria do Bloco Doido é Tu. Anteriormente, discutimos as práticas espaciais urbanas de trabalhadores e trabalhadoras de alguns CAPS de Fortaleza; suas narrativas revelaram elementos históricos, políticos e cotidianos do trabalho na Atenção Psicossocial. Agora, partiremos para a descrição e análise de duas experiências em que práticas espaciais urbanas são agenciadas por meio da arte e da cultura em sua interface com a saúde mental. São vivências que mobilizam frequentadores e trabalhadores dos serviços da RAPS, irradiam-se para a comunidade e, em última instância, inscrevem-se como ação estética e política na própria cidade.

8.1 CARTOGRAFIA DO BLOCO DOIDO É TU E O CARNAVAL NA SAÚDE MENTAL

O BDT é um bloco carnavalesco que existe desde 2007, sendo organizado pela Fundação Educacional Silvestre Gomes²¹. É formado por profissionais de diferentes áreas, pelo público atendido nos CAPS da cidade de Fortaleza e também mobiliza a participação de familiares, artistas, gestores, estudantes e demais pessoas da comunidade (Movimento Saúde Mental, 2013). Abre-Alas, que já foi gestora cultural da cidade de Fortaleza, integra, desde seu início, a equipe que coordena anualmente as ações do bloco.

“O Bloco Doido é Tu é uma ação da Fundação Educacional Silvestre Gomes, mas, na verdade, ele existe mais como um movimento da sociedade civil de vários atores que se juntaram em função desse bloco, onde a fundação acolheu o bloco e o representa institucionalmente quando necessário, mas o bloco tem estrutura e vida próprias”.

Abre-Alas

²¹ A Fundação Silvestre Gomes foi criada em 1999 a partir de um grupo de moradores do bairro Rodolfo Teófilo.

Embora seja uma organização da sociedade civil, a Fundação Silvestre Gomes apresenta um funcionamento semelhante ao de um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)²². Ferigato, Carvalho e Teixeira (2016, p. 81) definem os centros de convivência como “dispositivos intersetoriais, inseridos em um território e com ele articulado, com o objetivo de promover espaços de convívio e participação social para todas as pessoas desse território, incluindo àquelas que vivenciam diferentes formas de exclusão”. Essa modalidade de equipamento está presente, em sua maioria, em cidades do sudeste brasileiro como São Paulo e Campinas, por exemplo. Todavia, trata-se de um equipamento ausente na cidade de Fortaleza e em praticamente todo o nordeste brasileiro.

O Doido é Tu é apontado como o primeiro bloco de carnaval do Brasil composto majoritariamente por usuários e profissionais dos serviços da RAPS, especialmente os CAPS (Prefeitura Municipal de Fortaleza, s.d.). Considerado uma ação cultural pela Secretaria de Cultura de Fortaleza, o bloco carrega traços e elementos que dialogam com o universo da cultura popular local.

O Bloco de carnaval “Doido É Tu”, é uma ação cultural da Fundação Educacional Silvestre Gomes, o qual tem como viés de atuação a criação e expressão artística, tendo como foco os direitos coletivos, à exemplo do direito à informação, o acesso aos meios de produção e fruição artísticas, e em especial o direito à saúde mental. Promovendo atividades culturais, e no âmbito da saúde, atendendo a um público diversificado, especialmente os usuários da rede de saúde mental da cidade de Fortaleza (Prefeitura Municipal de Fortaleza, s.d.).

O ato de sair para festejar durante o carnaval, seja num bloco de rua ou na avenida, pode ser reconhecido socialmente como um ato de “brincar”, especialmente na região nordeste do Brasil. “Brincante” é um termo utilizado pela comunidade para designar uma pessoa que festeja em blocos e agremiações durante as festividades carnavalescas. Trata-se de uma nomenclatura amplamente utilizada no contexto das culturas populares tradicionais, nas quais o brincante é identificado como:

²² Em 2023 foi instituído pelo Ministério da Saúde o grupo de trabalho (GT) responsável pela formulação do Programa Nacional para os Centros de Convivência da RAPS, onde o próprio BDT representa Fortaleza e o nordeste do Brasil (Brasil, 2023). A constituição do GT indica uma preocupação com a construção de uma política nacional para os centros de convivência em sua relação com a saúde mental e a cultura.

O participante de espetáculos populares [...]. Etimologicamente, brincante é aquele que brinca. Por isso, mais do que apresentar ou representar, o brincante literalmente brinca, no sentido de divertir-se livremente, ele e seu público, ambos fazendo parte da brincadeira (Silva, 2015, p. 25).

Na minha vivência junto ao BDT, o brincar na avenida foi resultado de um processo coletivo, em que cada brincante participou, à sua maneira, da construção de um pedaço da festa, trazendo sua própria forma de brincar, cantar e dançar o carnaval. No meu caso, pude experienciar e contribuir com esse processo ao me inserir nas oficinas de percussão, momento em que se formava a bateria do bloco.

Esses encontros ganharam contornos ainda mais significativos diante do contexto de transição em que nos encontrávamos: nos anos anteriores (2021 e 2022), o carnaval não aconteceu devido à pandemia de Covid-19. Foi um período marcado pela necessidade de distanciamento social e pela ausência de práticas coletivas nos espaços públicos urbanos. A retomada do convívio social mais amplo na cidade abriu novas possibilidades de reconexão com a potência do encontro, da criação coletiva e da ocupação de ruas e avenidas por meio da arte, da alegria, da convivência e da festa. Brincar no carnaval de 2023 teve um sabor diferente, tornou-se um gesto político e afetivo de celebração da vida, de resistência e da construção de outros modos possíveis de estar juntos.

Quando soube que estavam abertas as inscrições para as oficinas de percussão do BDT, pensei que essa pudesse ser uma ótima via de aproximação. Com isso em mente, pude participar e conhecer de perto e de dentro como o bloco se organizava, através de uma perspectiva de quem dele participa. Meu interesse era participar, aprender, praticar, compor, experimentar, sentir no corpo a pulsação dos bastidores de um bloco e conviver com as pessoas ali envolvidas. Se por um lado minha participação foi mobilizada a partir do meu interesse de pesquisa e da abordagem metodológica, por outro, era também animada pela possibilidade de, pela primeira vez, ser ritmista e poder “brincar” e festejar junto durante o desfile na avenida. Afinal, o carnaval do Brasil estava de volta.

Sendo assim, comecei a frequentar as oficinas de percussão assim que as atividades foram iniciadas. Alguns ensaios aconteceram dentro de uma sala da Fundação Silvestre Gomes, mas a grande maioria deles se deu no espaço público, sob o céu, ao ar livre, na praça localizada em frente à sede da fundação. A praça do bairro Rodolfo Teófilo conta com a seguinte estrutura: um campo de futebol, uma

quadra esportiva com piso de concreto, um parquinho infantil com estrutura de madeira e uma área livre com alguns bancos. Era neste último espaço onde as oficinas da bateria e os ensaios gerais do BDT aconteciam como parte dos fluxos e da vida que pulsava naquela praça.

A praça era praticada por diferentes grupos, atividades e pessoas: jovens envolvidos em partidas de futebol, crianças brincando no parquinho de madeira junto a seus responsáveis, ambulantes comercializando pipoca, cachorro-quente e outros lanches, e nós, os brincantes do BDT²³, ensaiando para o próximo desfile. A praça se mostrava como um equipamento cultural bastante utilizado pela comunidade local.



As oficinas eram abertas: participavam homens, mulheres, adolescentes, crianças, pessoas mais idosas, frequentadores dos CAPS, estudantes da universidade, jovens e crianças da comunidade, familiares. Era um grupo intergeracional, e a questão etária também apresentava sua diversidade. Os encontros, para além de instaurarem um ambiente de convívio entre os

²³ Como brincantes do BDT compreendo os frequentadores e frequentadoras dos CAPS, trabalhadores e trabalhadoras da RAPS, comunidade do bairro Rodolfo Teófilo que sempre se unia aos ensaios e demais pessoas que cultuam uma tradição, ou um costume, de sempre sair junto ao BDT no carnaval.

participantes, tinham como objetivo central aprender, ou, de certa forma, envolver-se com uma atividade humana: tocar música, percutir, manusear um instrumento musical. Uma atividade que exige treino e prática, tanto para aprender a anatomia dos gestos necessários à repetição das cadências rítmicas, como o movimento da baqueta sobre o bumbo, quanto para perceber como os gestos singulares, ainda que distintos entre si, entram em harmonia com os demais, respeitando sincronia de ritmos, velocidades e pausas. Uma prática ao mesmo tempo individual e coletiva.

Como é comum nas manifestações da cultura popular tradicional, o ensaiar e o aprender se davam pelo fazer: uma aprendizagem realizada por movimentos como observação, imitação, prática e repetição. O instrutor oferecia algumas noções gerais, mas todos e todas aprendíamos com os repetidos e ritmados golpes nos bumbos, caixas, tom-tons e surdos, procurando sempre encontrar uma sintonia. Diferentes sonoridades e corpos se encontravam naquela preparação para o carnaval.

As oficinas aconteciam às quintas e aos sábados, entre os meses de janeiro e fevereiro, e seguiam até a data do desfile final. Tinham o objetivo de ensinar, praticar e sincronizar a percussão da ala da bateria com o enredo do bloco, de modo que a letra do samba-enredo, aos poucos, fosse ganhando múltiplas vozes e ecoasse na praça. Os encontros das quintas-feiras eram mais direcionados, voltados à preparação dos integrantes da ala da bateria para o cortejo que seria realizado na Avenida Domingos Olímpio.

Já nos ensaios realizados aos sábados, a bateria se apresentava na praça. Um ônibus cedido pela Secretaria de Saúde (a partir de solicitação da fundação) transportava profissionais usuários e usuárias do CAPS para ensaiarem junto ao bloco, um ensaio unificado entre bateria e brincantes. Alguns já fantasiados, outros com adereços e maquiagem. A participação das crianças do bairro era bastante intensa, mostravam-se atentas e respeitosas às instruções do oficineiro. No entanto, durante o ensaio geral, sob a justificativa de que não havia instrumentos para todos, geralmente elas não participavam da percussão.



Fui percebendo que usuários e usuárias se misturavam com profissionais e com a comunidade, e não me interessava distinguir quem era quem. Ainda assim, quando me aproximava de algumas pessoas, logo elas me informavam de onde vinham. Com esse gesto, fui conhecendo diferentes atores que compunham a ala da bateria do BDT e que frequentavam os ensaios.

Após algumas semanas de preparação, finalmente chegou o carnaval. Foi na segunda-feira, 20 de fevereiro de 2023, às 19h20, que o Bloco Doido é Tu entrou pela 16ª vez na Avenida Domingos Olímpio. No momento em que adentramos a avenida, inesperadamente, fomos banhados por uma chuva intensa, que coincidentemente cessou quando encerramos nossa participação, na dispersão. Foi um dia muito intenso, de grande energia e alegria. A maioria das pessoas chegou mais cedo para colaborar com os últimos preparativos: pegar suas fantasias, organizar os materiais, ajudar a finalizar detalhes dos carros alegóricos.



Cabe destacar que as fantasias e adereços utilizados no desfile foram produzidos por usuários, usuárias e profissionais do CAPS e pessoas da comunidade nos meses que antecederam o carnaval. As oficinas de construção das fantasias aconteciam nos CAPS e também na sede da Fundação, evidenciando uma

programação contínua ao longo de todo o ano e em estreito diálogo com a saúde mental.

