

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
BACHARELADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ISAURA CHALEGRE DE MELO

DOS MANICÔMIOS ÀS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS:

Os dilemas para inclusão de pessoas vivendo com transtornos mentais.

RECIFE

2021

ISAURA CHALEGRE DE MELO

DOS MANICÔMIOS ÀS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS:

Os dilemas para inclusão de pessoas vivendo com transtornos mentais.

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Ciências Sociais da Universidade Federal Rural de Pernambuco como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais, sob a orientação do Professor Dr. Paulo Afonso Barbosa de Brito.

RECIFE

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Sistema Integrado de Bibliotecas
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M528m Melo, Isaura Chalegre de
Dos manicômios às residências terapêuticas: os dilemas para a inclusão de pessoas vivendo com transtornos mentais / Isaura Chalegre de Melo. - 2021.
62 f. : il.
- Orientador: Paulo Afonso Barbosa de Brito.
Inclui referências e apêndice(s).
- Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Bacharelado em Ciências Sociais, Recife, 2021.
1. Manicômios. 2. Residência terapêutica. 3. Inclusão. I. Brito, Paulo Afonso Barbosa de, orient. II. Título

CDD 300

ISAURA CHALEGRE DE MELO

DOS MANICÔMIOS ÀS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS:

Os dilemas para inclusão de pessoas vivendo com transtornos mentais.

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Ciências Sociais da Universidade Federal Rural de Pernambuco como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais, sob a orientação do Professor Dr. Paulo Afonso Barbosa de Brito.

Aprovado em: 05/03/2021

BANCA EXAMINADORA:

Prof^o. Dr. Paulo Afonso Barbosa de Brito
Orientador (UFRPE - Departamento de Ciências Sociais)

Prof^a. Dr^a. Maria Grazia Cribari Cardoso
Examinadora (UFRPE – Departamento de Ciências Sociais)

Prof^a. Dr^a. Roseana Borges de Medeiros
Examinadora (UFRPE – Departamento de Ciências Sociais)

Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem, lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.

(Boaventura de Souza Santos)

AGRADECIMENTOS

Esse momento para mim é mais do que especial, é um momento de emoção, sei que essa página será insuficiente para expressar o que senti durante a graduação e o que estou sentindo agora com a conclusão do curso, minha caminhada foi longa, foram momentos de esperanças e desesperança, mas cheguei até aqui com a ajuda de muita gente.

Agradeço ao meu Deus, por Ele ser o autor da minha fé, nos meus momentos de tristeza e desesperança foi a minha fé Nele que me susteve.

A José e a Margarida, meu pai e minha mãe, que me apoiaram em todos os momentos, sem eles eu não chegaria até aqui. Obrigada por tudo, pelo amor, paciência e pela confiança que depositaram em mim, acreditando sempre que sou capaz de dar um passo a mais na vida.

Agradeço ao meu filho Jean Pedro, que é meu grande inspirador, minha motivação e meu sentido de viver, sem meu filho não sou exatamente nada, ele é o meu lugar nesse mundo. A minha “filha” Andry, que sempre me incentivou e sempre acreditou que eu poderia finalizar mais essa etapa da minha vida.

Ao professor e meu orientador Paulo Afonso, que teve uma participação mais do que especial nessa jornada, quando eu acreditava que não havia mais esperanças para concluir o curso, ele surge e me faz acreditar que tudo é possível. Obrigada professor, por toda dedicação que o senhor teve comigo, seria impossível eu chegar até aqui sem a sua ajuda.

Agradeço também a Janaína Melo, que durante a minha jornada na UFRPE, ela com dedicação e atenção sempre me ajudou a superar algumas dificuldades que eu enfrentei ao longo da graduação.

Agradeço ao meu caro amigo José Augusto, que me incentivou dia após dia a finalizar essa etapa, mandando mensagens todos os dias dizendo que eu seria capaz de fechar esse ciclo.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao meu colega Everaldo, que me ajudou me presenteando com um notebook para que eu pudesse escrever a minha monografia.

RESUMO

Esta monografia investiga o processo no qual se deu a passagem dos manicômios para as residências terapêuticas, as relações e os cuidados com pessoas e grupos vivendo com os chamados “transtornos mentais”, processo esse que surgiu para reestruturar o sistema psiquiátrico brasileiro e para devolver alguns direitos sociais às pessoas nestas situações. Nossa questão inicial de pesquisa foi se as inovações provocadas pela mudança dos antigos manicômios para as modernas Residências Terapêuticas (RT's) conseguiram avançar para possibilitar a melhoria na qualidade de inclusão social de pessoas com transtornos mentais? Como objetivo principal, assumimos analisar o processo de mudança dos manicômios para a residência terapêutica, destacando os avanços e os entraves que possibilitam a inclusão das pessoas com transtorno mental. Para essa investigação, realizamos em um primeiro momento uma revisão bibliográfica, em seguida, utilizamos duas técnicas de pesquisa vinculadas às metodologias qualitativas, a observação e a entrevista. A pesquisa revelou que o processo de inclusão social das pessoas com transtornos mentais ainda está distante, bem como, as residências terapêuticas tem um caráter assistencialista. No entanto os dados apresentados revelam que mesmo com o passar do tempo os egressos do sistema psiquiátrico ainda continuam sendo estigmatizados.

Palavras- chave: Manicômios. Residência Terapêutica. Inclusão.

ABSTRACT

This monograph investigates the process in which the transition from asylums to therapeutic residences took place, relationships and care with people and groups living with the so-called "mental disorders", a process that emerged to restructure the Brazilian psychiatric system and to return some social rights to people in these situations. Our initial research question was whether the innovations caused by the change from the old asylums to the modern Therapeutic Residences (RT's) managed to advance in order to improve the quality of social inclusion of people with mental disorders? As a main objective, we assume to analyze the process of moving from asylums to therapeutic residences, highlighting the advances and obstacles that allow the inclusion of people with mental disorders. For this investigation, we performed a bibliographic review at first, then we used two research techniques linked to qualitative methodologies, observation and interview. The research revealed that the process of social inclusion of people with mental disorders is still a long way off, as well as, therapeutic residences have an assistance character. However, the data presented reveal that even with the passage of time, graduates of the psychiatric system are still stigmatized.

Keywords: Asylums. Therapeutic Residence. Inclusion.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 TRANSTORNO MENTAL COMO PROBLEMÁTICA SOCIOLÓGICA	14
1.1 E. Goffman: Instituições totais, Manicômios, Estigmatização e controle sobre pessoas transtornadas	14
1.2 Michel Foucault: Isolamento, Castigos, Relações de Poder	18
1.3 Inclusão e Exclusão social: comunhão e contradição no debate sociológico	24
2 DOS MANICÔMIOS ÀS RESIDÊNCIAS TERAPEUTICAS: OS DILEMAS PARA UM PROCESSO INCLUSIVO	29
2.1 Breve histórico da pessoa vivendo com deficiência ao longo da história	29
2.2 A trajetória dos manicômios às residências terapêuticas no Brasil	32
2.3 Desinstitucionalização e a inclusão do “outro”	37
3 UMA APROXIMAÇÃO ENTUSIASMADA, INQUIETA, DESAFIADORA	42
3.1 A Residência Terapêutica: história recente e estrutura de funcionamento	44
3.2 A Vida pulsa em uma Residência Terapêutica	45
3.3 As Residências Terapêuticas à luz da reflexão teórica	52
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE – Roteiro de Entrevista com as Cuidadoras de Residência Terapêutica	62

INTRODUÇÃO

A presente monografia é fruto de um longo processo de estudos, e de paradas nesses estudos, hiatos causados por diversos problemas pessoais e acadêmicos, acentuando-se na parte final enquanto estudante do Curso de Bacharelado em Ciências Sociais da Universidade Federal Rural de Pernambuco. Por ser longo, às vezes apresentava maiores dificuldades, outras vezes, mais prazeres pelo estudo da problemática escolhida, mas sempre o entusiasmo pelo aprendizado da produção de conhecimentos nas Ciências Sociais.

A conclusão da mesma nesse período da pandemia e do consequente distanciamento social, acrescentou mais problemas a esta conturbada fase de estudos. Contudo, estamos chegando à conclusão de um processo de aprendizado que agora socializo com este curso e esta universidade onde vivi as mais diversas experiências estudantil, pessoal, social etc.

Nosso interesse de estudos, tratado como tema na presente monografia é **Dos Manicômios às Residências Terapêuticas: os Dilemas para a Inclusão das Pessoas vivendo com Transtornos Mentais**. Na nossa percepção original, pessoas vivendo com transtornos mentais são seres humanos que se relacionam com os demais, criando vínculos, histórias e que precisam de um olhar mais humano e ser visto dentro da sociedade como pessoas funcionais, capazes de superar desafios respeitando assim as suas singularidades e fortalecendo as suas potencialidades. Portanto, são partes da sociedade, que não devem viver à margem da mesma, mas que infelizmente, as pessoas com transtornos mentais ainda são bastante estigmatizadas e o seu direito ao convívio social, mesmo que se tenha avançado um pouco devido ao processo de desinstitucionalização, ainda precisa ser mais fortalecido dentro do espaço social. Incluir é de suma importância para o processo de construção do eu.

O estudo partiu da **problemática inicial** formulada a partir da seguinte pergunta: as inovações provocadas pela mudança dos antigos manicômios para as modernas Residências Terapêuticas (RT's) conseguiram avançar para possibilitar a melhoria na qualidade de inclusão social de pessoas com transtornos mentais?

A partir das minhas observações iniciais sobre experiências com Residências Terapêuticas, e de algumas leituras sobre a problemática, cheguei a esboçar um pressuposto tratado ainda em nosso projeto de pesquisa como uma **hipótese**: a mudança de manicômios para as residências terapêuticas avançou apenas no caráter assistencial, porém no que diz respeito à inserção de pessoas com transtornos mentais no mundo social, ainda continua sendo uma realidade muito distante para que se alcance de fato uma transformação efetiva dentro do processo de inclusão social.

Diante do nosso tema, da nossa problemática e da nossa hipótese, assumimos os seguintes **objetivos para a presente monografia**: Objetivo geral - analisar o processo de mudança dos manicômios para a residência terapêutica, destacando os avanços e os entraves que possibilitam a inclusão das pessoas com transtorno mental no mundo externo. E como **objetivos específicos**: observar a rotina da residência terapêutica em Olinda verificando como se dá o processo de inclusão social dos moradores; discutir a importância da inclusão social para as pessoas com transtornos mentais, através de intervenção na vivência in lócus; entender a compreensão dos profissionais que lidam com os moradores da RT, no contexto da inclusão social; analisar a passagem dos manicômios para as residências terapêuticas com os conceitos advindos da “sociologia da loucura” e de inclusão social.

Para testar nossa hipótese e atingir os objetivos propostos, assumimos uma **metodologia de pesquisa** que consideramos adequada para o presente estudo, que é a pesquisa qualitativa, com as técnicas de pesquisa da Observação e de entrevistas. Acerca da pesquisa qualitativa Minayo (2002) destaca o quanto é positivo:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (MINAYO, 2002, p.21).

Advindo desse campo das metodologias qualitativas, como técnicas de pesquisa para coleta de dados e informações de campo, utilizamos duas referências bastante consolidadas nesse campo metodológico, que são as entrevistas individuais e a observação de campo. Para tal, utilizamos da colaboração de André e Lüdke (1986), nos indicando que, a observação direta nas abordagens da pesquisa qualitativa, nos permite a maior aproximação possível da “perspectiva do sujeito”, do significado que eles atribuem à realidade que os cercam e às suas próprias relações, o que é fundamental para uma aproximação com nosso público pesquisado:

A observação direta permite também que o observador chegue mais perto da “perspectiva do sujeito”, um importante alvo nas abordagens qualitativas. Na medida em que o observador acompanha in loco as experiências diárias dos sujeitos, pode tentar apreender a sua visão de mundo, isto é, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações. (ANDRÉ; LÜDKE, 1986, p. 26).

Devido às condições impostas pela pandemia, utilizamos os dados das observações anotados ainda no período da elaboração do projeto de pesquisa, e realizamos apenas três visitas à Residência Terapêutica em estudo, fazendo observações que foram essenciais para a realização desse trabalho, além disso, reduzimos as entrevistas apenas com alguns poucos profissionais que trabalham na referida residência, no caso com as cuidadoras de residência terapêutica. E acrescentamos base em fontes secundárias e em trabalhos de terceiros, buscando esboçar uma elaboração consistente da trajetória dos manicômios até às residências terapêuticas.

O referencial teórico utilizado para nossa análise se baseia na referência da “sociologia da loucura” ou os “discursos sobre a loucura” proposta por MICHEL FOUCAULT e ERVING GOFFMAN. E também, nos contemporâneos debates sociológicos em torno da inclusão e exclusão social.

A monografia está organizada partindo dessa pequena introdução, mais três capítulos e algumas conclusões, assim distribuídos:

CAPÍTULO 1: CAPÍTULO TEÓRICO

Nesse capítulo abordamos o debate elaborado por alguns dos principais sociólogos que se debruçaram sobre o problema da loucura, concretamente das

obras de Michel Foucault e de Erving Goffman. Devido aos objetivos dessa monografia, trataremos também nesse capítulo dos debates sobre Inclusão Social, que embora seja um conceito bastante controverso na sociologia (um conceito “fraco” segundo alguns sociólogos), mas um conceito presente na sociologia desde sua fundação, através dos trabalhos de Émile Durkheim, relacionado aos conceitos de integração e coesão social, estruturante dessa abordagem sociológica. Na sociologia brasileira contemporânea, esse conceito é bastante criticado, sendo subordinado aos estudos sobre desigualdades sociais, tais como sugeridos por José de Souza Martins e Pedro Demo.

