UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA

THALYTA DE PAULA PEREIRA LIMA

AS OITO FLORES DO ALTO DO CÉU NO JARDIM DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

JOÃO PESSOA - PB
2010

THALYTA DE PAULA PEREIRA LIMA

AS OITO FLORES DO ALTO DO CÉU NO JARDIM DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de doutor em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi

JOÃO PESSOA - PB
2010

THALYTA DE PAULA PEREIRA LIMA

AS OITO FLORES DO ALTO DO CÉU NO JARDIM DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de doutor, pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba.

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA

_____
Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi
Orientador (PPGS/CCHLA – UFPB)

_____
Profª.Dra.Mônica Franch
(PPGS/CCHLA – UFPB)

_____
Profª.Dra.Ednalva Maciel Neves
(PPGS/CCHLA – UFPB)

_____
Profª.Dra.Eliane Maria Monteiro da Fonte
(PPGS/DCS – UFPE)

_____
Profª.Dra.Magda Diniz Bezerra Dimenstein
(PPGPsi/CCHLA – UFRN)

Obedecer cegamente deixa cego. Crescemos somente na ousadia. Só quando transgrido alguma ordem, o futuro se torna respirável.

Mario Benedetti

À minha mãe, por quem tenho uma gratidão e amor imensuráveis.
Às mulheres da Casa do Alto do Céu e a todas as outras flores anônimas despetaladas.

Dedico!

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Artur Perrusi, orientador e amigo, por quem tenho uma grande admiração e carinho. Obrigada por seu inestimável apoio e por me fazer rir dos meus próprios "devaneios" em nossas longas interlocuções nos cafés, tornando a elaboração desta tese menos "dolorosa";

Aos meus pais, Lúcia e João, e aos meus irmãos, Thatyanna e Thardelly. Obrigada pelo amor e apoio incondicionais tão preciosos em minha vida. Vocês são o meu alicerce;

A Justino, por seu carinho, generosidade, solicitude e paciência, quando, nos momentos mais difíceis, me fez acreditar na concretização deste trabalho. Meu parceiro e amigo de todas as horas, não encontro palavras para expressar toda a minha gratidão;

Às amigas Suzy, Dudha, Nádia, Poliana, Andréia, Alessandra e Regina, que contribuíram, de formas diversas, para as reflexões e o desenvolvimento deste trabalho, com os seus mais lindos dons: a retórica, a língua, a musica e a poesia;

Aos amigos Anastácio, Roberta, Juliana, Jamara, Calina, Eduardo, Débora, Lúcia, Geovana, Isabel e Adeilza, cujas conversas, apoio e carinho foram fundamentais para revigorar meu otimismo;

À professora Francisca, amiga e companheira de trabalho, pela colaboração e inspiração;

Às professoras Ednalva e Mônica, cujas contribuições foram bastante valiosas para o desenvolvimento desta tese;

Às moradoras do SRT, por me permitirem entrar em sua casa e em suas vidas;

Às cuidadoras do SRT e às arquivistas do CJM, pelo acolhimento e pela disponibilidade com que me receberam para prestar informações para minha pesquisa;

Ao Núcleo de Saúde Mental do Estado da Paraíba e a Secretaria Municipal de Saúde, pela cooperação;

Aos colegas de trabalho da Escola Técnica de Saúde/UFCG, pelo apoio e pela colaboração;

Aos funcionários do PPGS, especialmente a Nancy, pela atenção com que sempre me receberam ao longo da Pós-graduação.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	**91**
FIGURA 02	**96**
FIGURA 03	**107**
FIGURA 04	**109**

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	**88**
QUADRO 02	**95**
QUADRO 03	**98**
QUADRO 04	**100**
QUADRO 05	**103**

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	**92**
TABELA 02	**105**

SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial para dependentes de álcool e outras drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CCS - Centro de Ciências da Saúde

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAP – Núcleo de Assistência Psiquiátrica

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

OAB - Organização dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PA – Pronto Atendimento

PAD - Programa de Apoio à Desospitalização

PAM – Pronto Atendimento Médico

PASM – Pronto Atendimento em Saúde Mental

PNASH - Plano Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PSF – Programa Saúde da Família