Em seu depoimento, Abre-Alas destaca os deslocamentos que a atividade de confecção pode promover, apontando a possibilidade de reverter os papéis comumente ocupados por técnicos e usuários dos serviços. Um usuário com determinada habilidade artística pode ter a oportunidade de ensinar outras pessoas, inclusive profissionais da saúde mental:

“E a gente foi aprendendo muito no trabalho coletivo que a gente faz hoje, no próprio fazer, né? Porque eu acho assim, ele quebra muitos paradigmas. Por exemplo, tem oficinas, tem profissional terapeuta ocupacional, que vem pra uma oficina dada pelo usuário do CAPS. E ali, ele tá como aluno, como participante. É ao inverter, trocar esses papéis, que cria uma relação mais horizontal, que a gente tanto fala. Mas cria sobretudo um novo modo de olhar para aquelas pessoas”.

Abre-Alas



Nota-se que a oferta de espaços que se preocupam na horizontalidade das relações, desestabilizam as hierarquias, mobilizam a criatividade e o fazer humano potencializam ainda mais a ação cultural do bloco. Se considerarmos que a confecção das fantasias leva consigo características pessoais dos/as usuários/as,

desenvolve habilidades e também atuam na produção de subjetividade se colocando como meio de expressão de si, dotado de significados e sentidos e caminham na direção da consolidação de estratégias de cuidado mediadas por atividades humanas (Ferigato, 2007) e ocupações.

A experiência do BDT destaca a possibilidade de uma ação continuada se inscrever na geografia simbólica e material da cidade. Sua inserção histórica no imaginário do carnaval de Fortaleza, evidencia como projetos dessa natureza nutrem um potencial de estabelecer relações duradouras e transformadoras. Exemplo de como o bloco figura no imaginário local pode ser notado no depoimento de Colombina:

“É uma implicância carnavalesca, eu acho! Uma arenga, que a gente chama aqui no Nordeste. É uma arenga carnavalesca, porque você vai pensar nessa coisa do carnaval, dessa festividade, e dessas pessoas serem vistas como brincantes, como pessoas de um bloco, como representação cultural. Eu acredito que tem um outro significado, uma união dessas pessoas, não só entre si, mas com a cidade também. Porque o Carnaval de Fortaleza existe há muito tempo. Tem o dia dos blocos, o dia do Maracatu, o dia do afoxé. Então, é um bloco que ele é pentacampeão, gente! É uma loucura! É uma loucura, né?”

Colombina

A participação da comunidade é sistematizada a partir de um cadastro dos “brincantes”, que auxilia na organização do bloco, mas que não impede a participação de outras pessoas interessadas que, por diversas razões, não preencheram o formulário. Um exemplo disso foi o que pude presenciar no dia da saída do bloco. Cheguei mais cedo, para sentir o espaço, observar e ajudar na organização. Percebi que alguns carros foram finalizados horas antes da saída oficial e que as fantasias foram distribuídas conforme a listagem prévia. Nesse contexto, uma cena chamou minha atenção. Uma mulher adulta com duas crianças pequenas se aproximou da pessoa responsável por distribuir as fantasias e perguntou: *“Como faz pra gente ‘brincar’ também?”*. A responsável entregou algumas fantasias que haviam sobrado e orientou o pequeno grupo para que pudessem participar e “brincar” pela avenida.

Ao mesmo tempo em que o bloco focalizava o público frequentador dos CAPS, também se mostrava aberto à participação de outros agentes, como destaca Rei Momo em sua fala, em que uma experiência que parte da saúde mental se expande e envolve toda a comunidade. Esse aspecto é essencial para pensarmos

em ações que misturam diferentes públicos, em que não é possível diferenciar quem frequenta algum dispositivo da RAPS, quem são os profissionais ou quem faz parte da comunidade, entre outros. Talvez esse seja um traço importante da festa: embora cada pessoa possa ter uma função na brincadeira, no ato de brincar todos são brincantes e praticam alegremente o espaço, ainda que por alguns minutos.

“Porque primeiro o pessoal começou só com o pessoal mesmo que fazia tratamento. Aí depois integrou os profissionais, o pessoal integrado.?[...] Porque o pessoal se sentir inserido na comunidade. Aí foi que surgiu essa ideia para fazer a integração, né? Entre o pessoal que faz atendimento no CAPS e o pessoal que trabalha na área de saúde. Porque também tem a questão, como você sabe da luta antimanicomial”.

Rei Momo

Naquela noite, segundo Abre-Alas, aproximadamente seiscentas pessoas desfilaram na avenida. Uma lembrança dessa experiência que levarei com carinho foi ver o BDT conquistar o primeiro lugar. Tive a honra de fazer parte do desfile que o tornou pentacampeão do carnaval de Fortaleza. Vale ressaltar que os blocos são avaliados por um conjunto de critérios, o que sugere que o BDT é um bloco que também se preocupa com a dimensão técnica e estética do desfile.

Alguns dias após a vitória, foi realizada uma festa de comemoração na sede da Comédia Cearense, grupo homenageado pelo BDT. Porém, um fato que me chamou a atenção foi o número escasso de usuários e profissionais presentes. Talvez tenham ido apenas aquelas pessoas que conseguiram se deslocar por conta própria, sem o suporte necessário para a mobilidade até o local. É importante ressaltar que participar dos momentos de celebração também é imprescindível, pois fortalecem o senso de colaboração, pertencimento e o sentimento de conquista gerado por uma ação coletiva.



8.1.1 Participar para transformar: a participação sociocultural na transformação do estatuto da loucura

Um aspecto que se mostra crucial na ação proposta pelo BDT é a interação produzida entre as pessoas que frequentam a RAPS e a comunidade local. Como

mentionado anteriormente, a presença dos moradores da região nas atividades do bloco era bastante valorizada e notável durante todo o processo. Assim, a escolha consciente de quem organiza práticas nos espaços urbanos, seja um bloco carnavalesco ou outra ação cultural, esportiva, artística etc., deve considerar a intenção de acolher e favorecer a convivência entre diferentes públicos.

Existe também uma dimensão de processualidade que merece ser destacada nessa experiência, pois ela não se reduz a um produto pontual. A participação dos frequentadores da RAPS não se restringe ao dia do desfile; exige o envolvimento em atividades que compõem todo o processo: confecção das fantasias, construção do enredo, treino de percussão, dança, encenação e demais ações que sustentam o desfile, a confluência necessária para fazer a festa emergir no asfalto da cidade. A participação nas diversas etapas favorece a produção de sentimentos de pertencimento cultural, territorial, espacial e existencial. Assim, o envolvimento nas atividades do BDT pode ser compreendido como um exemplo de participação sociocultural que ressalta aspectos relevantes, como a presença das pessoas em toda a cadeia produtiva e a ampliação do repertório ocupacional e cultural das/os participantes.

Por um lado, a participação em festividades populares contribui para a produção de experiências de convívio, para o reconhecimento cultural, territorial e comunitário, estreitando vínculos sociais e fortalecendo sentimentos de pertencimento e identidade coletiva. Por outro lado, também pode demandar mediações com possíveis tensionamentos sociais presentes no território. A título de exemplo, a relação do BDT com a comunidade nem sempre se constituiu de forma harmônica, como pode ser evidenciado no depoimento de Abre-Alas:

“E no início, quando a gente trazia o bloco, por exemplo, a gente sentia muito fortemente o preconceito. O pessoal ficava olhando assim, meio de bando, olhando ‘os doidinhos’. Nunca iam chegar perto, para não ser confundidos. “Ah! vamos pro bloco, vamos sair?” “Não, não... não sei o que”.. Era muito isso. E nesse período de ocupação de praça, de tudo, isso foi mudando. Hoje muita gente da comunidade desfila, as crianças saem no bloco, as pessoas ajudam. E a gente sente que mudou o próprio olhar deles em relação a essas pessoas, as pessoas dos CAPS, aquelas pessoas às vezes vistas como os malucos”.

Abre-Alas

Abre-Alas destaca que a dimensão participativa e a ocupação de um espaço público urbano foram essenciais para transformar a forma como a comunidade

passou a enxergar as pessoas que brincavam no BDT, especialmente aquelas que apresentavam alguma condição psíquica divergente. Esse aspecto também é reforçado por Porta-Bandeiras, que participa anualmente das atividades do bloco. A profissional destaca que um dos efeitos da continuidade das saídas do BDT ao longo dos anos é o impacto positivo na redução do preconceito contra a população que realiza tratamento na rede pública de saúde mental.

“Então eu acho que a grande visão da cidade para o Bloco Doido é Tu é isso, é se livrar do preconceito mesmo”.

Porta-Bandeiras

Vale ressaltar que a insistência em fazer do BDT uma experiência artística e cultural, na interface com a saúde mental e com continuidade, operando na contra lógica de ações pontuais que ocorrem esporadicamente nos serviços, faz muita diferença na produção de vínculos, com a cidade, com a própria RAPS, com a comunidade da praça, com os espectadores do desfile na avenida, com a imprensa e até com os jurados do carnaval. Essa continuidade produz experiência, memória, acúmulo e afetos fundamentais no combate aos preconceitos e na afirmação de uma prática de saúde mental em liberdade. Hoje, seria impossível falar da história do carnaval de Fortaleza sem a presença reluzente do Bloco Doido é Tu.

Quando profissionais apontam a importância de ações como as do BDT na redução dos preconceitos, podemos também considerar que a participação em práticas culturais implicadas nos espaços urbanos contribui para a transformação e ressignificação dos estigmas sociais. As pessoas que frequentam os serviços passam a ser vistas como brincantes do carnaval, exibindo seu canto, seu ritmo, sua cor, sua alegria, compartilhando com os demais cidadãos o uso dos espaços comuns.

Dito isso, garantir a participação sociocultural das pessoas que frequentam a RAPS por meio do fazer artístico e cultural de um bloco de carnaval pode, ao longo do tempo, transformar a maneira como essas pessoas são vistas pelas comunidades em que vivem. Para que isso aconteça, é necessário fortalecer essa participação para além dos dias de festa e dos limites institucionais. É preciso considerar as festividades populares que valorizam o território em sua relação

histórica e cultural que, por sua vez, pode se inscrever como um importante elemento do cuidado em liberdade.

8.1.2 Práticas espaciais urbanas: relações do corpo com a cidade

Se considerarmos a participação sociocultural como um horizonte importante da prática terapêutica ocupacional (Silva; Oliver, 2019), torna-se fundamental reconhecer que uma das dimensões da atuação de terapeutas ocupacionais envolve pensar práticas e tecnologias que ampliem o acesso das populações às festividades públicas da cidade, especialmente daquelas que sentem com mais força os efeitos dos mecanismos de exclusão. Nas discussões que atravessam a saúde mental, especialmente na perspectiva da Atenção Psicossocial, pensar no direito à cidade (Lefebvre, 2001) também implica afirmar o direito às festividades produzidas pelo e no território²⁴. Como apontado por Mestre de Bateria:

“A gente não trabalha saúde mental sem territorialização. Não existe! E aí, de novo, entramos no buraco. Ninguém entende o que é territorialização hoje em dia. Mas territorialização é isso: Eu sou de Fortaleza. Ah, não, meu território é a região 6. É o caramba, velho. Tu não vai no centro comprar uma coisa? Tu não vai à Praia do Futuro tomar um banho de mar? Então, teu território é a cidade. Que é onde faz sentido pra você”.