CAPÍTULO 2: DOS MANICÔMIOS ÀS RESIDÊNCIAS TERAPEUTICAS: OS DILEMAS PARA UM PROCESSO INCLUSIVO.

Nesse capítulo apresentamos uma breve historicidade sobre como as pessoas com deficiências eram tratadas ao longo da história, partindo da pré-história até os dias atuais, esse estudo foi de fundamental importância, pois a partir dessa historicidade pudemos compreender como o processo de exclusão de pessoas com transtornos mentais foi se consolidando, no primeiro momento tais sujeitos eram jogados a própria sorte, muitos deles eram executados por serem considerados incapazes e também eram visto como pessoas portadoras de possessões demoníacas. Com o advento do cristianismo e com o ideário de que Deus era para “todos”, esses sujeitos passam a receberem ajuda da igreja, instituição essa que também os estigmatizavam e os excluía, afinal tudo o que era diferente, certamente era difícil de ser compreendido. Com o advento da idade moderna e com o fortalecimento do capitalismo, as pessoas com transtornos mentais e com comportamentos desviantes continuavam sendo um incômodo para a sociedade, esses sujeitos eram vistos como uma espécie de “entulho” e precisariam de um lugar que os mantivessem distante do convívio social, e foi justamente com a advento da modernidade que se começa a consolidação do processo da institucionalização psiquiátrica.

Esse processo de institucionalização foi um processo longo e que gerou bastantes debates, a criação dos manicômios foi um elemento de grande potencialidade que fortaleceu o processo de exclusão social desses sujeitos. Já na década de 70, começa um movimento contrário ao da institucionalização, constituindo um poderoso movimento social de luta pela superação dos manicômios,

articulado em torno da reforma antimanicomial que teve apoio não só apenas da sociedade médica, como também de intelectuais como Foucault e Goffman.

Para dar suporte a esse temática nos baseamos em estudos de terceiros, entre estes, destacamos as contribuições de Maria Salete Fábio Aranha, Heitor Resende , dentre outros autores.

CAPÍTULO 3: (PESQUISA DE CAMPO)

Nesse capítulo apresentamos importantes informações acerca da Residência Terapêutica no município de Olinda- PE, que acolhe pessoas com transtornos mentais. As informações são fruto de um período de observação, de uma intervenção que foi feita através de uma roda de conversa com os residentes e de algumas entrevistas com funcionários.

Finalmente, apresentamos algumas conclusões, assumindo como nossa hipótese de trabalho é em parte confirmada, mas reconhecendo as limitações imposta pela pandemia para o aprofundamento da pesquisa de campo, indicando a necessidade de novos estudos uma vez que essa problemática aparece com força na sociedade contemporânea local e global, e, tudo indica que, com tendência de crescimento de importância social. Ainda na conclusão, assumimos que os objetivos da monografia foram alcançados e, como a metodologia de pesquisa oportunizou tanto o alcance dos objetivos, quanto a confirmação da hipótese. Apelando assim para a necessidade de novos estudos dado a importância desse tema para as sociedades contemporâneas, e, portanto, para as ciências sociais.

1. TRANSTORNO MENTAL COMO PROBLEMÁTICA SOCIOLÓGICA:

A loucura, os transtornos mentais, o sofrimento psíquico, são situações ou sintomas presentes na história da humanidade desde que se tem alguma forma de registro sobre sua trajetória. Cientistas sociais, etnógrafos e outros profissionais que estudaram as chamadas “Comunidades Primitivas”, registram, de diversas formas, a existência de pessoas que a ciência veio a denominar como “loucas”.

Para a chamada civilização cristã ocidental, já no antigo testamento, encontram-se vários registros: “Este é o mal que há em tudo o que acontece debaixo do sol: o destino de todos é o mesmo. O coração dos homens, além do mais, está cheio de maldade e de loucura durante toda a vida; e por fim eles se juntarão aos mortos” (Eclesiastes 9:3); “E ali haverá uma estrada, um caminho, que se chamará o caminho santo; o imundo não passará por ele, mas será para aqueles; os caminhantes, até mesmo os loucos, não errarão” (Is 35:8); Chegaram os dias da visita, chegaram os dias de retribuição; sabe, Israel, que os teus profetas são uns loucos, que os teus espirituais são uns homens insensatos, por causa da multidão da tua iniquidade e do excesso da tua amência [demência] (Os. 9, 7). Seguindo-se diversas citações até o novo testamento.

Nesse capítulo iremos nos dedicar a esse debate epistemológico, sobretudo no interior das ciências sociais. Iniciando com o debate sociológico sobre as pessoas vivendo com transtornos mentais, ou a loucura, como historicamente ficou registrado. Seguindo-se com o debate da inclusão e exclusão social, necessário devido aos objetivos da presente monografia.

1.1. E. Goffman: Instituições totais, Manicômios, Estigmatização e controle sobre pessoas transtornadas:

Para Goffman (2010), as instituições totais têm como função principal disciplinar os indivíduos que nelas estejam, restringindo seu contato com o mundo externo ao máximo, ou seja, retirando-os amplamente do convívio social. A respeito disso, Goffman define uma instituição total como:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 2010, p.11)

Podemos observar que, uma instituição total é uma grande segregadora no que diz respeito à vida humana de indivíduos que delam adentram, e essa segregação só fortalece a estigmatização dos sujeitos e a clara exclusão do mundo social.

É normal que tenhamos uma vida social e que, como pessoas sociais, estejamos sempre movimentando as nossas vidas dentro da sociedade em estabelecimentos sociais, ou seja, dentro de instituições que são formalmente conhecidas e que são tidas como alicerce da vida em sociedade. Goffman explica:

Os estabelecimentos sociais – instituições no sentido diário do termo – são locais tais como salas, conjuntos de salas, edifícios ou fábricas em que ocorre atividade de determinado tipo [...]. Outras como lojas e correios têm alguns membros fixos que apresentam um serviço e uma corrente contínua de pessoas que o recebem. Outros ainda, como moradias e fábricas, incluem um conjunto menos mutável de participantes. Algumas instituições fornecem o local para atividades, nas quais o indivíduo tem consciência de obter seu *status* social, não importando quão agradáveis ou descuidadas elas possam ser; outras instituições, ao contrário, proporcionam um local para agremiações consideradas como opcionais e de distração, que exigem como contribuição ao tempo que sobrou de atividades mais sérias. (GOFFMAN, 2010, p 15-16)

O que o autor quer nos dizer é que, tais estabelecimentos sociais aceitáveis pela sociedade, por mais que tenham de certo modo um caráter “fechado” (por ser instituição) os indivíduos têm direito de escolher e a liberdade de estarem inseridas dentro delas, de estruturar o seu tempo e os seus afazeres, pois, há uma forma específica de se organizar cada estabelecimento acima citados. Esses estabelecimentos são para indivíduos cuja vida está inserida dentro dos padrões moralmente aceitos, e que de certo modo, existe uma interação social entre os sujeitos e o meio a qual eles pertencem, dentro de diferentes esferas da vida.

Como também, já podemos verificar os sujeitos que estão fora dos estabelecimentos sociais tidos como “normais” que fazem parte do cotidiano, são sujeitos que têm o modo de viver pautado em apenas um determinado modelo de instituição, existindo assim uma relação de poder, ou seja, de quem domina e de

quem pode ser dominado. E sobre essa questão de instituição de caráter fechado, ou seja, excludente, Goffman caracteriza:

Toda instituição parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; resumo toda instituição tem tendências de “fechamento”. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira a relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, águas, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de *instituições totais*. (GOFFMAN, 2010, p.16).

Quando se estiver dentro de uma instituição total como, por exemplo, os manicômios ou ditos de outra maneira, os hospitais psiquiátricos e até mesmo as residências que acolhem pessoas com transtornos mentais, sempre haverá uma relação nítida de poder, pois, essa relação é concebida quando há uma ruptura do mundo externo ao mundo interno, quando o cotidiano dos indivíduos passa a ser controlados pelo o outro. Goffman salienta:

Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito como uma ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, á seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender os objetivos oficiais da instituição. (GOFFMAN, 2010, p.18).

Para Goffman (2010), essa relação de poder é estabelecida da seguinte forma, há uma equipe que coordena a chamada equipe dirigente e há os internos que estão sujeitos ás ordens da equipe dirigente. Essa relação de poder acaba por diminuir o *eu* dos internos em um processo de mortificação, pois se há uma brusca ruptura com o mundo externo, haverá também uma ruptura com aquilo que o sujeito acreditava ser.

Contudo:

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua *carreira moral*, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm ao seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele. (GOFFMAN, 2010, p.24).

No caso dos manicômios ou hospitais psiquiátricos, essa relação de poder é bastante acentuada, pois, para a sociedade os indivíduos que estão dentro desse tipo de estabelecimento não são capazes de responderem por suas ações, todos os seus direitos sociais são tolhidos e sua condição de cidadão é reduzida a nada. As pessoas com transtornos mentais são vistas como incapazes e que acaba sendo um grave problema social, então para que esse problema fosse minimamente reduzido, a alternativa mais viável era a retirada de tais sujeitos do meio social através da institucionalização, sendo assim, esses sujeitos eram invisibilizados, hostilizados, estigmatizados e sofria todo tipo de preconceito até mesmo por aqueles que trabalhavam dentro desses estabelecimentos “asilares”.

As pessoas com qualquer tipo de deficiência ou comportamento não condizente sempre foram ridicularizadas e lançadas às margens da sociedade, esses sujeitos mesmo passando por uma instituição para tratamento ou reabilitação social, sempre sofreram com o processo de estigmatização. As pessoas com transtornos mentais na maioria das vezes são julgadas apenas como “o doido”, aquele não serve para nada e que não deveria ter espaço na sociedade.

Quando uma pessoa é estigmatizada muitas vezes é tolhido o direito dela conviver em sociedade. A cerca do estigma Goffman define como: “referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso” (GOFFMAN, 2013, p 13).

Porém, fica claro que o estigma vem do poder que um indivíduo tem sobre o outro ou sobre determinado grupo, é como se um sujeito/grupo fosse melhor a tal ponto que rejeitasse o outro por ser “diferente” daquilo ou daqueles cujos modelos sociais impõem. Acerca desse processo de exclusão e estigmatização, que as pessoas consideradas incapazes por serem “doentes mentais” Goffman comenta:

Aparentemente, o paciente não é o único a deixar de ver a sua perturbação como apenas um tipo de doença que deve ser tratada e depois esquecida. Uma vez que tenha um registro de ter estado num hospital para doentes mentais, o público em geral, tanto formalmente – quanto a restrições de emprego – quanto informalmente – no que se refere a tratamento sócio diário – o considera como um ser á parte o doente é estigmatizado. Mesmo o hospital reconhece tacitamente, que a perturbação mental é uma vergonha; [...]. Ao contrário do que ocorre com grande parte da hospitalização médica, a estada do paciente no hospital psiquiátrico é muito longa e o efeito muito estigmatizador para permitir que o indivíduo volte facilmente ao local social de onde veio. (GOFFMAN, 2010. p. 288-289)

Isso quer dizer que as pessoas com transtornos mentais, dificilmente será aceito na sociedade e visto como um sujeito funcional. O processo de exclusão e de segregação social é tão forte e está tão fortemente enraizado, que mesmo nos dias atuais é difícil prever quando teremos uma sociedade inclusiva, e, que passe a olhar as pessoas que vivem em espaços institucionais com mais humanidade.

O debate trazido por Goffman sobre as questões de poder e de certa forma dominação sobre o outro que dentro de uma instituição é vulnerável, ainda é bastante pertinente, mesmo que, com o processo de desinstitucionalização instaurado em diversas partes do mundo e no Brasil na década de 70, muita coisa deverá ser feita para que de fato, as pessoas com transtornos mentais possam ganhar mais espaço no contexto social e que muitos dos estigmas possam ser superados.

1.2. Michel Foucault: Isolamento, Castigos, Relações de Poder.

Provavelmente o sociólogo francês Michel Foucault, conhecido pela sua capacidade e pela profundidade de suas análises, tratou dos estudos da loucura na forma mais enfática, com a força e a potência que ele considerava que a realidade

exigia. Ele localiza nos manicômios o que chama de “mortos-vivos”, onde escutam-se gemidos, gritos, uivos, corpos nus, estendidos num chão quente, corpos encarcerados, para os quais não havia nenhum consolo, nenhuma esperança.

Foucault destaca que desde o final do século XVIII a loucura já era objeto dos discursos científicos, e se indigna porque a humanidade fez tão pouco para superar esse grave sofrimento e que acomete milhares de pessoas, como uma chaga que fere a civilização.

Esse autor localiza na trajetória do discurso sobre a ciência e a loucura, entre os séculos XV e XIX, discursos e práticas que reproduzem formas de poder, isolamento e punição. Todas as formas de lidar com as pessoas tidas como loucas, o saber, o conhecimento, a ciência, a medicina, a psiquiatria, tornaram-se instrumentos de poder institucional. Diversas formas de indicarem os loucos como uma ameaça à sociedade e a justificativa de necessários instrumentos para controlar essa ameaça. Para ele, as internações, os hospícios para fins terapêuticos foram as formas mais seguras para encarcerar essas pessoas nas condições mais degradáveis possíveis, legitimando sua exclusão da sociedade.

É sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVIII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da Loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a Loucura.” (FOUCAULT, 1972, p. 8).

Foucault se utiliza de diversas fontes de estudos para suas análises, para reconstruir as diversas formas de relações de poder, entre os loucos e seus interlocutores, presentes na história da humanidade, as artes, os escritos, as pinturas. São sucessivas as formas de exclusão e perseguição aos loucos. Ele localiza na Idade Média, os loucos como sucessores dos leprosos, como as gentes que deveriam ficar fora, excluída da sociedade, lembrando a existência dos leprosários, como equipamento necessário para deixar tais pessoas distantes e no esquecimento. Assumindo assim, de certa forma esta herança, o louco preenche as propriedades excludentes deixadas pela lepra. (FOUCAULT, 1978, p. 8).

Seguindo a história da humanidade e de suas exclusões, ele localiza ainda durante o renascimento, no século XV, as primitivas reações à loucura:

“Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos”. (FOUCAULT, 1972, p. 9).

A passagem do período medieval para a modernidade foi terrível para os loucos. A sua presença incomodava ou assustava aquela sociedade que se edificava a partir das fantásticas descobertas da revolução científica, que modificava profundamente o modo de vida, as concepções de mundo da humanidade. Na criação das cidades e dos novos modos de vida, a presença de tolos e alienados era destoante das diversas novidades criadas e vividas. Reforçando a ideia de que alienados e tolos deveriam ser expurgados, excluídos dos frutos da modernidade. Encarcerar esses viventes em navios e deportá-los sem destino certo foi uma alternativa:

“Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem, E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer. É esse ritual que, por esses valores, está na origem do longo de toda a cultura ocidental? Ou, inversamente, é esse parentesco que da noite dos tempos, exigiu e em seguida fixou o rito do embarque? Uma coisa pelo menos é certa: a água e a loucura estarão ligadas por muito tempo nos sonhos do homem europeu. (FOUCAULT, 1972, p. 8).

Barcos ao mar, lotados de tolos e alienados, atracariam em outros lugares, incluindo outras cidades portuárias, mantendo-se a espiral da exclusão, dando continuidade às diversas formas para não recepção dos mesmos: “malditos sejam os marinheiros que trouxeram este louco! Por que não o jogaram no mar?” (FOUCAULT, 1972, p. 13).

Seguindo-se os registros e as análises dos diversos períodos históricos e as formas como a sociedade, e depois a ciência e a política tratam os loucos, Foucault, destaca a permanente atitude dos setores dominantes perceberem os outros, os

loucos, os não incluídos, como riscos balbúrdias, badernas, que deveriam ser controlados. Para esses setores dominantes, modernos, o tolo, o alienado, o insano, demonstra sua incapacidade para se submeter às regras sociais, ou seja, sua incapacidade de integração à sociedade, ao seu estilo de vida, de trabalho, de ordem.

Ora, a racionalidade científica da modernidade, não suporta os seres que não se enquadram, deste modo, a internação constituirá uma medida social e econômica:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. (FOUCAULT, 1972, p. 78).

Mas não só, passa a ser associada à loucura toda situação considerada desviante, fora dos padrões estabelecidos pelas forças dominantes. Tudo que coloque em risco o status quo construído pela nova racionalidade. Incluindo-se aí a chamada sodomia, a sexualidade perturbada, os instintos mais primitivos irrefreáveis, levantando a possibilidade de criação de instrumentos para controle de tais anomalias. “Sempre dentro dessas categorias da sexualidade, seria necessário acrescentar tudo o que se diz respeito à prostituição e à devassidão.” (FOUCAULT, 1972, p. 90).

Deste modo, qualquer ato que atentar contra a segurança do estabelecido estará sendo considerado anormal, portanto, associado à loucura. Considera-se como perturbação, atentado à ordem e à moral, tudo que não se enquadra no considerado normal. Para tal, o grupo normal, diga-se, dominante, precisa se defender de perturbações e outros desvios de ordem social, política ou moral, para tal precisa criar métodos correccionais para garantia da disciplina e da ordem, com

mecanismos para correção e punição dos desviantes. Disso Foucault vai tratar em *Vigiar e Punir*:

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. (FOUCAULT, 1987, p. 127).

O surgimento da psiquiatria, como uma forma de avanço da medicina, consolida um modelo hierárquico de relação de poder entre psiquiatra e louco. Como ciência médica, a psiquiatria se apresenta como fonte do saber, conhecimento científico comprovado, portanto suas regras e métodos são objetivos e universais. Portanto, essas formas de reprodução da verdade científica, se tornam instrumentos de poder, o que Foucault denomina de saber – poder, consolidando uma relação de sujeito – objeto, na relação do psiquiatra - paciente (FOUCAULT, 1979, p. 117).

Nesta perspectiva psiquiátrica, o louco perde aquela caracterização de baderneiro, caçado como bandido, fora da ordem, fora da lei, ele é tratado agora como doente, que, com uma intervenção médico-psiquiátrico deve ser tratado e curado. O confinamento já não será mais o espaço artificial, sem esperanças para o trancamento sem fim do louco, agora, faz parte dos sintomas a perspectiva, necessidade e esperança da cura, os hospitais agora no comando da medicina, passa a ser uma residência temporal, controlada pelo saber e conhecimentos da medicina e da psiquiatria.

O hospital já não passa a ser o espaço artificial da loucura, um lugar onde o louco reproduz sua loucura, mas que agora possuirá dentro de seus sintomas a esperança e a necessidade de sua cura, pois o hospital, agora nos cuidados da medicina, passa a ser residência experimental e constatável do saber médico.

Contudo, esse saber médico, se transforma em poder, numa relação vertical entre psiquiatra e doente. O psiquiatra recupera as práticas disciplinares num processo convenientemente de domesticação. “O poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior controlar; ou

sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor”. (FOUCAULT, 1987, p. 153).

Com essa perspectiva do cuidar, na realidade sob a condição de medicar, conhecer, controlar, tratar, curar, o hospital retorna como uma possibilidade residencial de passagem. O paciente – louco, não sendo mais o bandido perigoso da idade média, é agora um fraco de saúde, desprovido de sanidade mental e deve possuir um lugar especial que não é mais o internamento. Agora ele deve se entregar aos cuidados da Psiquiatria. Na verdade, constitui-se um novo internamento para o louco, tratando-se de sua doença, através de um hospital especializado – a casa dos loucos.

Ao manter-se essa relação hierárquica de poder, Foucault mantém a crítica a intervenção hospitalar psiquiátrica, e ao seu caráter idealista:

As prescrições dadas habitualmente pelos médicos eram, assim, a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo artificial e vão da cidade. Esquirol se lembrará disso, quando, ao projetar os planos de um hospital psiquiátrico, recomendava que cada pátio fosse largamente aberto com vista para um jardim. (FOUCAULT, 1997, p. 47).

Esta percepção idealista carecia (e ainda carece) de embasamento real. Pois, ao manter uma relação hierárquica, entre médico – doente o que sabe – e o que não sabe, o que atende – e o que é atendido. Esse conhecimento e esse saber permitem ao médico emitir verdades e manifestar seu saber sobre a vida do doente, mantendo-se a relação de um senhor - psiquiatra que sabe, que comanda, que controla, e um doente, que nada sabe sobre si mesmo, portanto tem que obedecer e concordar. Daí, os antigos castigos são substituídos por novas receitas, mas que mantém o caráter punitivo e dominante:

Isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos - punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura”, aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e absorve depois de a ter sabiamente desencadeado. (FOUCAULT, 1979, p. 122).

Essa realidade que desperta em Foucault a necessidade de se constituir outras formas para o enfrentamento da problemática, entendendo o paciente como sujeito de sua ação, de sua vida, de suas relações.

1.3. Inclusão e Exclusão social: comunhão e contradição no debate sociológico.

Como vimos até aqui, pelos autores anteriormente tratados, estamos discutindo os transtornos mentais e a loucura, sem a pretensão de buscar comprovação científica do fenômeno. Mas de buscar na história e nas relações culturais e de poder, uma reflexão substantiva sobre tal fenômeno presente na história da humanidade desde sempre. Para o nosso trabalho, buscamos entender o sentido histórico da exclusão (e até reclusão, conforme registrado anteriormente) que amplos agrupamentos sociais são submetidos na história.

Esse resgate histórico e analítico, em que os chamados diferentes, loucos, são totalmente excluídos do convívio social, passando para viver à margem da sociedade, O tempo todo na história encontramos registros em que os loucos são forçados a se sentirem e ficarem distintos, sobretudo a ficar excluído, sempre num olhar de quem o vê de fora, imediatamente lhe julga e lhe exclui. Trataremos disso através dos dois autores anteriores. Mas também queremos discutir o recente processo em que pessoas com transtornos mentais e suas famílias tentam mudar os rumos do tratamento, sobretudo da convivência entre seres diferentes, numa sociedade includente. Nesse sentido, estamos tratando também do debate e das perspectivas da inclusão social dessas pessoas.

Como referência inicial a esse debate, resgatamos um conceito muito caro à tradição sociológica, que é o da “integração social”, vinculado à sociologia formulada por Émile Durkheim, que se articula a outros dois conceitos fundamentais de sua sociologia, que são os de coesão social e de solidariedade social.

A abordagem da exclusão em Durkheim a exclusão social demonstra a “incapacidade da sociedade de manter os laços de pertencimento, ou seja, de manter a coesão social, ou de integrar o conjunto da população” (DURKHEIM, 2001, p.55). Para esse autor, será a educação a instituição capaz de promover a

integração social, respondendo “... antes de mais nada às necessidades sociais”. No caso da educação escolar, controlada pelo Estado, ela seria capaz de conduzir a formação intelectual e moral do cidadão colocando-o “...em harmonia com o meio no qual deverá viver” (Id., p.60).

Nessa perspectiva, a evolução da sociedade para Durkheim, é um processo onde a vida social se transforma de um tipo de integração social para uma integração de novo tipo, mediatizados pela divisão do trabalho social. Cada sociedade fixa um certo “ideal do homem”, do que ele deve ser, do ponto de vista intelectual, físico e moral, sendo esse ideal o próprio pólo que norteia e é norteado pela educação:

“Chegamos, portanto, à seguinte fórmula. A educação é a ação exercida pelas gerações adultas sobre aquelas que não estão ainda maduras para a vida social. Tem por objeto suscitar e desenvolver na criança um certo número de estados físicos, intelectuais e morais, que requerem dela, tanto a sociedade política em seu conjunto, quanto o meio especial ao qual ela é mais particularmente destinada... Resulta da definição acima que a educação consiste em uma socialização metódica da jovem geração” (DURKHEIM, 1975, p. 51).

O exímio sociólogo francês segue seu esforço teórico tratando das condições que a educação e socialização conduzem a sociedade a uma necessária integração. Para tal ele vai enfatizar o conceito de “moral”, como instrumento aglutinador, o cimento social que mantém a sociedade como um todo integrado. Para ele, a própria sociedade é concebida como um fato moral, uma vez que, a sociedade é um fim transcendente para as consciências individuais; e é ao mesmo tempo uma autoridade moral. Sobretudo, a sociedade é pensada como a finalidade eminente da atividade moral (DURKHEIM, 1994).

Ou seja, como a obra de Durkheim é orientada para o estudo das condições de integração da ordem social, a inclusão do conjunto dos indivíduos na estrutura da sociedade é um dado fundamental de sua formulação teórica. Seu otimismo em torno da intensificação da divisão do trabalho, com a conseqüente predominância da solidariedade orgânica no mundo moderno, superando a solidariedade mecânica das sociedades primitivas. A necessidade de consenso e, portanto, de inclusão, se tornam fundamentais para a consolidação social da moral, contra uma tendência ao individualismo que é um risco frequente da integração.

Entre os pesquisadores brasileiros, finda a hegemonia da escola francesa de sociologia, constata-se uma forte crítica aos conceitos de inclusão e de exclusão social. Entre tais pesquisadores destacamos as contribuições de José de Souza Martins, e Pedro Demo. Para estes, a exclusão social faz parte do sistema dominante, partem do princípio de que o modo como o capitalismo está estruturado gera a exclusão social, uma vez que, esse sistema é incompatível com a justiça social. Deste modo, o conceito teórico e a bandeira empírica da inclusão, tornam-se inócuos, pois estão fora das preocupações do sistema.

Para Martins (2002),

Basicamente, exclusão é uma concepção que nega a História, que nega a práxis e que nega à vítima a possibilidade de construir historicamente seu próprio destino, a partir de sua própria vivência e não a partir da vivência privilegiada de outrem. (...) A idéia de exclusão pressupõe uma sociedade acabada, cujo acabamento não é por inteiro acessível a todos. Os que sofrem essa privação seriam os “excluídos” (MARTINS, 2002, pp. 45 - 46)

De longa tradição nos estudos junto aos “despossuídos da terra”, Martins acumula diversas pesquisas e estudos junto às populações empobrecidas, as consideradas excluídas. Para ele, não se trata de exclusão, como um elemento residual do sistema, mas, para ele, o que existem são vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes. Quando concebida como um estado fixo fatal e incorrigível e não como expressão de contradição do desenvolvimento da sociedade capitalista, a exclusão cai sobre o destino dos pobres como uma condenação irremediável (1997, pp. 14-16).