PVC - Programa de Volta pra Casa

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

Este trabalho analisa o Serviço Residencial Terapêutico da cidade de João Pessoa, como modelo de moradia inspirado pela reforma psiquiátrica. Os usuários do STR são oito mulheres, ex-pacientes crônicas do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, que perderam o vínculo familiar e foram transferidas para esse serviço, cuja meta é promover uma gradativa inclusão social de suas moradoras. O objetivo do trabalho foi observar o cotidiano dessas mulheres na Residência Terapêutica e fazer um estudo desse modelo de moradia, analisando o processo de adaptação e de reinserção social das suas moradoras. Optamos por utilizar a etnografia, como pesquisa qualitativa, como um recurso apropriado para apreendermos as expressões da vida cotidiana, em sua dimensão mais complexa, uma vez que esse tipo de pesquisa não prioriza princípios, leis ou generalizações, mas centra sua abordagem no que é específico e peculiar. A coleta de dados foi feita mediante entrevistas semiestruturadas, observação direta e análise documental. Essas técnicas não seguiram um padrão linear de utilização e foram interligadas e utilizadas de acordo com as necessidades imediatas das incursões em campo. A análise dos dados demonstrou que a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o investimento em serviços que evitem o internamento não garantem o fim do isolamento social dos portadores de transtornos mentais. Constatamos que, apesar de a casa instituir um novo espaço de acolhimento para essas pessoas, ela não proporciona ou estimula a reinserção social e o desenvolvimento da autonomia de suas moradoras. Na realidade, faltam projetos que viabilizem a reinserção social e a independência das suas moradoras, para que a casa não se transforme em mais um mero depósito de refugo humano.

Palavras-chave: Saúde mental. Serviço Residencial Terapêutico. Reinserção social.

ABSTRACT

This work analyses the Therapeutic Residential Service from the city of João Pessoa as a model of habitation inspired by the Psychiatric Reform. The benefiters of TRS are eight women, ex-chronic patients from The Psychiatric Hospital *Juliano Moreira*. These patients have lost their family bonds and were transferred to this service. The purpose of the program is to promote gradating social inclusion of these patients. The objective of our work was to observe the daily routine of these women in the Therapeutic Residence and study this model of household analyzing the process of adaptation and social reinclusion of the people living there. We used ethnography for qualitative research as an appropriated resource to apprehend the expressions of daily life in its most complex dimension since this kind of research does not prime for principles, laws or generalizations, but centers its approach in what is specific and peculiar. Data was collected through semi – structured interviews, direct observation and analysis of documents. These techniques did not follow a linear pattern of utilization. They were interconnected and used according to the immediate necessities of the ingress in the field of the research. Data analysis demonstrated that the reduction of accommodation in hospitals and the investments in services that avoid hospitalization do not guarantee the end of social isolation of mentally disturbed patients. We observed that although the household promotes a new space of hosting for these people, it does not promote or stimulates social reinclusion and the development of autonomy of the people living there. Actually, there is a lack of projects concerning social reinclusion and independence of these people that avoid this pattern of household to not become a mere place for depositing excluded human beings.

Key-words: Mental Health, Therapeutic Residential Service, Social Reinclusion.

RESUMÉ

Ce travail analyse le Service Thérapeutique Résidentiel de la ville de João Pessoa, comme un modèle de logement, inspiré par la Réforme Psychiatrique. Les utilisateurs du STR sont huit femmes, ex-patients chroniques de l'hôpital psychiatrique de Juliano Moreira, qui ont perdu les liens familiaux et ont été transférées à ce service, dont le but de promouvoir une intégration progressive de ses habitants. L'objectif de notre étude était d'observer la vie quotidienne de ces femmes dans le STR et analyser le processus d'adaptation et de réinsertion sociale de ses ex-patients. Nous avons décidé d'utiliser l'ethnographie, qui est une recherche qualitative appropriée pour appréhender les expressions de la vie quotidienne dans sa complexité, car ce type de recherche ne priorise pas des principes, des lois et des généralisations, et si se concentre sur ce qui est spécifique et particulière. La collecte des données a eu lieu au moyen d'entrevues semi-structurées, l'observation directe et l'analyse de documents. Ces techniques ne suivent pas un modèle linéaire d'utilisation, étant liées et utilisées en conformité avec les besoins immédiats des incursions dans le domaine. L'analyse des données a montré que la réduction des lits dans les hôpitaux psychiatriques et les investissements dans les services, pour éviter la délocalisation, ne garantit pas la fin de l'isolement social des malades mentaux. Nous notons que, bien que la maison a comme fonction créer un nouvel environnement qui soit accueillant pour ces personnes, elle ne fournit pas la réinsertion sociale et l'autonomisation de ses résidents. En fait, il manque des projets qui permettent la réinsertion sociale et l'indépendance de leurs résidents pour que la maison ne devienne pas un autre dépôt de patients chroniques.