Mestre de Bateria

Acredito que, para efetivar esse direito, é necessário pensar nas múltiplas formas de praticar o espaço urbano. Nesse contexto, a mobilidade urbana pode se configurar como um elemento importante no processo. Gonçalves e Malfitano (2021), ao trazerem reflexões sobre esse conceito para o campo da terapia ocupacional, apontam sua interface com o reconhecimento do direito à cidade. As autoras defendem que a mobilidade urbana pode ser utilizada tanto como uma forma ou um instrumento de avaliação em terapia ocupacional, quanto como um recurso da prática profissional (direcionada a determinado objetivo) ou, ainda, como fundamento para a inserção de terapeutas ocupacionais nas discussões sobre políticas públicas de planejamento urbano (Gonçalves; Malfitano, 2021).

²⁴ Relembrando: apostamos no diálogo entre Guattari (1992), Certeau (2012) e Milton Santos (2014a, 2014b), e consideramos as dimensões sociais, econômicas, ecológicas, políticas, práticas e subjetivas na construção de espaços e territórios.

Importante ressaltar que a mobilidade urbana deve ser compreendida não apenas como uma ferramenta ou instrumento da profissão, mas também como uma necessidade fundamental para a vida social urbana. Movimentar-se pela cidade é um componente estruturante na garantia do acesso à participação sociocultural de todas as pessoas. Sem o deslocamento, sem o ir e vir a diferentes locais e pontos de interesse, não há prática do espaço possível.

No caso do BDT, nos dias de desfile e nos ensaios de sábado, foi disponibilizado, por meio do apoio da prefeitura, um ônibus para facilitar a mobilidade de usuários e profissionais dos CAPS até os locais de encontro: a praça (onde ocorriam os ensaios) e a avenida (local do desfile). Porém, nas entrevistas-conversas, foi comum escutar sobre os desafios vivenciados na garantia da participação dos usuários nos ensaios e no desfile. Abre-Alas revela que, a cada ano, fica mais difícil contar com o transporte institucional, o que coloca toda a ação proposta em uma situação desfavorável.

“Na medida em que uma gestão reconhece mais o poder do bloco, de apoiar as ações do CAPS, de gerar experiências para os próprios CAPS, a gente tem um apoio institucional maior. Maior abertura, aí a coordenação manda o ofício para a coordenação dos CAPS, pedindo que considere as ações do bloco uma ação transversal e tudo mais. Quando é uma gestão que não compreende isso... Aí vem todas as dificuldades que já aconteceram”.

Abre-Alas

Uma gestão que compreende os pressupostos da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica pode facilitar significativamente as práticas de cuidado, ao favorecer um diálogo constante com o território. Isso inclui o fortalecimento dos vínculos com a comunidade, a articulação intersetorial e a promoção de atividades culturais e educativas que integrem os/as usuários/as dos serviços ao tecido social e urbano. Por outro lado, uma gestão sem o “perfil de saúde mental”, como aponta o Mestre de Bateria, pode dificultar o agenciamento e a continuidade dessas práticas, isolando e institucionalizando os usuários, além de limitar seu acesso a recursos essenciais, o que, por consequência, restringe a prática do espaço urbano.

“A gente chegou num buraco na saúde mental onde o gestor não tem perfil pra saúde mental na maioria das Unidades de Saúde. É mais indicação, e aí a gente tava num conflito, os profissionais que entendiam a importância do bloco do doido é tu, querendo participar, e o gestor: “não pode. Não vou lhe dar folga. Sábado não gera folga. Não vou lhe dar folga”.

Mestre de Bateria

O desafio descrito por Mestre de Bateria nos convoca a reconhecer que o engajamento em uma prática como a aqui descrita deve ser compreendido como pleno exercício laboral das equipes envolvidas no acompanhamento. É fundamental ressaltar que a participação de usuários e usuárias em ações culturais integra o processo de trabalho em saúde mental, e que os direitos trabalhistas não devem ser colocados como obstáculos à realização dessas atividades, mas sim respeitados e garantidos.

É imprescindível pensar em estratégias que facilitem tanto os processos de trabalho quanto a mobilidade urbana, assegurando as relações de usuários e usuárias com os espaços da cidade, ou, como preferimos aqui, com o próprio corpo na cidade. Em um evento de grandes proporções, no qual os ensaios e o desfile demandam esforço físico e mental (como a condução de instrumentos, a dança, o canto e o festejo), o uso de transporte institucional para ida e retorno das pessoas envolvidas pode tornar a experiência mais ágil, confortável e menos cansativa.

Sob outra perspectiva, também relevante, a utilização de transportes privativos, ainda que públicos, pode ter um duplo efeito no contexto do cuidado: ao mesmo tempo em que facilita o deslocamento e amplia a acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida, deficiência, idade avançada, uso de psicotrópicos ou outras condições que dificultam o uso do transporte coletivo, pode, a depender da forma como é operada, reforçar relações de tutela. Contudo, conhecendo a realidade dos serviços e dos profissionais, Mestre de Bateria afirma que, na configuração atual, o transporte institucional permanece sendo essencial para que a experiência junto ao BDT aconteça.

“Ele [o usuário] se envolvia do jeito que a gente dizia assim ‘vai ter ensaio no Rodolfo Teófilo ‘esta hora’ do sábado’. Ele vai! Ele conseguia dinheiro, meu irmão. Ele vai, ele dava um jeito de ir. Hoje como é que está funcionando para dar certo, a Silvestre Gomes manda um ônibus para vir buscar a galera no serviço, então o paciente se desloca até o serviço porque é uma coisa rotineira para ele, num certo horário o ônibus leva”.

Mestre de Bateria

Nessa análise, ressalta-se a importância de ser priorizado no cotidiano dos serviços, sempre que possível, a utilização da rede de transportes públicos da cidade. Tal escolha possibilita que os usuários aprendam diferentes percursos, se

familiarizem com a cidade onde vivem e com a experiência cotidiana de “pegar um ônibus”. Esses aspectos contribuem para o desenvolvimento da autonomia e ampliam a capacidade de locomoção em uma perspectiva de emancipação social (Lussi, 2020), além de favorecerem o acesso à vida social e cultural da cidade.

A utilização dos transportes públicos e a própria experiência da viagem podem dialogar com dispositivos terapêuticos em saúde mental, uma vez que colaboram no desenvolvimento de habilidades e capacidades necessárias para uma maior apropriação, participação e ocupação dos espaços urbanos. Nesse ínterim, é imprescindível que a mobilidade e as relações com os espaços urbanos não sejam apenas instrumentos ou ferramentas, mas alvos de exercício no cotidiano do trabalho, pois a capacidade de deslocar-se e praticar a cidade são essenciais no fortalecimento da autonomia e independência das pessoas que frequentam o CAPS.

A alternativa de utilizar a rede de transportes públicos no cotidiano dos serviços pode ser mais desafiadora na medida em que existam serviços com equipe reduzida ou com uma gestão que não valoriza as ações territoriais, como apontou o Mestre de Bateria. Acompanhar grandes grupos, especialmente pessoas com dificuldades de locomoção ou com pouca familiaridade com a cidade, demanda tempo, atenção e um número maior de profissionais de apoio, para que esse acompanhamento seja feito com segurança e cuidado. Afinal, habitamos uma cidade que ainda não acolhe com equidade sua diversidade populacional.

Não se trata aqui de criticar o uso do transporte institucional que, como vimos, é muitas vezes o único recurso possível, mas de afirmar que a mobilidade urbana precisa ser reconhecida como um campo legítimo da prática profissional em saúde mental e da terapia ocupacional. Quando se deseja ampliar as possibilidades de encontros com a cidade, fortalecer a autonomia e reduzir relações de tutela. Nessa perspectiva, ressaltamos que a luta pelo cuidado em liberdade também passa pela luta por uma rede de transporte público de qualidade, acessível e que garanta a movimentação de todas as pessoas pelo tecido urbano.

Ações culturais, como as protagonizadas pelo BDT, podem servir de inspiração na construção de cenários de resistência e participação, em que a arte e a cultura tomam as ruas e desafiam as barreiras impostas por uma urbanização pouco acolhedora e excludente.

A Atenção Psicossocial brasileira deve manter seu comprometimento na consolidação de tecnologias de cuidado alinhadas à proposta antimanicomial, que

procuram ampliar as possibilidades de as pessoas circularem, pertencerem, habitarem a cidade onde vivem. À vista disso, o Carnaval celebra a diversidade e pode ser espaço de promoção de saúde mental pela perspectiva do cuidado em liberdade, oferecendo a todos a oportunidade de se expressarem e participarem da vida urbana de maneira ativa e afetiva.

A história nos mostra que esse trabalho é, necessariamente, coletivo. Envolve a ação de trabalhadores, pesquisadores, gestores, lideranças políticas, movimentos sociais, universidades, usuários, familiares e toda a sociedade civil. É um compromisso ético, político e coletivo avançar na pauta da saúde mental, que precisa se atualizar à medida que os mecanismos de exclusão também se atualizam. Assim, nosso trabalho é a luta por uma paisagem urbana onde todos se juntam ao bloco para sairmos em cortejo pela avenida para festejar, cantar, dançar e conviver.

8.2 DEVIR MILITANTE: 18 DE MAIO E A PARADA DO ORGULHO LOUCO

Os acontecimentos antimanicomiais protagonizados por Franco Basaglia e sua equipe, especialmente as experiências de desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos em Gorizia e Trieste, na Itália, ressoaram em outras partes do mundo, inclusive no Brasil. Esses acontecimentos ganharam relevo e contribuíram para a mobilização dos movimentos sociais antimanicomiais brasileiros, que:

Em 1987, no II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ocorrido na cidade de Bauru, no Estado de São Paulo, passou a ser conhecido como a Luta Antimanicomial, cujo lema é por uma Sociedade sem Manicômios e tem o dia 18 de maio como data de comemoração no calendário nacional brasileiro (Boarini, 2020, p. 26).

Dessa forma, 18 de maio ganhou destaque na agenda dos serviços que compunham a RAPS, especialmente os CAPS. Maio sempre foi um mês repleto de atividades que nos fizessem refletir sobre a importância de sustentar os avanços no desenvolvimento de práticas antimanicomiais e no aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde mental. Um momento importante para refletir e reacender a vigilância às lógicas manicomiais que se atualizam de modo bastante sorrateiro. É comum a realização de cine-debates, performances artísticas, rodas de conversa, atividades em que a arte e a cultura são substâncias essenciais para a produção de

reflexões ativas, convocando o protagonismo dos usuários e convidando familiares, profissionais da rede de saúde e toda a população a participar das ações.

Mesmo com o cronograma de atividades de cada região, o evento mais esperado era a concentração dos serviços, encontro em que se reuniam principalmente usuários, familiares e profissionais para realizar uma caminhada de protesto contra os retrocessos na saúde mental. Para que a manifestação acontecesse, precisávamos sair dos espaços institucionais, fazer uso de transportes públicos, atravessar calçadas, ruas e avenidas, estar presentes na cidade e praticar seus espaços.

Em São Paulo, sempre trabalhei na Zona Leste, na região de Ermelino Matarazzo. Era bastante comum pegarmos ônibus e metrô com os usuários e usuárias para participar das manifestações do 18 de maio, que sempre aconteciam na Avenida Paulista. O vão do Museu de Arte de São Paulo (MASP) era ponto de encontro onde se reuniam uma diversidade de pessoas, profissionais, familiares, frequentadores da RAPS, gestores e comunidade em geral para caminhar em protesto contra os retrocessos na saúde mental. Sempre foi um evento que compunha a agenda da maioria dos CAPS de São Paulo e região. Todos se organizavam para estar presentes nesta data, tão emblemática para a saúde mental.