Segundo Martins, essa é a lógica própria do sistema capitalista, em sendo parte dessa lógica, o sistema trata de criar condições para operações ideológicas que criem a perspectiva ou as possibilidades de amplos setores excluídos possa vir a ser incluídos, esse é um novo fetiche do capitalismo contemporâneo. Nesse sentido, o sistema desenraiza e expropria toda potencialidade dos empobrecidos, esvaziando-os da condição de sujeitos de sua própria realidade, para depois apresentar algumas migalhas onde possam se beneficiar, através de uma inclusão precária, marginal e instável (MARTINS, 1997, pp. 30-32). Essa transição, ou momento de passagem da “exclusão” para a “inclusão”, expõe uma enorme degradação, que o capitalismo contemporâneo impõe à população, mas recria,

permanentemente, uma população sobrando que poucas chances tem para uma inclusão nos padrões de consumo e reprodução contemporâneos (idem, p. 34).

Contudo, José de Souza Martins, não assume uma visão fatalista frente à estrondosa realidade das desigualdades que produz a exclusão, que, portanto, é efeito, e não causa. Ele chama a atenção para a dimensão política desse debate, e da situação:

Estamos em face, portanto, de uma carência política, de uma falta de expressão política dos excluídos para se opor aos “includentes” e ao seu autoritarismo. Em outras palavras, os que querem ajudar os “excluídos” dizem, sem dúvida, ao menos uma meia verdade – a necessidade de ampliar e modificar o modo e a forma de inclusão espontânea. E dizem outra meia verdade – a de que o modo espontâneo da inclusão é insatisfatório não para os “excluídos”, mas para o imaginário da classe média, para os valores que ela proclama e para a sociedade que ela deseja (MARTINS, 2002, p. 41).

Sendo assim, cabe aos que sofrem da exclusão pela desigualdade, reconstruir mecanismos de participação, de organização, de movimentação, capazes de desmistificar os mecanismos estruturais das desigualdades, e apontar novos horizontes em torno de sua própria organização. Evitando assim, o discurso fácil e o proselitismo social ou religioso, que ao tratar a inclusão, esconde os mecanismos estruturais que reproduzem as enormes desigualdades, provocadoras da exclusão, escondendo as contradições do sistema capitalista.

Na realidade que estamos trabalhando em nossa pesquisa, podemos observar, a educação tem um papel fundamental na vida dos sujeitos, é através dela que os indivíduos fortalece os laços sociais e se constrói e reconstrói em quanto sujeitos. E quando a educação é negada, certamente o processo de exclusão social é fortalecido.

Para que possamos incluir pessoas que por muito tempo foram estigmatizadas e que de certa forma até hoje ainda são, precisamos enxergar que as pessoas com transtornos mentais e com quaisquer singularidades, não são indivíduos isolados, e sim, são pessoas portadoras de direitos tanto quanto qualquer outra pessoa. Se negarmos o direito básico que é a educação, certamente estaremos pormenorizando o processo de inclusão social de tais sujeitos.

Como já vimos até agora e como veremos no decorrer desse trabalho, que os dilemas enfrentados por uma pessoa com transtorno mental, foram historicamente

construídos e que o processo de inclusão social se deu de forma lenta porque os direitos básicos inerentes a vida humana foram - lhes retirados por muito tempo, e hoje, por mais que se tenha avançando para diminuir a exclusão desses sujeitos do mundo social, muito ainda tem que ser feito, pois, ainda existem entraves que acabam dificultando a inserção de tais indivíduos no mundo externo e muitos desses entraves são as barreiras atitudinais que parte da sociedade tem em relação ao que se é diferente, no caso as pessoas com transtornos mentais e tantas outras deficiências.

Assim, como o debate levantado nesse capítulo, daremos continuidade ao trabalho, levando em conta a historicidade dos sujeitos com deficiência, na visão de outros autores, bem como, vem se consolidando o processo de reconstrução do modelo hospitalocêntrico, modelo esse, cujo a vida dos sujeitos com transtornos mentais passou a ser institucionalizada até o processo de desinstitucionalização através de uma “modernização” do sistema psiquiátrico.

2. DOS MANICÔMIOS ÀS RESIDÊNCIAS TERAPEUTICAS: OS DILEMAS PARA UM PROCESSO INCLUSIVO.

Na contemporaneidade o processo de inclusão social de pessoas com deficiência intelectual vem ganhando expressividade nos debates sociais, pois, como já sabemos essa temática era pouco explorada, e as pessoas com deficiências por muitos anos foram invisibilizadas e reconhecidas como seres não funcionais, ou seja, sempre foram estigmatizadas e lançadas às margens da sociedade. Mas, com a quebra de paradigmas e com a reestruturação do sistema psiquiátrico a partir da década de 70, com o processo de desospitalização, desinstitucionalização e o fortalecimento de um aparato legal, as pessoas com deficiências passaram a ganhar mais visibilidade dentro do espaço social e, mesmo que de forma tímida, a luta em favor da pessoa com deficiência vem ganhando expressividade.

Seguindo a lógica do debate teórico e metodológico acerca das pessoas vivendo com transtornos mentais, conforme tratado no primeiro capítulo dessa monografia, neste capítulo nos dedicaremos a apresentar um olhar crítico a respeito de como os sujeitos com transtornos mentais têm sido percebidos “pelos outros”, pela sociedade envolvente, especialmente pela medicina e das políticas públicas. Para tal, realizaremos uma breve reconstrução dessa percepção na história da humanidade. Na segunda sessão faremos uma reconstrução de como tais pessoas têm sido tratadas na história da medicina no Brasil, e na terceira sessão, trataremos especificamente dos processos desospitalização e desinstitucionalização, que são os esforços criados a partir da luta antimanicomial, que historicamente tem reduzido as pessoas com transtornos mentais em incapazes. Esse debate é necessário para entender o terceiro capítulo, que tratará de uma experiência concreta de desospitalização, numa Residência Terapêutica no município de Olinda.

2.1. Breve histórico da pessoa vivendo com deficiência ao longo da história.

A história de pessoas com deficiências em tempos “remotos” como a pré-história, é praticamente inexistente, pois nesse período não se tem “registros” que comprovem a existência de tais sujeitos, mas para Silva (1986), podemos imaginar

sim, um contexto em um mundo primitivo onde pessoas poderiam ter algum tipo de deficiência que poderia limitar funções básicas da época em que viviam.

Silva acredita que:

Lembre-mos de inicio que muitos dos males incapacitantes de hoje sempre existiram, desde os primeiros dias do homem sobre a Terra. Muitos deles por muitos milênios foram fatais devido à falta de recursos no seio da população primitivas. Apesar de nos encontramos diante da impossibilidade de citar com segurança os males que rapidamente deterioravam a vida do homem pré-histórico, ainda achamos válido, apenas para ajudar nossa imaginação e nosso raciocínio, anotar mentalmente que os seguintes males sempre foram e sempre serão muito sérios para a sobrevivência do homem, ou para a sua integração ao grupo principal como elemento participante: [...] - doenças mentais das mais variadas intensidades. - deficiências mentais nos mais variados graus. (SILVA, 1986, p 17-18)

O autor citado acima, nos leva a fazer uma reflexão sobre a pessoa com deficiência, essa temática não é inerente apenas aos tempos modernos e sim surge em tempos remotos, mesmo sem registros oficiais já se acreditava que existiam pessoas com singularidades e, dentre essas as doenças mentais. Mesmo sem tais registros que possam comprovar, o autor faz algumas observações sobre as pessoas com deficiências na pré-história, pois se hoje ainda há estigmatização de tais sujeitos, acredita-se que desde os primórdios isso era mais efetivo, pois, se na pré-história o homem precisava se organizar para sobreviver, enfrentando as dificuldades da natureza, se manter em grupos às vezes era essencial à vida humana. Se havia alguém que pudesse ter limitação, certamente essa pessoa poderia ser excluída do grupo social.

Já na antiguidade à sociedade medieval, surgem registros de como as pessoas com deficiências eram vistas e tratadas dentro da sociedade, nas sociedades antigas como Grécia e Roma, os sujeitos deficientes eram descartados de forma cruel, muitas vezes eram até lançados para a morte, e isso independia de algum sentimento moral, afinal um sujeito deficiente era um sujeito ineficiente.

Segundo Aranha:

Na Esparta, os imaturos, os fracos e os defeituosos eram propositalmente eliminados. Consta que os romanos descartavam-se de crianças deformadas e indesejadas...em esgotos localizados, ironicamente, no lado externo do Templo da Piedade. A busca de compreensão sobre tais procedimentos exige que estes sejam

olhados no contexto da organização sócio-política-econômica então vigente na sociedade. (ARANHA, 2001, p.161).

A autora ainda nos faz compreender que havia um sistema político e social que acabava “justificando” tal discriminação e eliminação das pessoas com deficiência, o fato de naquela época a economia era pautada na agricultura, a sociedade da época fazia entender que uma pessoa com limitação não seria capaz de produzir e seria um peso mantê-las dentro do meio social, Aranha ainda afirma que:

Assim, observa-se na Idade Antiga a prática de uma organização sócio-política fundamentada no poder absoluto de uma minoria numérica, associada à absoluta exclusão da maioria das instâncias decisórias e administrativas da vida em sociedade. A pessoa com deficiência nesse contexto [...] também parecia não importância enquanto ser humano, já que sua exterminação (abandono ou exposição) não demonstrava ser problema ético ou moral. (ARANHA, 2001 p.162-163).

Nota-se que as pessoas com deficiências nesse contexto eram invisíveis aos olhos da sociedade, segundo Aranha (2001), citando Kanner (1964), relatou que “a única ocupação para os retardados mentais encontrada na literatura antiga é a de bobo ou de palhaço para a diversão dos senhores e seus hóspedes”. Ou seja, esses sujeitos que ainda sobreviviam tinham quase nada de dignidade.

Outro momento da história é o advento da idade média, as pessoas com deficiências ainda eram vistas com certo receio e lançadas às margens da sociedade, muitos eram considerados como possuidores de demônios e assim, eram excluídos e ridicularizados, por outro lado havia o advento do cristianismo que na sua base tem o fundamento de que todos os seres humanos deveriam ser seres de Deus, mas sabe-se que as pessoas com doenças mentais eram tidas como pessoas com possessões demoníacas. Mas, também foi nesse momento que começa um movimento assistencialista para alguns deficientes. Assim explica Garghetti, Medeiros e Nuernberg:

Já na Idade Média de 476 até 1453, com o fortalecimento do cristianismo a situação modificou-se um pouco, já que todos passaram a ser igualmente considerados filhos de Deus e possuidores de uma alma. A abordagem ao diferente variava conforme o grupo, sendo que alguns eram objetos de caridade, outros punidos por serem considerados resultantes de possessão demoníaca e outros, ainda eram mortos. A pessoa com deficiência era vista como insignificante no contexto da organização social, política e econômica e a pouca atenção recebida associava-se às

crenças religiosas. (GARGHETTI; MEDEIROS; NUERNBERG, 2003, p 105)

Da antiguidade a Idade Média, pouca coisa mudou em relação à pessoa com deficiência, só a partir da tal chamada modernidade que algumas coisas começaram de fato a mudar, mas o estigma ainda permanecia e se pensarmos até hoje ainda existe, mas, ao menos, os deficientes não eram mais exterminados, eles agora eram lançados em estabelecimentos asilares com função assistencialista e sanitaria.

No século XVII, uma nova ordem sócio-econômica começa a surgir e com isso há uma abertura para a consolidação do capitalismo comercial, fortalecendo o sistema, então uma nova classe social a burguesia começa a ganhar cada vez mais poder. Nesse período começou a se pensar em um ideário que as pessoas não seriam todas iguais e que as diferenças deveriam ser “respeitadas”, contudo Aranha afirma:

A relação da sociedade com a pessoa com deficiência, a partir desse período passou a se diversificar, caracterizando-se por iniciativas de Institucionalização Total, de tratamento médico e de buscas de estratégias de ensino. [...] A deficiência mental continuava sendo considerada hereditária e incurável e assim a maioria das pessoas com deficiência mental eram relegadas a hospícios, albergues ou cadeia local. (ARANHA, 2001, p. 169)

Mesmo com a mentalidade da sociedade mudando, muita coisa em relação à pessoa com deficiência ainda precisava mudar, pois, se em dada sociedade os deficientes eram exterminados e com sorte lançados as margens da sociedade, nesse novo paradigma, esses sujeitos continuavam a serem estigmatizados, excluídos e mortificados por esses estabelecimentos que se chamavam de manicômios. Veremos no tópico a seguir esse processo de institucionalização dos sujeitos que considerados anormais.

2.2. A trajetória dos manicômios às residências terapêuticas no Brasil:

Não existe consenso entre os pesquisadores acerca de uma periodização da trajetória do enfrentamento dos transtornos mentais, tanto pela medicina brasileira, quanto pelas políticas públicas de saúde que tratam da questão. Apresentamos o

quadro 01 que recupera essa trajetória histórica sem pretensão de periodização, em seguida trataremos mais especificamente de algumas “fases” que assumem “respostas” semelhantes em alguns períodos da problemática na história do país.