Mots-clé: Santé mental; Service résidentiel; réinsertion sociale

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	**14**
1 O "FEIO" E O "BELO" NA CIDADE JARDINEIRA	**19**
1.1 ADVENTO DA ERA MODERNA: O ESPAÇO URBANO COMO ARENA DE SEGREGAÇÃO	**19**
1.2 MONÓLOGO DA RAZÃO: A INSTITUIÇÃO COMO UM JARDIM DE OBSERVAÇÃO	**26**
1.3 PARA ONDE CAMINHA O "REFUGO HUMANO"?	**33**
2 SOBRE O MÉTODO E A DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA	**42**
2.1. O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE JOÃO PESSOA	**42**
2.2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	**46**
2.3. ETAPAS DA PESQUISA	**49**
2.3.1. Primeiros contatos	**50**
2.3.2. A pesquisa no Complexo Psiquiátrico	**52**
2.3.3. A pesquisa na Residência Terapêutica	**54**
3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA A AS VIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	**56**
3.1 A SAÚDE MENTAL APÓS A SEGUNDA GUERRA	**56**
3.2 VIAS INTERNACIONAIS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	**58**
3.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	**69**
4 NOTAS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO ESTADO DA PARAÍBA	**84**
4.1 OS DISPOSITIVOS DE SAÚDE MENTAL EM JOÃO PESSOA	**105**
5. DO FRENOCÔMIO À CASA ABERTA	**112**
5.1 O COMPLEXO PSIQUIÁTRICO	**112**
5.1.1 Os prontuários: manter a medicação... manter a medicação	**114**
5.1.2 Entre a janela e a grade	**118**

5.1.3 O recomeço	**122**
5.1.4 As oito mulheres	**125**
5.2 A CASA	**160**
5.2.1 ORIGEM, ESTRUTURA E MANUTENÇÃO	**160**
5.2.2 CONHECENDO A CASA	**167**
5.2.3 ADAPTAÇÃO E COTIDIANO	**169**
5.2.4 A CASA E A RUA	**178**
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	**187**
REFERÊNCIAS	**196**
ANEXOS	**205**

INTRODUÇÃO

Até meados do Século XX, o paradigma asilar era a alternativa hegemônica de tratamento para a questão da loucura. Ao ser recolhido e internado, o indivíduo passava por um processo doloroso de mortificações do eu, como degradações, constrições e humilhações. O isolamento do paciente para tratamento ocasionava uma perda progressiva de papéis sociais, acarretando uma espécie de despersonalização, tornando-o um indivíduo, gradativamente, inerte.

As práticas e os saberes psiquiátricos construídos dentro e fora do manicômio, ao longo da história, acabaram polarizando a sociedade ao dividi-la entre indivíduos perfeitos (saudáveis e limpos) e degenerados (doentes e sujos). Em meio a esse processo, a loucura foi sendo instituída no horizonte social da pobreza, da periculosidade e da degenerescência. O louco passou a ser visto como um peso morto para a produção econômica e uma ameaça perigosa à ordem existente. Por meio do seu isolamento nos asilos, o espaço público e a sociedade foram eximidos do perigo que ele representava.