Na Avenida Paulista, era comum reencontrar amigos e amigas, professores e professoras, pessoas que frequentavam o CAPS, pessoas que viviam em residências terapêuticas, além de participar da produção de performances, cartazes, rodas de conversa, dentre outras atividades que aconteciam. Entretanto, quando maio passava, minha impressão pessoal era a de, inevitavelmente, sermos engolidos pela rotina dos serviços e, como trabalhador, sinto que o espaço dado para dar continuidade às ações e reflexões antimanicomiais na prática das equipes, para além do mês de maio, era bastante fragilizado.

Em Fortaleza, pude me aproximar novamente das atividades que envolvem a data, no que se refere à organização das manifestações do 18 de maio (2022 e 2023), com a liderança e organização do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial. No ano de 2023, foi representado pela II Parada do Orgulho Louco, um formato também utilizado por outros estados brasileiros como Bahia e Rio Grande do Sul.

As reuniões tiveram início após o período do carnaval, em março. A maioria dos encontros era presencial e acontecia na UFC, devido à relação de proximidade de uma das integrantes com a instituição. Mas também ocorreram alguns encontros

de modo remoto, on-line. As reuniões tinham como principal objetivo articular e organizar as ações da II Parada do Orgulho Louco em Fortaleza, cuja primeira edição aconteceu no ano de 2019, ocupando a Avenida Beira-Mar (Talicy, 2019).

Como ação do coletivo e a partir de um formulário on-line, foram reunidas as principais reivindicações de diferentes trabalhadores que atuavam na RAPS de Fortaleza, especialmente nos CAPS. Essas reivindicações foram impressas no formato de carta que foi lida em protesto diante do prédio sede da Secretaria de Saúde do município, onde funciona a coordenação municipal de saúde mental. Além disso, as demandas foram protocoladas e entregues nas mãos do coordenador de saúde mental do município à época.

No contexto dessa experiência, pude vivenciar uma prática de espaço urbano que guarda alguns contornos distintos daqueles vivenciados junto ao BDT. No caso da Parada do Orgulho Louco, existe um foco em vocalizar as questões que envolvem a luta pelo avanço nas políticas públicas de saúde mental. Por outro lado, identifico que um aspecto aproxima fortemente as duas experiências aqui analisadas: a interface da participação social agenciada por uma relação com a arte e a cultura no espaço público. Na oportunidade, alguns processos artísticos foram produzidos com profissionais e usuários da RAPS e do FCLA, ocupando uma importante e movimentada praça pública da cidade: a Praça do Ferreira.







Vale ressaltar que praças e ruas são comumente espaços ocupados pelos mais distintos movimentos sociais quando desejam pressionar governos e mobilizar a sociedade para determinado tema. No caso da Praça do Ferreira, com uma área bastante ampla, é um ponto de encontro para a vida urbana e cultural de Fortaleza, localizada no centro da cidade. A região é cercada por comércios locais, como

cafés, lojas e bancas, que mantêm a praça sempre movimentada de transeuntes, pessoas em situação de rua, ambulantes, entre outros grupos. Um dos destaques culturais é o histórico Cineteatro São Luiz, inaugurado em 1958, um dos poucos cinemas do Brasil que preserva a tradição dos cinemas de rua e abriga uma programação variada de filmes, peças e shows. Além disso, a Praça do Ferreira é conhecida por receber apresentações de teatro de rua e outras manifestações artísticas, sendo um espaço de convivência, cultura e memória viva da cidade.

Na programação da Parada, também estava previsto um cortejo puxado pela bateria do Bloco Doido é Tu, que partiria da praça até a Secretaria Municipal de Saúde. A imersão nessas atividades possibilitou produzir um conjunto de dados e percepções que ajudam a examinar outra modalidade de interface com os espaços públicos urbanos, na perspectiva de um devir militante: a participação social e cultural. A participação sociocultural é um processo que envolve sujeitos e coletivos em seu exercício político. Conforme apresentado anteriormente, o reconhecimento e valorização da participação e envolvimento de usuários e usuárias em saúde mental foi essencial para superar a lógica manicomial e avançar no processo de Reforma Psiquiátrica. Apesar de seus múltiplos sentidos, esta pesquisa compreende o conceito de participação social como apontado por Silva e Oliver (2019, p. 859), que ao realizarem uma revisão de literatura sobre o tema, o entendem como:

O envolvimento dos sujeitos em grupos sociais e/ou nos espaços públicos e comunitários, para transformar o cotidiano e as condições de vida marcados pelo adoecimento, violência, sofrimento mental e/ou psíquico, injustiça social e ocupacional, desigualdade, preconceitos, exclusão e opressão.

Sendo assim, podemos entender que a participação social não se separa da vida cultural das pessoas, por isso a escolha por unir estes dois qualificadores (social e cultural), pois a participação se materializa na realidade e no cotidiano de sujeitos e coletivos, e também pode ser exercida em diferentes espaços públicos das cidades. Um exemplo possível são as tradicionais manifestações realizadas em todo o país ao longo do mês de maio. Alusivas ao Dia Internacional da Luta Antimanicomial, 18 de maio, quando diferentes serviços, usuários, familiares, profissionais e sociedade civil saem às ruas para reivindicar melhorias nos serviços e contrapõem-se ao fortalecimento e avanço da lógica manicomial. É baixo este pisma que o exercício de participar e reivindicar direitos sociais e melhorias na assistência à saúde mental pode ser compreendido como resultado de um processo

de articulação social, cultural, comunitária e política dos sujeitos envolvidos, ou seja, apresenta uma dimensão coletiva e comunitária bastante proeminente.

A Constituição Federal de 1988 completa, em 2025, trinta e sete anos desde sua promulgação. Os direitos sociais nela garantidos, como saúde, educação, cultura e assistência social, não foram concessões dos governantes, mas conquistas fruto da participação e articulação de diversos grupos da sociedade civil. Essa garantia resultou da luta e organização dos movimentos sociais brasileiros, e não de um favor do Estado.

Nas políticas públicas de saúde, a participação da sociedade civil é garantida legalmente por meio da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que cria “as principais instâncias de inserção e participação de representantes da população na construção da política nacional de saúde: as conferências e conselhos de saúde” (Costa; Paulon, 2012, p. 575). As conferências e conselhos de saúde são lugares de extrema relevância para a consolidação das políticas públicas em saúde no Brasil, entretanto, cabe ressaltar que a participação social não se restringe apenas à atuação nesses eventos.

É importante perceber que existem outras formas de participar do cotidiano dos serviços, como assembleias e conselhos gestores, além do envolvimento em movimentos sociais, como os movimentos da luta antimanicomial distribuídos por todo o país. O envolvimento de pessoas que utilizam os serviços do CAPS revela-se fundamental nos diferentes espaços e estratégias de participação sociocultural; são vozes que falam em primeira pessoa e a partir do lugar de quem vivencia e tem direito a uma política de saúde mental efetiva, perene e de qualidade.

Crispim, um artista-militante-usuário, nos conta como aconteceu sua vinculação com o FCLA:

“Foi quando eu fui receber a minha primeira premiação. Quando eu vinha de volta para Fortaleza, do Rio de Janeiro, eu comecei a me lembrar do que eu passei dentro do hospital psiquiátrico e do que as pessoas estavam passando ainda. Foi quando eu procurei o serviço social do CAPS e disse que eu queria engajar em alguma coisa que ajudasse a saúde mental. Foi quando eu comecei a fazer parte do conselho local de saúde, mas eu não fiquei satisfeito, fiquei incomodado, porque para mim era pouco, eu tinha que ir além. Porque o conselho local é só dentro do serviço. Foi quando eu fui para o fórum [Fórum Cearense da Luta Antimanicomial] e vi que ali sim, tinha mais espaço, era aberto. E através do fórum eu fui para essas comissões que eu citei, para lutar pela reforma psiquiátrica, para que ela seja cumprida”.

Crispim

O próprio processo de reforma psiquiátrica nos mostra que, possivelmente, nenhum avanço seria conquistado sem a participação e o envolvimento ativo e crítico de usuários e familiares, afinal:

A participação cidadã do usuário configura-se como poderosa arma contra as amarras institucionais que engessam a potência instituinte dos embates com o que se julga a loucura em nossa sociedade. As possibilidades concretas para que uma participação protagonista se realize no cotidiano dos serviços substitutivos em saúde mental, entretanto, dependem de um conjunto de processos institucionais, econômicos, políticos e subjetivos, que precisam ser identificados a fim de se tornarem objeto de intervenção militante e de investigações implicadas (Costa; Paulon, 2012, p. 573).

O movimento antimanicomial de Fortaleza tem como grande parceiro o FCLA, que também reúne usuários dos serviços. Foi assim que conheci Crispim, artista e usuário do serviço CAPS geral adulto, integrante do FCLA, e que acompanha o grupo de militantes praticamente desde sua origem. Ao longo de minha participação junto ao movimento citado, Crispim sempre esteve presente nas reuniões de modo ativo, protagonizando falas e ações essenciais para a constituição daquele coletivo.

Como Crispim aponta, o movimento protagonizou importantes conquistas para a luta antimanicomial do estado do Ceará, tanto no que diz respeito ao fechamento de hospitais psiquiátricos quanto na reivindicação por um concurso público específico para saúde mental

“Nós já fechamos alguns hospitais psiquiátricos. Já fechamos clínicas de... que se diz clínica, mas na realidade eram comunidades terapêuticas em outros municípios.[...], Juazeiro, Sobral também já foi fechado hospital psiquiátrico. Nesse, eu não participei. [...] Nós conseguimos barrar a construção de hospital de psiquiatria também em Juazeiro. Conseguimos um concurso público específico para a saúde mental, que nunca tinha acontecido, em Fortaleza”.

Crispim

Como podemos notar, a luta antimanicomial, em suas diferentes expressões, é resultado da construção coletiva e do compromisso ético-político com as pessoas que apresentam alguma condição psíquica divergente. A participação ativa de usuários, familiares, trabalhadores e movimentos sociais, como vimos no exemplo do FCLA em Fortaleza, demonstra que as conquistas na saúde mental são frutos de práticas contínuas de resistência e reinvenção. As ruas, praças, universidades e

espaços institucionais tornam-se territórios de disputa por direitos e de afirmação da vida em sua pluralidade. Assim, fortalecer a participação sociocultural é também fortalecer o próprio sentido da reforma psiquiátrica, reafirmando que o cuidado em liberdade é inseparável da liberdade de participar, criar e transformar os modos de viver em sociedade.

8.2.1 A II Parada do Orgulho Louco

Como relatado, a II Parada do Orgulho Louco aconteceu na Praça do Ferreira, que funcionou como ponto de encontro e concentração de todos os manifestantes. A programação cultural proposta foi resultado da articulação e organização do FCLA, que abriu espaço para diferentes atores da cidade colaborarem. Durante a etapa de organização da parada, propus a criação de uma grande bandeira que representasse os serviços da RAPS de Fortaleza. Para isso, sugeri aos profissionais dos serviços que confeccionassem, junto aos usuários de seus equipamentos, uma bandeira que representasse o próprio serviço, para que, no dia do encontro geral, cada grupo pudesse levar sua bandeira para a manifestação cultural. Na culminância do ato, propus uma ação coletiva que convidou diferentes pessoas a costurarem e unirem todas as bandeiras, criando uma bandeira maior que reunia, simbolicamente, percepções de diferentes pessoas.