O quadro 01 a seguir, criado a partir de referências a diversos pesquisadores, registra de forma rápida alguns marcos históricos desde que o problema dos “transtornos mentais” tem sido tratado na história das políticas públicas do país:

Ações	Ano /Período
A Sociedade de Medicina e Cirurgia (recém criada) lança uma nova palavra de ordem: “aos loucos o hospício”.	1830
Inauguração do Hospício Dom Pedro II no Rio de Janeiro. Ainda no controle da Santa Casa de Misericórdia.	1852
Casa de Saúde dr Eiras - primeira instituição psiquiátrica privada no país – Rio de Janeiro.	1860
Criação de outras instituições “exclusivas para alienados” em outras províncias durante o segundo reinado = Pernambuco	1864
Criação de outras instituições “exclusivas para alienados” em outras províncias durante o segundo reinado = Pará	1873
Criação de outras instituições “exclusivas para alienados” em outras províncias durante o segundo reinado = Bahia	1874
Hospício Pedro II se desvincula da Santa Casa, passando a se denominar Hospício Nacional de Alienados. = Primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República recém criada.	1890
Lei Federal de Assistência aos alienados.	1903
Lei Carlos Chagas – Ampliação dos serviços públicos de saúde.	1921
Promulgação do Código Sanitário.	1923
Criação da Liga Brasileira de Higiene Mental.	1923
Criação do Ministério da Educação e Saúde.	1930
Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões = Assistência médica e previdenciária para categorias de trabalhadores mais organizadas.	1933
Lei da Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas.	1934
Criação dos Serviços Nacionais de Saúde = lepra, tuberculose, doenças mentais.	1941
Criação do 1º Ambulatório de tratamento no Brasil – Diferença do tratamento hospitalar, dominante na época.	1942
Decreto Lei 8550 = Serviços nacional de doenças mentais - Autoriza governos estaduais conveniarem para construção de hospitais psiquiátricos.	1946
Plano SALTE (Projeto de Lei) = Saúde, Alimentos, Transporte e Energia.	1950
Criação do Ministério da Saúde.	1953

Lei Orgânica da Previdência Social.	1960
Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) – substituindo os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões	1966
Campanha Nacional de Saúde Mental.	1967
Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social.	1974
Sistema hierarquizado e regionalizado de Saúde Mental.	1974
1º Congresso Brasileiro de Trabalhadores em Saúde Mental	1977
2º Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.	1980
8ª Conferência Nacional de Saúde.	1986
Criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	1986
Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.	1987
1ª Conferência Nacional de Saúde Mental.	1987
1º e 2º Encontros Nacionais dos usuários e Familiares da luta antimanicomial.	1990
2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.	1992
3º Encontros Nacionais dos usuários e Familiares da luta antimanicomial , publica a Carta dos Direitos de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental.	1993
IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial.	1999
O Ministério da Saúde cria as Residências Terapêuticas, a partir da Portaria 106/2000.	2000
PORTARIA Nº- 3.090, de 2011, Ministério da Saúde = Estabelece os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).	2011

Quadro organizado pela autora da monografia a partir das Fontes: COSTA, 1986; COSTA, 1989; DELGADO, 1994; GEREMIAS, 2006; GUIMARÃES e TAVARES, 1994; MACHADO, 1978; 1984; PEREIRA, 2002; RESENDE, 2007.

Antes de institucionalizar-se, ainda no início do século XIX, a loucura ou as diversas formas de consideração sobre os transtornos mentais, são registrados sempre associados à desordem ou a perturbação da paz social, como um obstáculo ao crescimento econômico (Resende, 1990). Nesse período a loucura era tratada por um lado pelo discurso religioso, e por outro pelo discurso governamental, mas ambos associando a situação à desordem ou perturbações. Tais características justificavam retirar tais pessoas acometidas por “esse mal” do seu meio social, isolando-as, trancafiando-as nas celas fortes dos porões de hospitais das Santas

Casas de Misericórdia e nas prisões públicas. Nessas instituições, a loucura era objeto de suporte espiritual e de correção moral. O que prevalecia, no entanto, eram os maus tratos, a repressão física e a falta de condições de higiene, o que condenava a maioria dos loucos à morte (Medeiros, 1977).

Perceba-se que, nesse período o país vivia o chamado “Segundo Reinado”, com as políticas altamente concentradas no poder central monárquico. E em uma sociedade escravocrata, altamente preconceituosa e conservadora. Essas características justificam o tratamento dado às pessoas com transtornos mentais. O estudo de Heitor Resende (2007) em sua visão histórica das Políticas de Saúde Mental no Brasil evidencia o problema, uma vez que, as primeiras instituições psiquiátricas nascem como uma resposta a “ameaça à ordem e à paz social”, e aos reclamos sociais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades. O autor lembra que ao lado do discurso religioso e humanitário, somavam-se denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. (RESENDE, 2007, p. 38).

Percebe-se como o processo de institucionalização da problemática começou na segunda metade do século XIX, quando a loucura começa a ser olhada pelo o Estado. Como advento da modernização a sociedade e com a afirmação da nação brasileira como um país independente, conforme apresentado acima, os “anormais” não eram vistos com bons olhos circulando na sociedade e o governo precisava dar uma resposta de cunho social, que era retirando tais sujeitos da rua, principalmente os agressivos, e começou a depositá-los em locais longe dos olhos da população.

Um dos marcos histórico que sinalizou o início da institucionalização da psiquiatria brasileira foi a criação do primeiro hospital psiquiátrico, Hospício D. Pedro II, que foi inspirado no modelo asilar Francês, (elaborado por Pinel e Esquirol, ambos precursores da psiquiatria e reformadores das instituições de psiquiatria) que aconteceu em 1852 no Estado do Rio de Janeiro.

Entre 1840-1889, durante o Segundo Reinado, outras instituições foram criadas para o atendimento exclusivo daqueles que eram concebidos como “desajustados”. Em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), entre outros Estados brasileiros. Tais instituições surgiram como o mesmo objetivo “em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades” (RESENDE, 2007, P-38).

Com o passar das décadas quase nada foi mudado em relação a esse tipo de “asilo”, os manicômios continuavam sendo locais que, não só abrigava pessoas com

deficiências e sim, todas aquelas que tinham comportamentos que não eram aceitáveis na sociedade. Pessoas sem nenhuma deficiência física ou mental eram depositadas nesses ambientes, ou seja, a “loucura” era vista em qualquer comportamento considerado desviante, isso foi nitidamente percebido em um dos maiores hospícios chamado até de colônia, e que foi comparado também a um campo de concentração, que foi o hospício da cidade mineira de Barbacena como salienta Arbex:

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava gente que se tornara incomoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos[.] (ARBEX, 2013, p. 11-12)

Fica nítido como foi consolidado a institucionalização daqueles que foram considerados anormais para a sociedade, esse sistema era cruel, desumano e que se enraizou no Brasil por várias décadas, no hospício de Barbacena a desumanidade era tão grande que acabou por chamar a atenção de alguns estudiosos da época que por sua vez já “denunciava” a forma abrupta de poder em relação aqueles cuja humanidade lhes foram retirada, como foi o caso de Michael Foucault, que Segundo Arbex (2013), ele esteve na cidade mineira em 1973 ministrando palestras sobre o sistema psiquiátrico, e a relação de poder que esse sistema provocava nos indivíduos em processo de hospitalização.

O chamado desenvolvimentismo da era Vargas, não mudou substantivamente esse quadro. O forte reconhecimento da psiquiatria como ciência, e, portanto o reconhecimento da loucura como doença, que, portanto, deve ser curada, pautou a palavra de ordem “controlar, tratar e curar”. Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. É o período da grande corrida para hospitalização.

As décadas de 1940, 1950 e 1960 se caracterizam pela expansão de hospitais públicos em vários estados brasileiros. Contudo, essa expansão não amenizou a situação, “os tais hospitais psiquiátricos viviam em total abandono e apresentando excesso de pacientes internados, mantendo basicamente a função social de exclusão”. (RESENDE, 2007, p. 56).

O regime militar instalado em 1964 dá seguimento a essa lógica de tratamento hospitalar, contudo, inova através da consolidação do que alguns pesquisadores consideraram a “indústria da loucura”. Uma urdida articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados, que floresceram rapidamente para atender a demanda.

2.3. Desinstitucionalização e a inclusão do “outro”.

Com a crescente denuncia por parte não somente da sociedade médica, mas também da sociedade no geral, sobre como as pessoas com transtornos mentais eram tratadas nos manicômios, em especial na década de 70, começa a luta antimanicomial que não se deu de forma homogênea, nem no mundo e nem no Brasil. Cada país teve um momento e um contexto histórico e social, que culminaram na deflagração da reforma psiquiátrica. No Brasil, por exemplo, com o sistema de saúde mental precário e com acrescente denuncia de tortura, aos internos e perseguição aos médicos que denunciavam tal prática, esse processo de desospitalização só veio a ganhar um maior impulso na década de 80, quando a ditadura militar começa a decair e a sociedade começa a ganhar mais autonomia para reivindicar os direitos sociais, sendo assim:

Os primeiros delineamentos da reforma psiquiátrica brasileira iniciaram-se na década de 1970, principalmente na segunda metade, com a emergência de críticas ao caráter privatizante da política de saúde governamental e à ineficiência da assistência pública em saúde. Surgiram, também, denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, de maior importância, as denúncias de abandono e maus-tratos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos do País. Sob a influência dos movimentos reformistas que ocorriam na Europa e nos Estados Unidos, vários setores da sociedade civil brasileira foram mobilizados em favor da luta pelos direitos dos pacientes. A reflexão sobre a loucura passou a integrar o quadro de discussões das universidades, dos meios intelectuais e dos profissionais de instituições psiquiátricas, envolvendo posteriormente outros setores da sociedade. (BANDEIRA; GONTIJO; VITAL; 2007, p.74)

Como podemos observar, já estava tendo um processo de abertura à crítica desse modelo hospitalocêntrico. Os debates que envolvia os maus tratos, tortura e abuso de poder praticado dentro dos manicômios brasileiros, era cada vez mais

frequentes, e isso, acabou alimentando cada vez mais o Movimento Antimanicomial.

Já na década de 90, um dos avanços mais importantes no que tange ao processo da desinstitucionalização, foi o compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas, documento esse que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Nesse documento podemos verificar a preocupação com a dignidade humana e a preocupação em inserir os sujeitos egressos do sistema psiquiátrico na vida em comunidade. Como declaram:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990, s/n)

Além da Declaração de Caracas, que como citada acima, aponta o caminho para a construção de um programa de saúde mental que melhor atenda as

especificidades dos internados, tem-se a II conferência de Saúde Mental, esses instrumentos legais foram de total importância para a regulamentação e a implantação de serviços de atenção diária, inspiradas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro CAPS surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, e teve como principal objetivo dispor de serviços essenciais aos egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um serviço de atendimento intensivo para os sujeitos com transtornos mentais, dentro da filosofia de desospitalização.

A criação do CAPS foi de suma importância para os egressos do sistema psiquiátrico, pois possibilitou uma alternativa de tratamento extramuros, para uma melhoria de vida por partes dos usuários. Como aponta Ribeiro:

Dessa forma, os CAPS se estruturam como serviços de atendimento diário. Parte-se de um entendimento de que a especificidade clínica de sua clientela, pela sua doença e condições de vida, necessita muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Organizam-se de forma a que o usuário, caso necessite, possa freqüentar o serviço diariamente, e é oferecida uma gama de atividades terapêuticas diversificadas e o acolhimento por uma equipe interdisciplinar. Procura-se oferecer ao usuário a maior heterogeneidade possível, seja nas pessoas com quem possa vincular-se seja nas atividades em que possa engajar-se. (RIBEIRO, 2004, s/n)

Como podemos observar a criação dos CAPS, foi de suma importância para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, o CAPS, foi uma alternativa criada para que os egressos do sistema psiquiátrico pudessem ser melhores atendidos na área de saúde mental, servindo assim de instrumento facilitador na promoção ao processo de inclusão social.

Não é de hoje, que a política nacional de saúde mental vem tentando a progressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos e da ampliação e fortalecimento da rede “extramuros”, ou seja, de locais de acolhimento fora dos manicômios. A desospitalização e a reintegração de indivíduos com transtornos mentais graves na comunidade são um ofício que o Sistema Único de Saúde (SUS), vem trabalhando nos últimos anos, juntamente com alguns programas como a Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos e o Serviço Residencial Terapêutico (SRTs), que surge para superar o modelo do sistema psiquiátrico.

Com a política à Atenção Básica à Saúde Mental vem se fortalecendo dentro do cenário brasileiro, cabe ressaltar que, além da criação dos CAPS, foram criadas como alternativas para a promoção à inserção social, os Serviços Residenciais Terapêuticos ou Também chamados de Residências terapêuticas (RTs), que são locais de moradia em espaços urbanos que acolhem os egressos com transtornos mentais do sistema psiquiátrico que passaram por um longo período de internação. Sobre o SRT, ressaltamos que:

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.5).

Essas residências surgiram para dá resposta á uma pergunta que surgiu durante o processo de desospitalização no Brasil, o que fazer com pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com nenhum tipo de suporte nem familiar e nem social. Por tal motivo ao longo da década de 90 como já vimos anteriormente, surgiram preocupações a respeito da inserção social de tais sujeitos, nesse período, estratégias foram criadas para a implementação dos então chamados “lares abrigados” como serviço de reestruturação da assistência em saúde mental.