Após algumas discussões durante as reuniões de organização, deliberamos que o formato da manifestação seria um evento artístico e cultural que ocuparia a Praça do Ferreira e caminharia em cortejo até a porta da Secretaria de Saúde, solicitando uma reunião com a coordenadoria de saúde mental para a apresentação da carta de reivindicações de profissionais e usuários e usuárias da RAPS. Houve uma discussão que acredito ter sido bastante marcante para as questões mobilizadas nesta pesquisa: foi colocada para o coletivo a seguinte preocupação, será que práticas artísticas e culturais não retirariam ou fragilizariam a dimensão política da parada?

O questionamento originou uma discussão importante para fortalecer os sentidos e as direções que a manifestação tomaria. Na sequência, discutiu-se que práticas culturais e coletivas também se revestem, ou melhor, podem se revestir, de potência política. Porém, por mais óbvia que pareça essa associação, é sempre relevante nos preocuparmos em refletir sobre qual o impacto poético-político-social

das práticas propostas. Ou, de outro modo, a pergunta também poderia ter sido: quais práticas artísticas podem melhor endereçar as nossas pautas? Que sentidos ou leituras podem provocar?

Entendemos que práticas, expressões e manifestações artístico-culturais são atividades humanas e, por si só, não garantem a construção de processos críticos, reflexivos e orientados à transformação social. A arte, a depender do modo como é usada, pode inclusive restringir, limitar, controlar ou ainda reforçar processos de opressão, exclusão e alienação. Ou seja, a associação entre arte, cultura e participação não está dada; precisa ser articulada coletivamente para que seja possível a construção de canais de expressão e produção de subjetividade, de outros modos de perceber, sentir e existir no/em coletivo que contribuem com a produção de saúde, de vida, do comum. A reunião de diferentes coletivos, de diferentes partes da cidade, inclusive do interior do estado, foi um aspecto importante e possível a partir do empreendimento artístico-cultural.





Apesar das importantes ressalvas apontadas anteriormente, que atentam ao fato das práticas artísticas e culturais não estarem imunes de reproduzir lógicas dominantes, colonias, segregadoras, é preciso também afirmar o seu imenso potencial como agenciador na ocupação e reinvenção dos espaços públicos urbanos, como substâncias que preenchem, deslocam e reivindicam sentidos outros

aos nossos modos de praticar os espaços. A arte e a cultura como produções humanas que envolvem as pessoas num comum, que projetam outros imaginários simbólicos na cidade de todos os dias e que cultiva a liberdade de ser e se expressar. Os trechos do depoimento abaixo, chamam a atenção para essa dimensão agregadora e coletiva da manifestação cultural e também seu potencial de “mostrar”, inscrever determinados temas na urbe, além da associação com a percepção de liberdade.

“E na edição desse ano tiveram vários grupos que também se apresentaram suas apresentações artísticas ali na praça, né? Isso. Serviços de outros municípios, se juntaram-se a nós, foi muito bonito. Nós tivemos a oportunidade de mostrar, como eu falei antes, tanto pra sociedade como pra gestão, a importância desse cuidado com a arte, com a liberdade, que o manicômio não cuida, ele tortura”.

Crispim

“Ah, por exemplo, em relação ao Orgulho Louco, né? A gente vai pra rua pra mostrar, tanto pra sociedade que tem um certo preconceito com as pessoas que tem transtorno mental, acha que ninguém é capaz, pra mostrar que através da arte, através do cuidado e liberdade, nós somos capazes de viver, sim. No meio da sociedade somos capazes de produzir e mostrar para os governantes que essa é a forma de cuidar. É com a arte e com a liberdade”.

Crispim





Como procuramos demonstrar, a interface ou confluência entre arte-cultura-saúde mental-espço urbano apresenta uma potência na criação de novos modos de cuidado, na desconstrução de estigmas sociais e na manifestação política das insatisfações com a realidade dos serviços de saúde mental de uma cidade.





Além disso, o debate da presença ou não da dimensão política nas práticas artístico- culturais, nos remete à uma outra dimensão do político. As experiências vivenciadas em campo nos convidam a pensar sobre a dimensão política da alegria ou a alegria como uma dimensão do político.

Para Carvalho, Silva e Delboni (2017), inspirados em teóricos como Pelbart, Lazzarato, Spinoza e Nietzsche, a alegria é a força político-afetiva da invenção, da criação, produz subjetividade como força e potência de vida do coletivo e portanto, potência política. Neste sentido, pensar a alegria como força política nos processos de cuidado em saúde mental é pensar que a questão política nos implica em um compromisso de apostar na vida cotidiana e coletiva, na biopotência; no contrafluxo ao biopoder que investe em forças excludentes e psiquiatrizantes que ordenam e minorizam essa potência, reduzindo-as a uma lista de sintomas e terapias.

Apesar de ser um terreno fértil, identifiquei que o movimento social antimanicomial, em comparação com a experiência do Bloco Doido é Tu, apresenta menor adesão dos/as profissionais da RAPS. Essa constatação pode apresentar diferentes leituras, uma delas seria o receio da exposição que a participação no movimento social provoca, inclusive podendo gerar atritos com gestores, uma vez que questiona políticas, programas e modos de pensar a saúde mental para a cidade.

Ao longo do processo, percebi que alguns profissionais que integravam o movimento apresentavam certa resistência em protagonizar alguns processos,

especialmente aqueles que exigiam certa exposição frente à Secretaria de Saúde como a leitura da carta de reivindicações. Ressalto que este receio tem sua legitimidade, é factível, pois na realidade de um trabalho com vínculos empregatícios fragilizados, onde demissões e outras medidas repressoras são facilitadas, podendo ser instauradas de modo bastante sutil ou até de maneira violenta.

Para contornar essa situação, a protocolação e leitura da carta de reivindicações dos/as profissionais realizadas junto ao coordenador de saúde mental na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, foi realizada por mim, por uma professora da Universidade Federal do Ceará (também membro do FCLA) e por Crispim. Exatamente três pessoas sem vínculos de trabalho com o ente público.



À respeito deste aspecto, durante uma reunião online, conversávamos sobre quem seriam as pessoas que representariam o movimento e conversariam com as representações da coordenação de saúde mental de Fortaleza. Neste momento, também senti este receio surgir, fato que, como apontei anteriormente, pode-se justificar pelo medo, legítimo e real, de perseguições e represálias.



Perceber na reunião o clima de receio no ar ativou uma lembrança, lembrei do dia em que fui chamado na sala da coordenação do CAPS III em Sorocaba, dias após a demissão em massa das/os trabalhadoras/es da desinstitucionalização e também do próprio CAPS onde trabalhava. A gestora recém contratada me chamou para conversarmos em particular, em suas mãos encontrava-se impresso um comentário que realizei em meu perfil de uma rede social. A mesma questionou o motivo do comentário num tom bastante intimidatório, questionando minha presença ali (no CAPS).

É, no mínimo, desconfortável vivenciar uma situação dessas, onde as perseguições e ameaças podem surgir de diferentes maneiras. Hoje, ao refletir sobre o ocorrido, acredito que isso se deu pelo fato de minha proximidade junto ao movimento social antimanicomial, por articular e frequentar as manifestações, ou seja, por produzir e vocalizar minha percepção crítica ao processo de desmonte que se instaurava naquela ocasião.

Diante de um desafio dessa natureza, em que profissionais da RAPS de Norte a Sul do país estão sujeitos, além da constante luta por direitos e melhores

condições de trabalho, os ensinamentos de Crispim também podem ser força inspiradora a nos mover:

“É aquela coisa, ninguém pode cruzar os braços. Porque eu costumo dizer que braço cruzado lembra camisa de força. Camisa de força lembra manicômio”.

Crispim

“Eu até costumo dizer que a gente só vai ter vitória total quando o símbolo da justiça mudar. Quando eles tirarem aquela venda e olharem para os nossos direitos, que a balança realmente tenha um peso justo, não pese só para o lado maior e que a espada não sirva para cortar nossos direitos”.

Crispim

A caminhada em direção à Secretaria Municipal de Saúde causou certo incômodo no trânsito de veículos e na circulação de pedestres pelas ruas e calçadas, marcando nossa presença e provocando olhares curiosos e inquietos. Já em frente à secretaria, os/as participantes permaneceram por algumas horas em vigília, com o microfone disponível para quem quisesse se expressar.

Aos poucos, o cortejo foi se dispersando, mas resistimos até sermos recebidos oficialmente. Tive a oportunidade de ler novamente a carta diante dos presentes e em seguida, participamos de uma reunião com o coordenador de saúde mental da época e outros representantes da gestão. Um dos primeiros gestos da conversa foi a solicitação de nossos nomes e locais de trabalho, sinalizando a tentativa de identificar quem estávamos ali representando.

Após esse momento, o movimento se dissolveu. Algumas semanas depois, realizamos uma reunião de avaliação, buscando dar continuidade às articulações. Entretanto, percebo que o movimento perde força no decorrer do ano, sem o mesmo poder de mobilização que o 18 de maio é capaz de provocar.

Acompanhando a II Parada do Orgulho Louco e o bloco Doido é Tu, foi possível cartografar práticas espaciais urbanas que tensionam a lógica manicomial ao ocuparem ruas, praças e espaços públicos com arte, cultura e reivindicação política. Esses acontecimentos demonstram um potente exercício de cidadania e participação sociocultural, fortalecendo redes de apoio, promovendo encontros e rompendo com o isolamento historicamente imposto às pessoas em sofrimento psíquico.

9 MOVIMENTO ESPIRALAR E A PRODUÇÃO DE F(R)ESTAS NO ESPAÇO: A INTERSECÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL, ESPAÇO URBANO E PRÁTICAS ARTÍSTICAS E CULTURAIS

“Na festa, o homem [a pessoa] nasce para si mesmo. A identidade é recuperada (para logo ser outra vez perdida) na efervescência da comunhão. Tendo chegado até este tempo através de tantas tristezas e de tantos trabalhos, somos dominados pela alegria de por um momento sermos o que somos, ainda que tudo vá se acabar na quarta-feira. E esboçamos os paços da dança que, enquanto dura, detém o tempo e anula a morte”.
(Roberto Motta)

Cada população, cada cidade, cada momento histórico precisa pensar nas questões que envolvem seu tempo e seu espaço. Esta tese-caminhada não buscou abarcar a cidade como conceito universal, tampouco polarizar o encontro entre os espaços urbanos e o que ocorre dentro dos serviços. A intenção foi lançar uma lupa sobre alguns vetores de saída da instituição que possam orientar nosso percurso rumo ao exercício da cidadania e da autonomia.

Por mais que a leitura desta tese-caminhada se apresente de modo linear, nossa trajetória não foi reta. Ondulamos, retornamos, pausamos e seguimos com velocidades e ritmos distintos, que nos permitiram contemplar como cada paisagem desenha seu percurso no horizonte da pesquisa. Os trajetos trilhados revelam-se em movimento espiralado rumo à produção de cuidado em saúde mental entrelaçado à vida cultural da cidade. É a partir dessa imagem que nos aproximamos da reta final da caminhada. Aqui, olharemos para o conjunto de paisagens que compuseram os percursos de pesquisa que interseccionam três movimentos de produção do cuidado em saúde mental: as práticas espaciais urbanas, o campo da saúde mental e as experiências artísticas e culturais. A intersecção desses movimentos apresentam a potencialidade de produzir f(r)estas em um muro rígido e quase intransponível.