Também no início dos anos 90, experiências de sucesso nas cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) demonstraram a efetividade da iniciativa na reinserção dos pacientes na comunidade. Estas experiências geraram subsídios para a elaboração da Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz o Sistema Residencial Terapêuticos no âmbito do SUS.

O Sistema Residencial Terapêutico é bastante recente, no âmbito do processo de desinstitucionalização, e alguns instrumentos legais foram necessários para regulamentar a criação desses espaços, tais como:

- Lei Federal n.º 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (especialmente artigo 5º).

- Lei n.º 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa).
- Diretrizes de redução de leitos constantes nas Portarias GM n.º 52 e 53/2004, do Ministério da Saúde, que estabelecem a redução progressiva de leitos psiquiátricos no País.
- Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS para egressos de longas internações.
- Portaria n.º 1.220/2000, que regulamenta a portaria 106/2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.8).

Podemos observar que, através desses aparatos legais citados acima, o quão recente é a criação de programas que visem à melhoria de vida das pessoas com transtornos mentais, e que só foi a partir dos anos 2000 que essas moradias passaram a expandir, mas como é algo recente, muito ainda tem que ser feito para se alinhar ao processo de inclusão social, bem como:

Por ser recente, a implantação dos SRTs vem sendo discutida em vários âmbitos, de modo a assegurar que esta alternativa seja a mais adequada possível para auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração à comunidade. É preciso ter sempre em mente que a questão central é a moradia, o morar, o viver na cidade. Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.7).

Seguindo o que foi exposto acima, vamos analisar no próximo capítulo até que ponto essas moradias ultrapassam o limite da saúde mental e adentra no espaço da inclusão social daqueles que por tanto tempo tiveram suas vidas tolhidas e banalizadas dentro dos hospitais psiquiátricos. A seguir, tomaremos como exemplo a vivência in lócus em uma Residência Terapêutica Masculina, no município de Olinda-Pe.

3. UMA APROXIMAÇÃO ENTUSIASMADA, INQUIETA, DESAFIADORA.

Nesse capítulo estamos registrando e refletindo sobre a experiência social e sanitária das Residências Terapêuticas, constituídas como Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que é o “objeto empírico” do nosso trabalho. Para tal, tomamos como referência a experiência de uma dessas Residências, no município de Olinda-PE, onde realizamos nossa pesquisa de campo, utilizando-se de duas técnicas de levantamento de dados, conforme indicados na introdução dessa monografia, a entrevista aberta individual e a observação de campo. Para evitar constrangimentos ou outras formas de pressão sobre a referida Residência, utilizaremos nomes fictícios, tanto da Residência, quanto das pessoas entrevistadas.

Portanto, esse capítulo tem sua própria autonomia relativa no interior da monografia, pois, é uma continuidade histórica do segundo capítulo, tratando de uma Residência específica, constituída na história das políticas públicas de enfrentamento aos chamados “transtornos mentais”, mas sobretudo, na história das lutas do movimento antimanicomial pela humanização dos tratamentos de pessoas vivendo com tais transtornos. E também utilizaremos o debate teórico apresentado do primeiro capítulo, para refletir sobre a experiência social de campo aqui tratada.

E foi dentro desse modelo de moradia que se pode realizar uma pesquisa de campo, inicialmente com uma observação, que é a parte primordial para fazer reflexões acerca do tema estudado, pois a realização da observação em uma pesquisa científica nas ciências sociais é enriquecedora para a construção do conhecimento, conforme tratamos na introdução dessa monografia, utilizando da colaboração de André e Lüdke (1986), nos indicando que, a observação direta nas abordagens da pesquisa qualitativa, nos permite a maior aproximação possível da “perspectiva do sujeito”, do significado que eles atribuem à realidade que os cercam e às suas próprias relações.

Foi através da observação que encontramos elementos para estruturar a nossa pesquisa, foi a partir da vivência in lócus que foi possível fazer o reconhecimento da residência terapêutica, descrever os sujeitos envolvidos na pesquisa, bem como os acontecimentos que chamaram mais atenção e que foram pertinentes para essa pesquisa.

Como estamos ainda no momento de pandemia, nesse período, a observação foi feita durante três dias, utilizando-se do “caderno de campo” para registro das observações. Contudo, anteriormente (antes da pandemia), já havia sido realizada algumas visitas à referida Residência, inclusive adentrando seus cômodos e espaços, observando as pessoas e suas atitudes, mas sem anotações, pois ainda não havíamos definido o “caderno de campo” com instrumento de coleta de dados. Porém, esse retorno, mesmo rápido, foi de suma importância para a construção de um olhar mais crítico sobre o tema abordado.

Para dar suporte a nossa pesquisa nós utilizamos a entrevista, com algumas questões fechadas, tipo questionário, e outras questões abertas. Foi aplicada com as cuidadoras da residência terapêutica, essa entrevista foi um elemento essencial no ato da nossa pesquisa, pois, foi através das respostas dos sujeitos envolvidos, que passamos a compreender as suas percepções acerca da importância do processo de inclusão social.

Tais instrumentos de pesquisa nos permitiram uma aproximação entusiasmada com o “objeto” da pesquisa, pois nos colocam diante de uma experiência social e sanitária, onde pessoas constituem vínculos de relacionamento e convivência, sofrem profundos estigmas sociais e profissionais, e esses estigmas são interiorizados, dificultando uma vivência saudável, com relações sociais includentes. Trata-se de grupos humanos, com percepções próprias sobre a vida e as relações, mas subordinadas a uma sociedade. Por isso, além de entusiasmada, essa é também uma aproximação inquieta e desafiadora, de quem pesquisa, mas também sente “o sofrimento do outro”, “as percepções do outro”, “as necessidades de reconhecimento do outro”.

O presente capítulo está distribuído em quatro sessões: essa primeira aproximação entusiasmada, inquieta, desafiadora, que apresenta o sentido e a metodologia da pesquisa que possibilitou esse capítulo; A Residência Terapêutica: história recente e estrutura de funcionamento, que introduz a experiência no município de Olinda e indica a experiência concreta pesquisada; A Vida pulsa em uma Residência Terapêutica, que é a sessão mais longa, justamente por tratar da vida e do cotidiano dos residentes na referida Residência; finalmente, as Residências Terapêuticas à luz da reflexão teórica, que procura relacionar

rapidamente a experiência observada com o debate teórico anunciado no primeiro capítulo desta monografia.

3.1. A Residência Terapêutica: história recente e estrutura de funcionamento:

O Serviço Residencial Terapêutico ainda é muito recente, se formos comparar com as lutas pelo processo de desospitalização, além de ser um serviço consideravelmente novo em todo o Brasil, praticamente o número dessas moradias, ainda é pouco. O que está em discussão no cenário social é o aumento desse tipo de moradia para um melhor atendimento aos egressos do sistema psiquiátrico e pela desocupação acelerada de leitos em tais hospitais.

No município de Olinda, a consolidação dessas moradias ainda é mais recente, a primeira residência terapêutica surgiu no bairro de Jardim Atlântico no ano de 2010, e abrigava oito egressos do sistema manicomial, depois dessa moradia, no ano de 2013 surgiu mais uma no bairro de Casa Caiada e lá havia seis residentes. Posteriormente, inaugurou-se a terceira unidade em março de 2015, e logo em seguida mais outra unidade em 2018 e por fim, a última unidade até o momento surgiu bem recentemente no ano de 2020. Há um total de cinco residências, sendo quatro masculina e apenas uma feminina, até o momento, não existe uma moradia de serviço misto (que abriga homens e mulheres dentro da mesma casa) como existem em outros municípios.

Como podemos observar, até o momento só existem essas residências terapêuticas no município de Olinda. Verifica-se que a criação dessas moradias é um processo bem recente e atual.

A residência terapêutica em questão que iremos trabalhar no decorrer deste capítulo é uma das mais recentes, como já dito anteriormente, foi criada em 2015 no bairro de Casa Caiada, e no ano de 2018 o seu endereço foi alterado e passou a ser até o momento da realização desta pesquisa para o bairro de Jardim Atlântico. Segundo informações do técnico de referência (profissional responsável pelo funcionamento da residência terapêutica), esse endereço ainda pode ser alterado,

pois o espaço físico é alugado, ou seja, não pertence à prefeitura municipal de Olinda.

Existem dois tipos de Serviço Residencial Terapêutico, o SRT I e o SRT II, vamos nos limitar a falar sobre o SRT I, que é o modelo de residência terapêutica que serviu de suporte para o trabalho em questão. Esse modelo consiste em:

O suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc.). O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, quando houver. Devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade. Este é o tipo mais comum de residências, onde é necessário apenas a ajuda de um cuidador (pessoa que recebe capacitação para este tipo de apoio aos moradores: trabalhador do CAPS, do PSF, de alguma instituição que faça esse trabalho do cuidado específico ou até de SRTs que já pagam um trabalhador doméstico de carteira assinada com recursos do programa “De Volta Para Casa”). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.10)

Essas residências são administradas pelo poder público, no caso pela prefeitura de Olinda, porém, o espaço físico é de origem privada, ou seja, a prefeitura faz a alocação do espaço físico e quando o contrato acaba ou quando há interesse por parte do locatário e do locador, o endereço dessas moradias é alterado.

Como uma das funções da residência terapêutica são a reabilitação psicossocial e ampliação da vida em comunidade, uma vez que esses endereços são alterados, acaba por dificultar o processo de inclusão social, pois se esse processo já é dificultoso estando em um endereço fixo, imagine ficar trocando de endereços sempre que algo não dê “certo”.

3.2. A Vida pulsa em uma Residência Terapêutica:

A Residência Terapêutica Masculina (RTM), há três anos é gerenciada pelo Técnico de Referência Pedro Rafael de Lima¹. Ele é o responsável por todo o funcionamento da residência terapêutica masculina. Além de ele fazer o

¹ Nome fictício criado para preservar a identidade do funcionário.

acompanhamento dos moradores dessa residência, ele coordena uma equipe de funcionários composta por quatro cuidadoras de residência terapêutica e uma auxiliar de serviços gerais.

Na Residência Terapêutica Masculina, moram oito residentes, como já falado anteriormente, todos egressos de hospitais psiquiátricos, ou seja, todos têm transtorno mental e alguns, além do transtorno mental têm também alguma limitação física. A idade dos moradores é variada, o mais novo tem 46 anos e o mais idoso tem 70 anos de idade, nenhum desses egressos estuda ou trabalha. Desses oito residentes, apenas quatro possuem vínculo afetivo com a família, um dos moradores recebe a visita da mãe, e os três recebe a visita de irmãos, os outros quatro restantes não recebem nenhuma visita, pois desde que saíram do hospital psiquiátrico, nenhum familiar foi procurá-los.

Em sua estrutura física, a RTM é bem parecida com uma casa, pois é essa a proposta que a Secretaria de Saúde de Olinda implementou, respeitando as leis que regulamentam esse tipo de moradia que melhor possa atender aos interesses dos residentes. Na sua infraestrutura ela é composta por três quartos, sendo dois deles reservados para os moradores, cada quarto comporta quatro residentes, o outro quarto é reservado para a preparação da medicação, repouso das cuidadoras e também lá fica toda a documentação referente aos residentes, três banheiros, dois desses são para os moradores e um para os funcionários, uma sala ampla, uma cozinha, uma área de serviço, um terraço, uma área para lazer e uma sala menor para reuniões.

Os cuidados dos moradores ficam sob a responsabilidade das quatro cuidadoras de residência terapêutica, que por sinal, são todas mulheres que trabalham no sistema de plantão 12x36, ou seja, trabalham doze horas seguidas e folgam trinta e seis, como é comum em outros serviços públicos semelhantes. Três cuidadoras têm ensino médio e uma tem ensino superior, a idade delas varia de 27 a 40 anos de idade, e trabalham nessa residência em torno de um ano. O tipo de vínculo empregatício é contrato por tempo determinado (CTD), mas, inicialmente, algumas delas começaram a trabalhar porque alguém indicou.

No primeiro momento da observação podemos constatar como se dá parte da rotina dos moradores da RTM, como já vimos em capítulos anteriores, a residência

terapêutica surge como uma forma de incluir os egressos do sistema psiquiátrico no meio social, o primeiro passo é lhes dando uma moradia digna dentro do espaço urbano para que os residentes possam ter um contato mais efetivo dentro da comunidade a qual vivem e também esses espaços possam ser ampliados. Além disso, há uma tentativa de inserir os residentes nas suas moradias de origem, ou seja, de volta ao lar, mas nem sempre isso é possível, pois existem alguns entraves tais como uma dificuldade no contato com os familiares, por exemplo: todos os moradores da RTM, até o momento não tem como voltar para suas casas, uns porque a própria família diz que não tem condições de recebê-los de volta nos seus lares, outros, porque o contato com a família é inexistente.

Podemos observar que eles têm certa autonomia dentro desses lares, mesmo que seus passos sejam guiados por uma cuidadora, eles podem circular “livremente” dentro da casa, coisa que segundo alguns moradores isso não era permitido quando eles estavam dentro do manicômio. Por mais que o intuito também seja promover a autonomia desses indivíduos, o que nítido é que, esse processo ainda é um pouco distante. Pois, ao que foi observado, a maioria dos residentes ainda estão ligados a uma relação de poder, ainda que eles estejam fora dos hospitais psiquiátricos, onde naquele lugar eles eram tratados com desumanidade e longe do convívio social, pode-se perceber que, mesmo estando mais próximos do mundo externo, eles ainda continuam de certa forma sendo institucionalizados e muitas vezes são julgados como incapazes de realizar ou participar de alguma atividade que faz parte do cotidiano de boa parte das pessoas ditas “normais”, como estudar, trabalhar, tolhendo assim o seu direito ao convívio social.

Um das coisas que mais chamou a atenção foi o fato de apenas um morador ficar mais próximo do mundo externo, Marcos², sai todos os dias para ir à padaria, e o mesmo às vezes fica com as chaves da casa, e o fato dele fazer essas atividades, as cuidadoras falam que ele tem autonomia.

Contudo foi observado ainda, quem mesmo de forma “discreta” há resquício do sistema psiquiátrico dentro da residência terapêutica, pois, ao que se pode perceber é que alguns moradores não executam algumas atividades no mundo social, porque alguém determina se eles podem ou não fazer atividades, sem

² Nome fictício criado para preservar a identidade do residente.

mesmo antes passarem de fato por um profissional qualificado que diga o que eles têm condição ou não de fazer, realizar, sair etc..

Por exemplo, um funcionário da residência estava falando que alguns moradores não vão para a escola, porque ele acha que eles não têm condições de aprender, como podemos observar na fala desse funcionário:

“Você acha que esse aqui, tem como aprender alguma coisa? Ele não entende nada, ele não vai nem compreender o que é que eles esta fazendo, eu acredito que ele dentro de uma escola não vai aprender nada, ele não tem compreensão de mundo”. (Funcionário da RT)

Podemos perceber com o que foi dito acima, é que ainda existe e muito forte essa relação de incapacitar o outro e de estigmatizar, esse caráter ainda é bem semelhante a um modelo que deveria já ter sido superado, há uma relação clara de poder, mesmo que tal funcionário saiba que a educação é direito de todos, nessa relação dele com o morador, “cabe” a ele julgar quem pode ou não estudar.

Esse tipo de poder sobre o outro vindo, daqueles que dirige tais estabelecimentos é muito semelhante ao que se encontrava nos manicômios, conforme trataremos na sessão seguinte.

Ainda seguindo com as observações, outras relações com o sistema psiquiátrico puderam ser feitas, ao ouvir o relato de uma cuidadora sobre um interno:

“Mauricio³, certo dia pediu para que a gente cortasse o cabelo dele, o cabelo dele foi cortado bem baixinho, ele quando viu, ficou desesperado e chorou bastante dizendo: não era pra ter feito isso, estou feio, eu não queria mais que o meu cabelo ficasse assim, tão baixinho. Eu acho que ele se lembrou do tempo que tava internado no hospício”. (cuidadora da RT)

Percebe-se, portanto, que a memória da experiência anterior nos manicômios, permanecem vivas nessas pessoas, a angústia, o medo, o sentimento de mutilação, um conjunto de dilemas, acompanham essas pessoas em sua trajetória. Mesmo percebendo que, aqui, na Residência, pode expressar sua opinião a respeito das questões de sua própria vida, como um corte de cabelo, a memória opressiva permanece presente.

³ Nome fictício criado para preservar a identidade do residente.

Por mais que a proposta das residências terapêuticas seja fundamentada para assegurar dignidade à pessoa com transtorno mental e para que o processo de desinstitucionalização fosse enfraquecido e também para que se tivesse um novo modelo de assistência à saúde mental, percebe-se que muita coisa ainda tem que ser feita, para que se avance no processo de inclusão ao meio social desses sujeitos que são acolhidos dentro dessas moradias. Pois ao que podemos observar durante o período de vivência na RT é que o assistencialismo (Cuidados básicos diário, como alimentação, remédio, roupa etc.) ainda é bastante forte, e as preocupações com a inserção dos residentes ao mundo social acabam ficando para segundo plano, pois durante o período observado, nenhum residente teve contato efetivamente com o mundo externo, não houve atividade que ligasse os residentes ao mundo social.

Quase todos os moradores da RT, estão residindo lá desde que a mesma foi criada no ano de 2015, com exceção de um que está residindo há pouco mais de três meses, esse morador antes de ter uma vida institucionalizada, tinha uma vida normal no mundo social, segundo informes dos funcionários, ele trabalhava em uma grande empresa como motorista e também realizava trabalho como eletricitista, mas, diante do diagnóstico de transtorno mental e do período de internamento psiquiátrico até a chegada à RT, esse sujeito acabou por ter sua vida bastante tolhida. Mesmo ele estando dentro da residência e mesmo que a função dessa seja devolver as suas habilidades psicossocial e inserir ao mundo externo, essa realidade ainda está um pouco distante, pois tal sujeito passa o dia todo dentro da casa sem ter contato com o mundo aqui fora.

A respeito desse residente uma cuidadora falou:

“Otavio⁴, é muito trabalhador, lá fora ele tinha uma vida normal, trabalhava como motorista, eu percebo que ele poderia estar lá fora trabalhando ainda, fazendo alguma coisa, porque ficar aqui dentro o deixa muito ocioso, ele sabe fazer as coisas, ele consertou a maquina de lavar que estava quebrada e também instalou alguns interruptores aqui, eu acredito que seria ótimo se ele pudesse voltar ao mundo do trabalho. O que eu acho um pouco falho aqui na residência é isso, é ver que eles passam muito tempo aqui, é saber que estão dentro da comunidade, mas que pouco participam dela”.
(cuidadora da RTM)

⁴ Nome fictício criado para preservar a identidade do residente.

A fala acima é bastante interessante, pois nos permite de certa forma visualizar como ainda os direitos sociais das pessoas com transtornos mentais é negado, mesmo sabendo que existem aparatos legais que foram criados para ampliar os direitos sociais das pessoas com deficiências, como é o caso da Lei Brasileira de Inclusão de 2015 (LBI), que vem fomentar a ampliação da participação de tais sujeitos no mundo social, bem como diminuir a discriminação, como fica claro no Artigo 4º que diz: “Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação”. E Também no seu artigo 8º que salienta:

É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico. (LBI, 2015, s/n).

Sendo assim, diante do que foi exposto acima, se toda pessoa com deficiência tem oportunidade que deverá ser igual e que é dever de todos assegurar melhores condições para a inserção de tais sujeitos ao mundo externo, ao que se percebe essa realidade ainda está um pouco distante na residência terapêutica em questão.

Diante do que foi observado, das entrevistas e das conversas informais, no último dia da vivência na RT, pode-se realizar um momento de intervenção por parte da pesquisadora desse trabalho, que se deu de forma simples, porém bastante satisfatório que foi uma roda de conversas com os residentes, cujo tema abordado foi sobre o “mundo lá fora”, e foi nesse momento que podemos observar como eles enxergam o espaço onde vivem como eles se sentem dentro da residência e como alguns deles ainda sofrem com o que passaram nos manicômios.

Durante a roda de conversa, um dos residentes em sua fala chamou a atenção no que ele espontaneamente falou:

“Ta vendo aquele ali, aquele que está sentado ali, ele mexe nas minhas coisas e ninguém faz nada, eu não gosto disso, eu queria vê ele fazer isso lá, lá no hospital, se ele tentasse fazer alguma coisa lá, iam pegar ele e ele ia levar uma injeção. Eu acho ruim aqui por isso, pois ele mexe sempre nas minhas coisas, eu quero sair daqui e alugar um canto “pra” mim , “pra” ninguém mais mexer no que é meu, eu sou aposentando” (Residente da RT)

Tais depoimentos são emblemáticos de como ainda é viva a memória do sistema psiquiátrico e que mesmo, ele estando em um ambiente diferente estruturalmente, ele sente que algo que preencha o seu “eu” esteja sendo violado, e essa violação é muito semelhante ao que se encontrava no sistema manicomial.

A observação e a roda de conversa foram essenciais para a continuidade dessa pesquisa, mesmo que a pandemia tenha sido um fator limitador, que acabou por nos impedir de fazer uma observação mais profunda, podemos aproveitar ao máximo através dos diálogos construídos e entender um pouco mais sobre o “mundo” das pessoas que trabalham e as pessoas que residem em tal modelo de moradia.

Após o período de observação, para fins dessa pesquisa foi realizada uma entrevista que serviu como base para refutar ou comprovar a hipótese levantada nesse trabalho. E para isso foi necessário entrevistar as cuidadoras de residência terapêutica, que atualmente são quatro, porém, apenas três aceitaram participar. Foi através dos dados coletados que podemos da continuidade ao nosso trabalho

A análise dos dados é o que resulta das respostas obtidas, através da entrevista torna-se possível fazer interpretações, através das respostas coletadas, a entrevista foi dividida em dois segmentos, no primeiro segmento analisamos o perfil das entrevistadas, com perguntas fechadas, tipo questionário, como gênero, idade, escolaridade e tempo de serviço, vínculo empregatício, no segundo segmento, foram elaboradas perguntas abertas tais concepções, mundo externo, inclusão social, desinstitucionalização.

As entrevistas foram respondidas de forma livre esclarecidos, os sujeitos que responderam foram todos do gênero feminino, com idades entre 27 e 40 anos, com relação à escolaridade as três entrevistadas têm ensino médio e, todas elas têm contrato por tempo determinado atuando como cuidadoras há aproximadamente um ano.

Acerca da mudança dos manicômios para as residências terapêuticas, na visão das entrevistadas:

As residências terapêuticas trouxeram vários avanços, no processo de desinstitucionalização. No meu ver, a principal seria a abordagem que se desenvolve no tratamento aos usuários. No hospital ele era apenas paciente, já na RT ele é um sujeito. (Andréa⁵, cuidadora da RT)

Eu não entendo muito que é foi esse processo, mas sei que essas casas acolhem pessoas assim, com transtornos mentais e é uma boa alternativa, para que eles não fiquem jogados por aí e nem dentro dos hospitais. (Juliana,⁶ cuidadora da RT)

O serviço residencial terapêutico possibilitou uma melhor qualidade de vida aos portadores de transtornos mentais agudo, egressos de longa permanência do ambiente hospitalar, o processo de desinstitucionalização é de grande importância porque rompe com o modelo manicomial e desumano para com as pessoas com sofrimento mental eram submetidas, passando assim a esses usuários serem vistos como sujeitos de direitos, respeitando assim, suas singularidades. (Paula⁷, cuidadora da RT)

Diante das respostas supracitadas, percebemos que há um consenso entre elas, principalmente na fala da cuidadora “Paula”, que mostrou ter um pouco mais de domínio sobre a temática abordada, contudo, tais respostas se aproxima muito das discussões que foram trabalhadas ao longo da pesquisa, sobre como o sistema manicomial, tolheu o direito das pessoas com deficiências, assim, como há no pensamento de Golffman e Foucault, ambos trabalharam na questão do louco ser meramente um paciente, estigmatizado ao longo da história. Trataremos desta e de outras questões analíticas na sessão seguinte.

3.3. As Residências Terapêuticas à luz da reflexão teórica.

Sem dúvidas, as residências terapêuticas ainda se revelam como experiências recentes, ainda marcadas por diversas contradições, tanto por ser fruto das longas e profundas lutas dos movimentos antimanicomiais, e toda a herança perversa, mesmo monstruosa daquelas instituições, quando pelas dificuldades de se

⁵ Nome fictício criado para preservar a identidade da cuidadora.

⁶ Nome fictício criado para preservar a identidade da cuidadora.

⁷ Nome fictício criado para preservar a identidade da cuidadora.

apresentarem como experiências realmente novas, na concepção e no método. Consta-se como, forma “discreta” há resquício do sistema psiquiátrico dentro da residência terapêutica.

Mesmo reconhecendo a capacidade de inovação, na concepção e no funcionamento, que são possibilitadas em pequenas residências, comparando-se aos enormes manicômios ou hospitais psiquiátricos, onde naquele lugar os pacientes eram tratados com desumanidade e longe do convívio social, pode-se perceber que, mesmo estando mais próximos do mundo externo, eles ainda continuam de certa forma sendo institucionalizados e muitas vezes são julgados como incapazes de realizar ou participar de alguma atividade. Pelo menos duas experiências citadas na sessão anterior, são emblemáticas dessa constatação. Revelando-se que, ainda existe e muito forte essa relação de incapacitar o outro e de estigmatizar.

Tanto a experiência de “Otávio”, um trabalhador que demonstra capacidade para o trabalho, já tendo inclusive consertado a máquina de lavar da Residência, mas que fica limitado para enfrentar o mundo exterior; quanto daquele outro morador da Residência, cujo funcionário não acredita na possibilidade dele aprender algo no mundo exterior- “Você acha que esse aqui, tem como aprender alguma coisa? Ele não entende nada, ele não vai nem compreender o que é que eles esta fazendo...” – Demonstram experiências de poder sobre o outro vindo, daqueles que dirige ou que trabalham em tais estabelecimentos é muito semelhante ao que se encontrava nos manicômios. Contudo “o objetivo principal dessa cultura do pessoal é conseguir o controle do paciente – um controle que deve ser mantido, independente do bem-estar do paciente”. (GOFFMAN, 2010, p.78).

Apesar do esforço inovador, a memória das pessoas com a experiência anterior nos maus tratos dos manicômios, permanece viva na vivência dessas pessoas. A experiência citada do corte de cabelos de “Maurício”, também citada anteriormente, é reveladora dessa afirmação. Angústia, medo, sentimento de mutilação, são marcas que ficarão no imaginário dessas pessoas. Ao que podemos observar na referida experiência, ainda é forte o sentimento de mutilação do eu, Goffman (2010) explica que o indivíduo que passa por um processo de institucionalização, sofre com alguma deformação pessoal que ocorre com a

mutação direta de alguma parte do seu corpo, e isso faz com que a pessoa perca o sentido da identidade pessoal e surge um forte sentimento de angústia diante do desfiguramento.