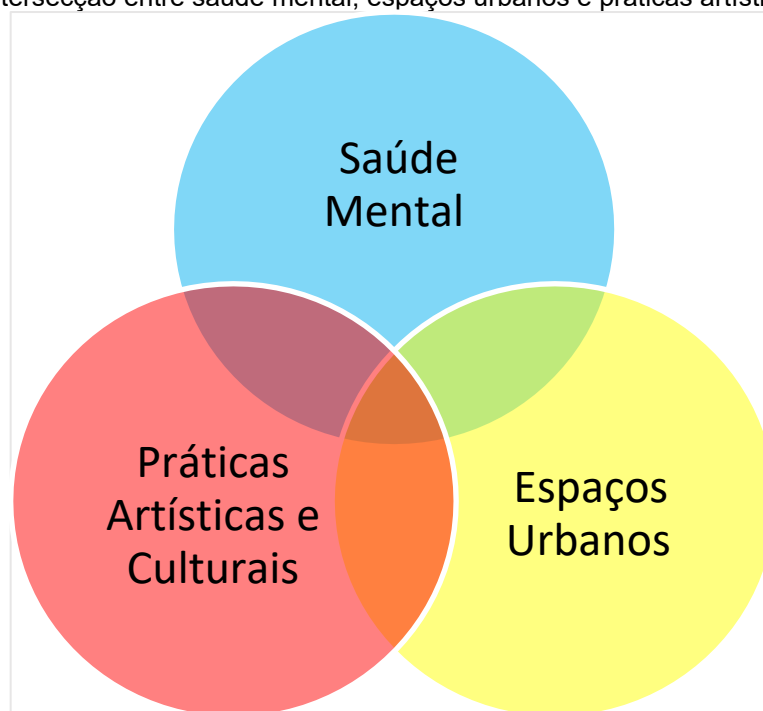
O pensamento aqui proposto apresenta a forma de um movimento espiralar cuja estética é inspirada na imagem que Leda Maria Martins²⁵ (2021, p. 23) propõe sobre o tempo, que:

²⁵ Leda Maria Martins é poeta, ensaísta, dramaturga e professora. Em seu pensamento e proposições teóricas cruzam-se epistemologias e cosmovisões de várias matrizes cognitivas, como as derivadas dos saberes africanos transcriados nas Américas.

Pode ser ontologicamente experimentado como movimentos de reversibilidade, dilatação e contenção, não linearidade, descontinuidade, contração e descontração, simultaneidade das instâncias presente, passado e futuro, como experiências ontológica e cósmica que tem como princípio básico do corpo não o repouso, como em Aristóteles, mas, sim, o movimento. Nas temporalidades curvas, o tempo e memória são imagens que se refletem.

A proposta é observar a aproximação desses três movimentos teóricos e os efeitos que suas paisagens produzem. São aproximações entre campos do saber que, de algum modo, mantêm níveis de atração, conexão e intimidade. Optar por esse desenho conceitual é ampliar a compreensão sobre fenômenos e problemáticas que dialogam com os recortes desta pesquisa: práticas e ações em saúde mental que acontecem na interface com a vida cultural da cidade.

Figura 4 - Intersecção entre saúde mental, espaços urbanos e práticas artísticas e culturais



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Nêgo Bispo (1959-2023), importante filósofo quilombola, aponta a **confluência** como um modo de produzir presença conjunta, mesmo na diferença. Seu ensinamento nos guia tanto nos aspectos tanto teóricos quanto práticos, pois Bispo nos ensina que nada (nem pessoa, nem animal, nem conhecimento ou prática) se sustenta sozinho, no isolamento. As conexões confluentes são essenciais para seguirmos caminhando na existência.

Não tenho dúvida de que a *confluência* é a energia que está nos movendo para o compartilhamento, para o reconhecimento, para o respeito. Um rio não deixa de ser um rio por que conflui com outro rio, ao contrário, ele passa a ser ele mesmo e outros rios, ele se fortalece. Quando a gente confluência, a gente não deixa de ser a gente, a gente passa a ser a gente e outra gente – a gente rende. A confluência é uma força que rende, que aumenta, que amplia. Essa é a medida (Bispo dos Santos, 2023, p. 14).

A gente rende, a gente rende. Confluir é somar forças para contribuir com a produção do comum. Como a bateria de um bloco de carnaval, onde ritmos e sons produzidos coletivamente resultam de gestos singulares articulados em harmonia rítmica. A confluência não descaracteriza as individualidades, mas fortalece os fluxos para enfrentar algo maior, que, neste caso, são as lógicas manicomialis ainda presentes no cotidiano dos serviços, das práticas em saúde mental e da própria cidade.

É a partir dessa intersecção e guiados pelas imagens e reflexões de Nêgo Bispo e Leda Maria Martins que emerge a instauração de **f(r)estas**, conceito que sobrepõe “fresta” e “festa”. Como vimos, as práticas espaciais urbanas na Atenção Psicossocial envolvem mecanismos que podem ser mobilizados tanto no trabalho em saúde mental quanto a partir dos movimentos culturais da cidade, como a Parada do Orgulho Louco e o Bloco Doido é Tu, ampliando formas de participação na vida que pulsa na cidade. Por mais diversas que pareçam, compartilham mecanismos semelhantes, como o protagonismo das pessoas com funcionamento psicossocial divergente, o enfrentamento dos estigmas e preconceitos históricos e o fomento à participação na vida cultural pela autonomia e pela produção de convivência.

O conceito de **festa** é tecido a partir das reflexões de Damatta (1997), Motta (2011) e Perez (2011), que o compreendem como “a exuberante manifestação coletiva de alegria, gozo ou júbilo, que decorre da posse, ou esperança da posse, de um objeto material ou simbólico. Não há festa estritamente individual. Toda festa [...] implica em vínculo social” (Motta, 2011, p. 14). Já a etimologia do termo **fresta** vem do latim *fenestra*, “janela” (Michaelis, 2025) podendo designar um espaço de abertura que permite a passagem de ar e luz, uma linha de fuga que a luz encontra para transpor uma estrutura rígida, como plantas que nascem pelas frestas do concreto e do asfalto.

Inspirado pela sobreposição de “Festa” e “Fresta”, a noção de “F(r)esta” é proposta como conceito operativo neste trabalho. Essa ideia sugere que a

participação na vida cultural da cidade pode instaurar frestas no tecido urbano, criando aberturas que dão passagem a outros modos de convívio. Por meio das f(r)estas, é possível entrever outras modalidades de produção de coletividade e solidariedade na cidade, onde as práticas espaciais urbanas fortalecem agenciamentos coletivos, no caso deste estudo, das pessoas que frequentam serviços da RAPS.

Nesse sentido, a produção de f(r)estas dialoga com as reflexões e poéticas de Luiz Antônio Simas (2020, p. 27), que aponta que as culturas das “frestas” são “aquelas que driblam o padrão normativo e canônico e insinuam respostas inusitadas para sobreviver no meio que normalmente não as acolheria”. Essa compreensão dialoga com DaMatta (1997), que afirma: “[...] pois aqui — suspensos entre a rotina automática e a festa que reconstrói o mundo — tocamos o reino da liberdade e do essencialmente humano. É nessas regiões que renasce o poder do sistema, mas é também aqui que se pode forjar a esperança de ver o mundo de cabeça para baixo”.

São essas f(r)estas no espaço urbano que nos permitem entrever um mundo invertido, que desestabiliza hierarquias e abre frestas para a imaginação e construção de alternativas coletivas de vida em sociedade. Ao desafiar estruturas rígidas de poder, as celebrações, festividades populares e manifestações político-culturais possuem a potência de promover participação e cidadania.

Assim, a proposição das f(r)estas na cidade aponta para estratégias mediadas pela arte e pela cultura que fortalecem uma participação sociocultural diversificada e plural nos espaços urbanos, ativando a produção do comum. Não apenas como movimento que reverbera no cuidado em saúde mental, mas como contribuição à construção de um projeto de cidade mais possível para as diversidades de corpos e modos de vida.

Ricardo Teixeira (2015) destaca a dimensão do comum no campo da saúde e inicia debate conceitual que nos leva a refletir sobre as dimensões em que a produção do comum é gestada e gerida, apoiada nas dimensões do trabalho, do ético-político e do cognitivo-afetivo.

Produção do comum nada mais é do que o modo, referido às coisas finitas e determinadas do exterior, pelo qual se dá a produção de potência (potência de vida, força de existir, potência de agir e de pensar), o que se traduz, como problemática exclusiva dos humanos, na produção de alegria, de ideias adequadas e ações virtuosas (Teixeira, 2015, p. 35).

O autor aponta uma problemática no campo da saúde: o fato de estar excessivamente orientado por uma concepção dicotômica e restrita de alguns pares duais (a oposição público-privado, a separação entre natureza e cultura, entre as questões biológicas e sociais etc.). Esse excesso dessa visão binária e dicotômica influencia diretamente os modos como os serviços de saúde se organizam e também a orientação dos cuidados em saúde.

É inevitável associar a discussão que Teixeira (2015) propõe à questão do uso do espaço público. Tecer aproximações entre a dimensão espacial e o campo da saúde, de modo geral, e da saúde mental, de modo específico, pode oferecer pistas para um porvir que contribua para o enfrentamento da lógica manicomial, que vigorou no atendimento em saúde mental e ainda hoje deixa rastros.

Inspirada por essa perspectiva, Teixeira *et al.*, (2023, p. 10) apontam que as dinâmicas que envolvem a relação entre saúde e doença:

Seguem sendo valores vitais que expressam a 'dinâmica polarizada da vida', mas são, antes de tudo, na experiência de um corpo vivo, valores-afetos também polarizados, como alegria e tristeza. Saúde-doença são fatores-afetos que indicam se um corpo experimenta, na relação com os outros corpos, afetos aumentativos ou diminutivos da potência.

É em direção a esse horizonte que miramos caminhar, encarando a saúde como produção de vida, como potencialização dos afetos que nos fazem persistir na existência (Spinoza, 2008), de modo pessoal, mas agenciado intimamente com a dimensão coletiva, com a produção do comum. É dessa forma que nos apoiamos em uma compreensão ampliada sobre os processos de saúde-doença.

O mapa que ajuda a configurar os rumos dessa caminhada compreende a perspectiva da produção do comum, o entendimento da saúde como produção de vida e o espaço público urbano como lugar de práticas profissionais em saúde. Todavia, nossa discussão avança e, para além de se inserir no campo da saúde, situa-se de modo mais preciso no campo da saúde mental, especialmente conectada à construção sócio-histórica da Atenção Psicossocial, que se constitui como modelo assistencial brasileiro. Este modelo substitui a atenção centrada no manicomialismo dos hospitais psiquiátricos, consolida políticas públicas de saúde mental e envolve tanto práticas e ações de cuidado quanto sua dimensão institucional em rede (Fernandes; Silva; Oliveira, 2020).

Caminhamos na direção de práticas de cuidado em liberdade, que enxergam nas conexões possíveis com ambientes, espaços, territórios, pessoas e atividades as possibilidades de aumentar a potência de vida dos sujeitos. Ou seja, reafirmamos que a produção do cuidado em saúde mental ocorre essencialmente e necessariamente em liberdade, no diálogo com os espaços urbanos, com a cidade, com os territórios geográficos e existenciais.

É nesse sentido que esta tese caminha num movimento helicoidal que aproxima e mobiliza três campos distintos, mas que apresentam intersecções imprescindíveis para o empreendimento desta pesquisa. As reflexões oriundas do entrelaçar desses campos e a instauração de f(r)estas podem enriquecer as práticas produzidas por profissionais da saúde mental, refletindo também de maneira concreta na intervenção junto à população que enfrenta condições psicossociais divergentes. Nesse contexto, os serviços públicos de saúde mental e os espaços urbanos tornam-se cenários cruciais para a aplicação dessas abordagens.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A própria desconfiguração do modelo manicomial começou quando a saúde mental (e não a doença mental) passou a ser o foco das ações e práticas de cuidado. Essas práticas, por sua vez, não se restringiram à psiquiatria como único saber operativo, mas se abriram para a confluência de distintos campos que compõem a experiência humana. A cidade, entendida como um espaço vivo, atravessado por conflitos e potências, é o lugar onde o problema que mobiliza esta pesquisa se inscreve, especialmente na reflexão sobre os modos de habitar e conviver que enfrentam e resistem aos efeitos dos mecanismos de exclusão social.

As práticas espaciais urbanas no contexto da Atenção Psicossocial revelaram uma diversidade de mecanismos que podem ser ativados tanto a partir do trabalho nos serviços de saúde mental quanto de movimentos culturais e sociais da própria cidade, como vimos nos exemplos das práticas dos profissionais, da Parada do Orgulho Louco e do Bloco Doido é Tu. Esses movimentos ampliam as formas de participação na vida urbana e, ao mesmo tempo, tensionam modos instituídos de presença e pertencimento, contribuindo para o cuidado em saúde mental, seja na dimensão clínica, seja no exercício da autonomia e cidadania.

É nesse contexto que a aproximação entre os campos da saúde mental, dos espaços urbanos e das práticas artísticas e culturais se apresenta como linha de análise. Inspirados pela ideia de confluência de Nego Bispo, compreendemos que as práticas de cuidado em saúde mental não se sustentam no isolamento, mas no encontro e na articulação das diferenças. Confluir é render, é ampliar a potência de agir no mundo, como uma bateria de carnaval que, ao combinar gestos singulares, produz harmonia coletiva.

A noção de f(r)esta surge como proposta conceitual para pensar as aberturas que se insinuam nos tecidos rígidos da cidade: f(r)estas que permitem a circulação de novos modos de viver e conviver, que celebram e afirmam a vida em sua potência criativa e coletiva. Assim, as f(r)estas urbanas são instâncias de desestabilização das hierarquias, fortalecimento da solidariedade e experimentação de outras possibilidades de existir e pertencer.

É nesse horizonte que a proposta de práticas orientadas para a produção do comum se fortalece, sobretudo diante dos desafios contemporâneos, como guerras por territórios, especulação imobiliária e crises ecológicas e urbanas. O espaço

público, cada vez mais tensionado, torna-se campo central para a disputa de sentidos e para a produção de cidadania.

A saúde mental, nesse contexto, não pode ser pensada sem a cidade, sem os territórios onde a vida acontece. Dialogar com os espaços urbanos e suas dinâmicas é fundamental para a construção de práticas antimanicomiais, comprometidas com o bem viver, com a autonomia e com a ampliação da potência de vida dos sujeitos. Em função disso, a produção do cuidado em saúde mental deve estar intimamente ligada à liberdade de circulação, ao pertencimento e ao habitar os espaços urbanos, reconhecendo a atividade humana como dispositivo que tanto modela a cidade quanto é modelada por ela.

Propõe-se uma inserção crítica, ética e estética dos profissionais de saúde mental e terapia ocupacional nos debates e práticas que envolvem o direito à cidade. Essa inserção implica a construção contínua de práticas e tecnologias de cuidado atentas às singularidades das pessoas e aos modos coletivos de produção de vida. A cidade, longe de ser apenas cenário, torna-se coautora do cuidado, espaço ativo de invenção, resistência e transformação.

Ao longo dos percursos trilhados, a caminhada deixou um rastro helicoidal que aproxima saúde mental, espaço urbano e práticas culturais, buscando instaurar f(r)estas que ampliem a potência de viver, promovam a produção do comum e contribuam para práticas de cuidado em liberdade, inseparáveis da luta pela cidade como direito e pela vida como potência.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, É. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, p. 299–308, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000030>
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; LIMA, R. (Coords.). **Loucos pela diversidade**: da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório final. Rio de Janeiro: Laps, 2008.
- AMARANTE, P.; FREITAS, F.; NABUCO, E.; PANDE, M. N. R. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 4, n. 8, p. 125-132, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v4i8.68659>
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 6, p. 1090–1107, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**: Genocídio – 60 mil Mortos no mair hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AZEVEDO, B. M. S. **O ensino da gestão no curso de graduação de medicina da FCM/UNICAMP**: possíveis encontros entre universidade e serviços de saúde. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. DOI: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2012.863412>
- BAKHTIN, M. **Os gêneros do discurso**. Organização, tradução, posfácio e notas: Paulo Bezerra. São Paulo: Editora 34, 2016.
- BARBOSA, L. B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 32, n. 2, p. 309-320, 2014. DOI: <https://dx.doi.org/10.12804/apl32.2.2014.09>
- BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal, Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 373–390, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200010>

BASTOS, F. Sol Nascente: entenda por que crianças da maior favela do Brasil não têm acesso à cidade e ao lazer. **G1 Distrito Federal**, Brasília, 12 out. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/10/12/sol-nascente-entenda-por-que-criancas-da-maior-favela-do-brasil-nao-tem-acesso-a-cidade-e-ao-lazer.ghtml>. Acesso em: 22 jul. 2025.

BENEVIDES, M. V. Direitos humanos: desafios para o século XXI. In: SILVEIRA, R. M. G. *et al.* (Orgs.). **Educação em direitos humanos**: fundamentos teóricos metodológicos. João Pessoa: Editora Universitária, 2007. p. 335-350.

BERTH, J. **Se a cidade fosse nossa**. São Paulo: Paz & Terra, 2023.

BISPO DOS SANTOS, A. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

BOARINI, M. L. A luta antimanicomial: um mosaico de vozes insurgentes. **Revista Psicologia Política**, v. 20, n. 47, p. 21-35, 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília: Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **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: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Diário Oficial da União, 2008.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 874, de 14 de julho de 2023**. Institui o Grupo de Trabalho para a formulação do Programa Nacional para os Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial – PNCC. Brasília: Diário Oficial da União, 2023.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849–859, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>

CARVALHO, J. M.; SILVA, S. K.; DELBONI, T. M. Z. G. A dimensão política da alegria e a alegria como uma dimensão do político. **Cadernos de Pesquisa em Educação**, n. 45, p. 82–93, 2017.

CEARÁ. **Lei nº 12.151, de 12 de agosto de 1993**. Institui a Política Estadual de Atenção à Saúde Mental. Fortaleza: Diário Oficial do Estado do Ceará, 1993.

CEARÁ. **Portaria nº 1, de 1º de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a interdição do estabelecimento Stênio Gomes. Fortaleza: Diário da Justiça Eletrônico Administrativo, 2024.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. Tradução: Maria José de Abreu. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil**: relatório de inspeção nacional. 2. ed. Brasília: CFP, 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em 24 jul. 2025.

COELHO, T. **Dicionário crítico de política cultural**: cultura e imaginário. São Paulo: Iluminuras, 2012.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução: Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2020

CONSTANTINIDIS, T. C.; COLATO, É. R. O.; RICCI, T. E.; COSTA, F. S.; DANTAS, J. G. T.; MELO, C. H.; ROCHA, L. S.; KRUTLI, R. L. S.; FARIA, I. B. A.; LUSSI, I. A. O. Delineamentos do núcleo profissional da terapia ocupacional em saúde mental a partir de seus objetos, objetivos e instrumentos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 33, e3739, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO287937391>

COQUEIRO, N. F.; VIEIRA, F. R. R.; FREITAS, M. M. C. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 859–862, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600022>

COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 572-582, 2012.

COSTA, L. A.; ALMEIDA, S. C.; ASSIS, M. G. Reflexões epistêmicas sobre a terapia ocupacional no campo da saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 1, p. 189-195, 2015. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARL432>

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Tradução: Liane Schneider. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>

DAMATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. 6. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DANTAS, J. G. T. **Cartografia do cotidiano do sujeito em situações de rua no Distrito Federal**. 2013. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. <https://bdm.unb.br/handle/10483/6896>

DANTAS, J. G. T. **A voz dos olhares que percorrem a periferia: o território sob as lentes do adolescente**. 2019. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência) – Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Paulo, Guarulhos, 2019. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/59455>

DANTAS, J. G. T.; DE MICHELI, D. A favela onde moro: o território sob a perspectiva dos jovens. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2769-2782, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07552021>

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução: Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DOBIES, D. V.; L'ABBATE, S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da Análise Institucional. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 120–133, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611009>

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **Rae'Ga - O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, p. 31–41, 2009. DOI: <https://doi.org/10.5380/raega.v17i0.11995>

FARINA, C. Arte e formação: uma cartografia da experiência estética atual. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 31., 2008, Caxambu. **Anais [...]**. Caxambu: ANPED, 2008. p. 1-16. Disponível em: http://31reuniao.anped.org.br/trabalhos_ge.htm. Acesso em: 22 jul. 2025.

FERIGATO, S. H. O agir criativo em Terapia Ocupacional: uma reflexão filosófica a partir dos paradoxos da contemporaneidade. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 15, n. 2, p. 131-198, 2007.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, 2007.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 663-675, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000037>

FERIGATO, S. H. **Cartografia dos centros de convivência de Campinas: produzindo redes de encontros**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013. DOI: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2013.906645>

FERIGATO, S. H. **O Processo de curadoria em Saúde e a construção da IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica**. 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_sabrina_ferigato.pdf. Acesso em 28 jul. 2025.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R.; TEIXEIRA, R. R. Os centros de convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 8, n. 20, p. 79–100, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v8i20.69137>

FERIGATO, S. H.; SILVA, C. R.; LOURENÇO, G. F. A convivência e o com-viver como dispositivos para a Terapia Ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 24, n. 4, p. 849–857, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoEN0735>

FERIGATO, S. H.; SILVA, M. C. Saúde mental e terapia ocupacional: a construção de um projeto terapêutico singular. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, n. 2, p. 379–386, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0611>

FERNANDES, P.; SILVA, M.; OLIVEIRA, J. A história da transformação da Atenção Psicossocial no Brasil: da prática manicomial à rede de cuidado. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, v. 14, n. 2, p. 45–58, 2020.

FIGUEIRÊDO, M. L. T.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS**, v. 2, n. 2, p. 121–136, 2014.

FLUSSER, V. **Filosofia da caixa preta: ensaios para uma futura filosofia da fotografia**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2011.

FMUSP – FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Projeto Político-Pedagógico do curso de Medicina. Atualizado** em 2024. Disponível em: https://fm.usp.br/graduacao/conteudo/ppp_atualizado_referente_2025.pdf. Acesso em: 29 jul. 2025.