Com o que foi exposto acima, podemos observar que ainda é viva a memória do sistema psiquiátrico e que mesmo, ele estando em um ambiente diferente estruturalmente, ele sente que algo que preencha o seu “eu” esteja sendo violado, e essa violação é muito semelhante ao que se encontrava no sistema manicomial. Goffman (2010), explica que os bens individuais fazem parte da construção da identidade dos sujeitos e que mesmo eles estando dentro de um sistema, esses bens precisam ser resguardados, como uma espécie de “estojo de identidade” e uma vez que se violam esses bens é como se provocasse uma desfiguração pessoal.

Tais experiências também são reveladoras de relações assimétricas de poder, no interior das Residências, que demonstram uma substantiva evolução em relação à experiência anterior dos manicômios, mas ainda não conseguem promover uma relação horizontal entre cuidadores e cuidados. Dessa forma, o poder continua concentrado, conforme Foucault, “O poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior controlar”. (FOUCAULT, 1987, p. 153). Demonstra-se deste modo, que a antiga relação dominadora entre a instituição hospitalar, representante do Estado, contra as famílias e os pacientes de tais instituições, bem como a relação fortemente dominadora do psiquiatra com o seu paciente, foram amenizadas, nas Residências, mas não foram destruídas, permanecendo diversas expressões de dominação, mudando apenas os sujeitos e as formas.

É comum, tanto entre os dirigentes, quanto entre as cuidadoras, e mesmo entre os residentes a defesa e o cuidado com a disciplina. (Lembremos, por exemplo, daquela experiência em que o residente critica porque os outros mexem em suas coisas, que se fosse lá no hospital teria melhor disciplina). Ora, para Foucault, essa disciplina também é reveladora de relações de poder, “A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis” (Foucault: 1987 p. 127). Ou seja, a relação de poder hierárquica, ainda é um desafio a ser superado nas Residências Terapêuticas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente monografia se mostrou pretensiosa, pois ela permitiu levantar reflexões acerca do processo de desinstitucionalização de pessoas egressas do sistema psiquiátrico, sistema esse que desde a década de 70 vem sendo reestruturado. A substituição do modelo pautado na internação hospitalar para o atendimento voltado na reinserção ao mundo social através das residências terapêuticas tem constituído o paradigma que domina o sistema psiquiátrico. Como é uma monografia do Curso de Bacharelado em Ciências Sociais, nosso esforço foi ao mesmo tempo em que dialogamos com as ciências médicas, e com as políticas públicas, por conta da peculiaridade da problemática, nosso estudo se deteve, sobretudo em enfatizar os vínculos e as relações entre pessoas e grupos, que, ao se relacionarem formulam e reproduzem ideias e práticas sociais próprias a um convívio social determinado.

Devido aos limites do pouco espaço de tempo e também da pandemia, não se foi possível elaborar uma pesquisa mais aprofundada conforme gostaríamos, porém consideramos que esse trabalho constituiu-se de um diagnóstico introdutório, onde não se pôde fazer um levantamento mais abrangente sobre a temática em questão, mas indica diversas reflexões e análises importantes ao debate sociológico contemporâneo, já que a problemática tratada tem demonstrado importância significativa na realidade social contemporânea local e global.

Após o percurso de pesquisa e escrita, consideramos que a monografia atingiu os objetivos previstos no projeto – Geral: Analisar o processo de mudança dos manicômios para as Residências Terapêuticas, destacando os avanços e entraves que possibilitam a inclusão das pessoas com transtornos mentais; e os consequentes objetivos específicos -. Tal afirmação é possível, uma vez que, registramos aspectos do cotidiano das pessoas vivendo em uma Residência Terapêutica, reconstruímos a trajetória das políticas e das pessoas vivendo com “transtornos mentais” na história da humanidade e especialmente do Brasil, introduzimos o debate sociológico da chamada “sociologia da loucura, ou no trato dos estudos de grupos de pessoas vivendo com “transtornos mentais”.

Consideramos acertada a metodologia proposta no projeto de pesquisa – observação com caderno de campo e entrevistas -. Chegamos a pensar em um “plano B”, devido às limitações impostas pelo distanciamento social causado pela pandemia do coronavírus, Contudo, observando todos os cuidados que o momento exige, e em diálogo com os dirigentes e cuidadoras da Residência Terapêutica pesquisada, decidimos manter a metodologia proposta inicialmente. Consideramos, que, para esse tipo de problemática essa metodologia demonstra eficiência, limitada claro, por conta do contexto, pois, acreditamos que em outra situação poderíamos ter aprofundado muito mais.

Ao finalizar a devida pesquisa, podemos verificar que a história das pessoas com deficiência não é recente, essa historicidade vem desde os primórdios e essas pessoas sempre foram subjugadas como incapazes de conviver em sociedade, hoje, por mais que o paradigma seja pautado na inclusão desses sujeitos ao mundo social, ainda é forte o sentimento de exclusão. Mesmo com a recente luta antimanicomial e com a criação de espaços extramuros para esses sujeitos, ao que se percebeu muita coisa ainda deverá ser feita para que de fato se ocorra a inclusão social.

As residências terapêuticas surgiram como uma alternativa para a melhoria de vida das pessoas com transtornos mentais, essas moradias foram uma resposta positiva no processo de desinstitucionalização, pois as pessoas com transtornos mentais que passaram por um longo período de internação psiquiátrica e que não tinham para onde ir precisavam de um lugar acolhedor para fixar moradia. A criação dessas residências foi uma conquista importante em meio ao um processo lento e desumano que foi a institucionalização de tais sujeitos em manicômios, cujo tratamento que esses pacientes recebiam era degradante.

Por mais que a criação do serviço residencial terapêutico fosse uma conquista e um primeiro passo para dar dignidade, respeitando o direito a moradia, e também como ferramenta para reinserção das pessoas com transtornos mentais ao meio social, ao longo dessa pesquisa, esbarramos com alguns entraves que acaba por dificultar o processo inclusão, um desses entraves ainda é o estigma que esses sujeitos estão submetidos e também a notória relação de poder que existiu nos hospitais psiquiátricos e que de certa forma ainda existe dentro dessas moradias.

Diante da observação feita dentro do período de vivência, podemos verificar que a nossa hipótese foi comprovada, pois percebemos que essas moradias ainda têm caráter assistencialista e que os moradores que nela residem pouco tem contato com o mundo externo, de certa forma eles ainda são “institucionalizados”. Devido aos resultados da nossa pesquisa através das entrevistas, da observação e da intervenção, percebemos que mesmo os acolhidos vivendo em uma casa dentro do espaço urbano e inseridos em uma comunidade como é proposto pelo serviço residencial terapêutico, a inserção desses sujeitos no espaço externo ainda é bastante limitado, ao que se pôde observar é que o processo de exclusão ainda é bastante forte quando o que se oferta dentro dessas moradias esbarra apenas muitas vezes nos cuidados básicos com a saúde e com a higienização.

Não queremos excluir a importância das residências terapêuticas, para conferir dignidade aos egressos do sistema psiquiátrico, por mais que o assistencialismo ainda seja forte, essas moradias constituem um espaço acolhedor e é um passo importante para a reinserção dos egressos aos seus lares de origem e também uma “ferramenta” importante para a inserção ao mundo externo.

Se formos atermos a história das pessoas com transtornos mentais na sociedade, vamos perceber que esses sujeitos sempre foram invisibilizados e calados por séculos, até que se chegasse à reforma psiquiátrica, porém, infelizmente mesmo com a criação de leis e mesmo com a quebra de paradigmas e também com o processo de humanização, ainda sim, ao que se percebeu é que as pessoas com doenças psiquiátricas ainda continuam sendo invisíveis e estigmatizadas e não merecedoras de ter uma vida plena em sociedade. O intramuros que foi o sistema manicomial deu lugar ao extramuros, porém esses sujeitos ainda continuam vivendo com alguns dos seus direitos sociais sendo tolhidos.

Acreditamos que a sociedade precisa ser mais acolhedora e que passe a enxergar as pessoas com transtornos mentais como seres funcionais capazes de viver em sociedade, para isso, se faz necessário que a sociedade pare de estigmatizar aqueles que por séculos foram e ainda são excluídos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Crise Econômica, Crise do WelfareState e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S; VIANNA, M. L. W. (Org.). **A Miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

_____. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Pp. 73-84, 1998.

AMARANTE, P e TORRE. 30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora Universitária - UFPE, pp.113-136, 2010.

ANDRÉ, M. E.D.A.; LÜDKE, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, SP: EPU, 1986.

ARANHA, M.S.F. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, ano XI, n. 21, março, p.160-173, 2002.

ARBEX, D. **O Holocausto Brasileiro: Vida, genocídios e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Ed. Geração. 2013.

BANDEIRA, M.; GONTIJO. E.D.; VIDAL, C.E.L. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal de Psiquiatria**. Vol.57 nº 1. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL, Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (**Estatuto da Pessoa com Deficiência**). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm: acesso em 14/02/2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto n.º 60.252, de 21 de fevereiro de 1968. Institui a **Campanha Nacional de Saúde Mental**. In: Diário oficial da união, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 1967. Seção 1, p. 2217.

_____. **Residências Terapêuticas**: para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade. Brasília, 2004.

COSTA, N. do R. Lutas urbanas e controle sanitário: **origens das políticas de saúde no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. **Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas**. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>: acesso em 10/02/2021.

DELGADO, P. *et al.* Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reformados Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. **Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre, Artmed. Pp. 39- 83, 2007.

DEMO, P. **Pobreza da pobreza**. Petrópolis: Vozes, 2003.

DIAS, M. T. G. A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: **uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro**. 2007. 292f. Tese (Doutorado em Serviço Social)–Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

DURKHEIM, E. **Educação e sociologia**. Lisboa: Edições 70 LDA, 2001.

_____. **Sociologia e Filosofia**. São Paulo: Ícone, 1994.

_____. **Da divisão social do trabalho**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Educação e sociologia**. São Paulo: Edições Melhoramentos, 1975.

_____. **Ética e sociologia da moral**. São Paulo: Landy, 2006.

ESCOREL, S. Vidas ao léu: **trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica** (5ª ed.). São Paulo: Perspectiva. (originalmente publicado em 1972), 1997.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **Microfísica do poder**. 14ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1994.

GARGHETTI, F.C.; MEDEIROS, J.G.; NUERNBERG, A. H. Breve História da Deficiência Intelectual. **Revista eletrônica de investigação y docência (REID)**, 10 de julho, 2013, 101-116.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro, LTC, 2013.

_____. **Manicômios, prisões e conventos** 8º Ed, São Paulo: Editora Perspectiva, 2010.

JABERT, A. Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do Estado do Espírito Santo. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, 12 (3): 693-716, 2005.

MACHADO, R.M. **A danação da norma**. São Paulo: Graal, 1978.

MARTINS, J. S. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

MEDEIROS, T. A. 1977. A formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. **Dissertação de Mestrado. Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria e criatividade**. 21.ed. Petrópolis, RJ: vozes 2002, p.21

NASCIMENTO, E. P. do. Globalização e exclusão social: fenômenos de uma nova crise da modernidade. In: DOWBOR, L.; IANNI, O.; RESENDE, P. E. A. (Org.). **Desafios da globalização**. São Paulo: Vozes, 1994. p. 43-58.

OLIVEIRA, L. Os excluídos existem?: notas sobre a elaboração de um novo conceito. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 12, n. 33, p. 49-61, 1997.

PERRUSI, A. 2010. A lógica asilar acabou? Um estudo sobre as transformações na Psiquiatria Brasileira. In: FONTES, B.A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora Universitária - UFPE, pp. 71-112. 2010.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). ***Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil***. Petrópolis: Ed. Vozes, 2007.

RIBEIRO, S.L. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=pt&tlng=pt, acesso em 10/02/2021.

SILVA, O. M. **A Epopéia Ignorada**: A pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje. São Paulo: CEDAS, 1986.

STANCIK, M. A. Os jecas do literato e do cientista: movimento eugênico, higienismo e racismo na primeira República. **Publicatio UEPG Ciências Humanas, Linguística, Letras e Artes**, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 45-62, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/humanas/article/view/535>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2021.

Teixeira, M. O. L. **Nascimento da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Cadernos IPUB, nº 08, p. 42-78, 1997.

APÊNDICE - Roteiro de entrevista com Cuidadoras de Residência Terapêutica.

LOCAL E DATA:

NOME:

IDADE:

GÊNERO:

ESCOLARIDADE:

TEMPO DE SERVIÇO:

TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO:

1. Para você, quais foram as principais mudanças que as Residências Terapêuticas trouxeram, depois do processo de desinstitucionalização?
2. Você poderia enumerar algumas conquistas que você considera significativas do trabalho da Residência, bem como alguns entresves ou dificuldades?
3. O que você entende por Inclusão Social?
4. Qual o sentimento que você tem ao trabalhar com pessoas com Transtornos Mentais dentro de uma Residência Terapêutica?
5. Como você considera a importância do mundo externo, para o enfrentamento dos Transtornos Mentais?