FÓRUM CEARENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL. **Blog Antimanicomial Ceará**. Fortaleza, [2011?]. Disponível em: <https://antimanicomialce.wordpress.com/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 5. ed. Tradução: Lúcia M. P. Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 2. ed. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FUNDAPSP. **A chave da nossa casa**. YouTube, 2015. 1 vídeo (29 min). Publicado pelo canal FundapSP. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vWKQRHCCi0Q>. Acesso em: 22 jul. 2025.

G1 CEARÁ. Dois dos 11 mortos em chacina no CE responderam por crimes leves. **G1 Ceará**, Fortaleza, 13 nov. 2015. Disponível em: <https://g1.globo.com/ceara/noticia/2015/11/dois-dos-11-mortos-em-chacina-no-ce-responderam-por-crimes-leves.html>. Acesso em: 29 jul. 2025.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 104-109, 2003. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v14i3p104-109>

GARCIA, M. R. V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Revista de Psicologia Política**, v. 12, n. 23, p. 105-120, 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2. ed. Tradução: Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução: Mathias Lambert. [S.l.: s.n.], 2004. (Publicação original: 1963). Digitalizado em 2004.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Cadastro: conheça os benefícios da identidade artesanal emitida pela CeArt. **Governo do Estado do Ceará**, 1 fev. 2021. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2021/02/01/cadastro-conheca-os-beneficios-da-identidade-artesanal-emitida-pela-ceart/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

GONÇALVES, M. V.; MALFITANO, A. P. S. O conceito de mobilidade urbana: articulando ações em terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, e2523, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoARF1929>

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Tradução: Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Editora 34, 1992.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Tradução: Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas: Papirus, 2009.

KASTRUP, V.; FERNANDES, C. H. A atenção conjunta e o bebê cartógrafo: a cognição no plano dos afetos. **Ayvu: Revista de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 117-139, 2018.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal, Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 263–280, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200004>

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1455-1461, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600020>

KOUDELA, I. D.; ALMEIDA JÚNIOR, J. S. (coord.). **Léxico de pedagogia do teatro**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. Tradução: Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

LAROSSA BONDÍA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Tradução: João Wanderley Geraldi. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>

LE GOFF, J. **Por amor às cidades**. Tradução: Eliana Aguiar. São Paulo: Editora Unesp, 1998.

LEFEBVRE, H. **O direito à Cidade**. Tradução: Rubens Eduardo Frias. São Paulo: Centauro, 2001.

LEITE JUNIOR, J. D., FARIAS, M. N., & MARTINS, S. Dona Ivone Lara e terapia ocupacional: devir-negro da história da profissão. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, e2171, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoARF2171>

LIBERATO, M. T. C.; DIMENSTEIN, M. Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 272–281, 2013.

LIMA, E. M. F. A.; PELBART, P. P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 709–735, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300003>

LOURAU, René. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, René. **Análise institucional: psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

LUSSI, I. A. O. Emancipação social e terapia ocupacional: aproximações a partir das Epistemologias do Sul e da ecologia de saberes. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 4, p. 1335-1345, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN2015>

LUSSI, I. A. O.; FERIGATO, S. H.; GOZZI, A. P. N. F.; FERNANDES, A. D. S. A.; MORATO, G. G.; CID, M. F. B.; FURLAN, P. G.; MARCOLINO, T. Q.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 1, p. 1–3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoED2701>

MARTINS, L. M. **Performance do tempo espiralar**: poéticas do corpo-tela. Rio de Janeiro: Cobogó, 2021.

MARTINS, M. E. R.; ASSIS, F. B.; BOLSONI, C. C. Ressuscitando a indústria da loucura?! **Interface (Botucatu)**, v. 23, e190275, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190275>

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas do entendimento humano. Tradução: Jonas Pereira dos Santos. Campinas: Editorial Psy II, 1995.

MICHAELIS. **Fresta**. In: DICIONÁRIO Brasileiro da Língua Portuguesa Michaelis. São Paulo: Melhoramentos. 2025.

MORATO, G. G. **Reabilitação psicossocial e atenção psicossocial**: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental. 2019. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019. <https://repositorio.ufscar.br/handle/20.500.14289/11988>

MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. O. Contributions from the perspective of Psychosocial Rehabilitation for occupational therapy in the field of mental health. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, p. 943–951, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1608>

MOTTA, R. Prefácio. In: PEREZ, L. F. **Festa, religião e cidade**: corpo e alma do Brasil. Porto Alegre: Medianiz, 2011. p. 18.

MOVIMENTO SAÚDE MENTAL. Doido é Tu – Bloco de carnaval leva mensagem contra o preconceito. **Movimento Saúde Mental**, Fortaleza, 15 fev. 2013. Disponível em: <https://movimentosaudemental.org/2019/06/13/doido-e-tu-bloco-de-carnaval-leva-mensagem-contr-o-preconceito/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

NEVES, G. A entrevista como estratégia metodológica para a crítica de processo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE PESQUISADORES EM CRÍTICA GENÉTICA, 10, 2012, Porto Alegre. **Anais [...]**. Porto Alegre: PUCRS, 2012. p. 544-552.

NEVES, A.; ISMERIM, A.; BRITO, B.; COSTA, F. D.; SANTOS, L. R. P.; SENHORINI, M.; SILVA JUNIOR, N.; BEER, P.; BAZZO, R.; GONSALVES, R.; COELHO, S. P.; CARNIZELO, V. C. R. A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. *In*: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. (orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Porto Alegre: Autêntica, 2023. p. 125–175.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 3, p. 143-151, 2007. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v18i3p143-151>

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>

O GLOBO. Moradores de rua são acordados com jatos de água fria em SP, diz CBN. **O Globo**, Rio de Janeiro, 19 jul. 2017. Política. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/moradores-de-rua-sao-acordados-com-jatos-de-agua-fria-em-sp-diz-cbn-21607407>. Acesso em: 22 jul. 2025.

OLIVEIRA, J. P. **A transversalidade do encontro**: da desinstitucionalização em Trieste à Sorocaba, (re)fazer? 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053–1062, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA L. (orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia**: A experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2014.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241–258, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>

PEREZ, L. F. **Festa, religião e cidade**: corpo e alma do Brasil. Porto Alegre: Medianiz, 2011.

PINTO, P. G. H. R. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 131-144, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311995000100007>

PONTES, P. A. R.; SOUZA, A. M. A.; FRAGA, M. N. O. Reforma psiquiátrica no Ceará: tópicos de caracterização dos novos serviços. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 48, n. 3, p. 297-303, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671995000300011>

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Saúde mental**. [s.d.]. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/saude-mental>. Acesso em: 29 set. 2023.

PT - PARTIDO DOS TRABALHADORES. **Luizianne Lins**. 2025. Disponível em: <https://pt.org.br/luizianne-lins>. Acesso em: 22 jul. 2025.

QUARENTEI, M. S. Terapia ocupacional e produção de vida. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 7., 2001, Porto Alegre. **Anais [...]**. Porto Alegre: ABRATO, 2001. p. 1-8.

RANGEL, S. P. A.; CASTRO, A. M. Saúde mental: onde se colocam as questões de gênero? Os papéis das mulheres cisgêneras. **Saúde em Debate**, v. 47, n. spe. 1, e9048, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19048P>

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Sulina; 2011.

ROSA, S. D.; DANTAS, J. G. T. Diversidade, cultura e os desafios da terapia ocupacional. *In*: ROSA, S. D.; VASCONCELOS, E. M. A.; ROSA-CASTRO, R. M. (orgs.). **Terapia ocupacional: experiências da formação profissional**. Sorocaba: EDUNISO, 2021. p. 69-82.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; **Desinstitucionalização**. 2. ed. Organização: Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec 2001.

SAFATLE, V.; SILVA JÚNIOR, N.; DUNKER, C. (orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica, 2020.

SAMPAIO, J. J. C. **Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. 1988. 211 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; CARNEIRO, C.; GARCIA FILHO, C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300017>

SANTOS, B. O. **Fórum Cearense da Luta Antimanicomial: sua história a partir das narrativas de militantes**. Fortaleza: Imprensa Universitária UFC, 2018.

SANTOS, J. E. S.; OLIVEIRA, J. R.; PINHO, D. L. M.; FUNGHETTO, S. S.; DANTAS, J. G. T.; SANTOS, A. L.; DANTAS, D. C.; FERREIRA, T. T. R.; MAGALHÃES, Y. B. Uma abordagem sobre a percepção das drogas no cotidiano da comunidade de Ceilândia – Distrito Federal. *In*: SANTOS, J. E. S.; BARRETO, A. F.; SILVA, M. G. **Saúde e Drogas: Por uma integralidade do cuidado ao usuário de substâncias psicoativas**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2012. p. 229-244.

SANTOS, M. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2013a.

SANTOS, M. **Pobreza Urbana**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2013b.

SANTOS, M. **Metamorfoses do Espaço Habitado**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014a.

SANTOS, M. **Natureza do Espaço**: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014b.

SILVA, A. C. C.; OLIVER, F. C. Participação social em terapia ocupacional: sobre o que estamos falando? **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 4, p. 858–872, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1883>

SILVA, A. N. R.; COSTA, M. S.; MACEDO, M. H. Multiple views of sustainable urban mobility: The case of Brazil. **Transport Policy**, v. 15, n. 6, p. 350-360, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2008.12.003>

SILVA, C. R.; CARDINALI, I.; SILVESTRI, M. S.; BIANCHI, P. C.; FERIGATO, S. Arte e cultura para a promoção dos Direitos Humanos junto a usuários de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 8, n. 20, p. 198–211, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v8i20.69249>

SILVA, I. A. Brincante. In: KOUDELA, I. D.; ALMEIDA JUNIOR, J. S. (orgs.). **Léxico de Pedagogia do Teatro**. São Paulo: Perspectiva, 2015. p. 25.

SILVA, S. V.; DALL'ALBA, R.; DELDUQUE, M. C. Mobilidade urbana e determinação social da saúde, uma reflexão. **Saúde e Sociedade**, v. 32, supl. 1, e220928pt, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220928pt>

SIMAS, L. A. **O corpo encantado das ruas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

SOUZA, N. P.; ALVES, C. L. T.; DANTAS, J. G. T.; POLTRONIERI, B. C. Reverberações da violência urbana na prática cotidiana de terapeutas ocupacionais que atuam na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 7, n. 3, p. 1911–1928, 2023. DOI: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rcto58550>

SPINOZA, B. **Ética**. Tradução: Joaquim de Carvalho. São Paulo: Martin Claret, 2008.

TALICY, E. Grupo realiza passeata em defesa da humanização da rede de saúde mental. **O Povo**, Fortaleza, 18 maio 2019. Notícias. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2019/05/18/grupo-realiza-passeata-em-defesa-da-humanizacao-da-rede-de-saude-mental.html>. Acesso em: 22 jul. 2025.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal - Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 299–322, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>

TEIXEIRA, R. R. As dimensões da produção do comum e a saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, supl. 1, p. 27–43, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01003>

TEIXEIRA, R. R.; FERIGATO, S.; COSTA, R.; MOREIRA JÚNIOR, J. S.; TOGASHI, G. B.; ANDRADE, A. C. (orgs.). **A reinvenção da vida e da saúde em tempos de pandemia**: o lugar da cultura. São Paulo: Centro de Pesquisa e Formação do Sesc São Paulo e Universidade de São Paulo, 2023.

VELOSO, V. G. **Percorrer a cidade a pé**: ações teatrais e performativas no contexto urbano. São Paulo: n-1 edições, 2018.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.