Após o término da Segunda Guerra Mundial, as críticas que já ecoavam timidamente sobre as condições de tratamento e funcionamento das instituições psiquiátricas ganharam impulso. O crescente número de pessoas com transtornos mentais, afetadas pelas mazelas da guerra, agravou ainda mais a situação dos manicômios. Surgiram, então, vários movimentos civis organizados que lutavam pelos direitos humanos enfatizando, sobretudo, a igualdade e a liberdade entre os indivíduos. Entre os vários problemas discutidos, os abusos e a ineficácia dos hospitais psiquiátricos, com suas formas degradantes de tratamento e seus índices elevados de pacientes amontoados, passaram a ser alvo de duras críticas, que expressavam o desejo de aboli-lo ou transformá-lo radicalmente.

Essas críticas impulsionaram uma crescente discussão sobre a necessidade de novas formas de assistência e de tratamento, que promovessem a reinserção social e a cidadania das pessoas com transtornos mentais. A fim de cumprir tal meta, as políticas em saúde mental deveriam ser direcionadas para diminuir o número de leitos nos hospitais psiquiátricos e garantir a permanência do indivíduo na comunidade.

Assim como em alguns países da Europa e da América, no Brasil, a denúncia da violação dos direitos civis e da precária assistência psiquiátrica também tem contribuído para ampliar o debate sobre a necessidade de se promover uma reforma psiquiátrica que envolva não apenas o modelo de assistência, mas também o relacionamento da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais. A partir do final da década de 70, novos olhares sobre o atendimento psiquiátrico passaram a fomentar críticas à situação dos manicômios e à autoridade do saber e da prática da psiquiatria. É no seio dessas discussões que surge o Movimento Antimanicomial, cuja meta é lutar pela desinstitucionalização dos manicômios e pela reforma psiquiátrica brasileira.

Em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo relatório final foi adotado pelo Ministério da Saúde, como diretriz oficial para a reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil. O relatório reivindicava a implementação de programas de atenção em saúde mental, com assistência integral, por meio da municipalização, que já estava prevista em lei, e a atualização dos direitos dos portadores de transtornos mentais, mediante revisão do Código Civil (BRASIL, 1994).

Atualmente, as estratégias de ação da reforma psiquiátrica se dão por meio da difusão e da ampliação de alternativas extra-hospitalares, tais como: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais-dia (HD) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Esses serviços foram desenvolvidos em meio às discussões das políticas de saúde mental e nortearam um novo modelo de assistência, variando conforme a necessidade de cada região.

Seguindo uma tendência nacional de expansão, a luta pela reforma psiquiátrica chega à Paraíba, no final dos anos oitenta, quando surgem as primeiras mobilizações de setores da sociedade civil e de profissionais da saúde. Em 1995, é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Estado, na cidade de João Pessoa, e, a partir do ano 2000, observa-se um considerável crescimento das políticas de saúde mental voltadas para a criação de alternativas extra-hospitalares. No entanto, apesar dos avanços na ampliação da rede de atenção à saúde mental no Estado, em João Pessoa, a política de redução progressiva dos leitos psiquiátricos ainda é preocupante, uma vez que na cidade só há um Serviço Residencial Terapêutico, para acolher as pessoas egressas dos hospitais, que perderam o vínculo familiar e não possuem renda.

Na Paraíba, existem 16 Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo apenas um na capital, onde ainda permanecem três hospitais psiquiátricos em funcionamento, e a demanda por esse dispositivo, devido ao seu número de habitantes, é bem maior que a dos outros municípios, fato que demonstra seu descompasso em relação às demais cidades paraibanas, em que as metas da reforma psiquiátrica já obtiveram melhores resultados. Em Campina Grande, cidade de menor porte, por exemplo, há seis Residências Terapêuticas implantadas. Os outros Serviços Residenciais Terapêuticos do Estado estão distribuídos nos municípios de Sousa, Boqueirão, Piancó e Juazeirinho.

A implementação de Serviços Residenciais Terapêuticos surge, nesse contexto, como um componente importante da política de saúde mental para a superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Tão importante quanto observar a quantidade de Residências implantadas e de leitos reduzidos nos hospitais é apurar se esses serviços estão contribuindo com o processo de reinserção social de seus moradores.

Nesse sentido, procuramos fazer uma análise desse modelo de moradia, observando as relações que estão sendo construídas tanto no âmbito institucional da rede a que o serviço está vinculado quanto na comunidade em que está inserido. O estudo da implantação e da

condução dessa política, em João Pessoa, pode ser um importante instrumento para o delineamento dos programas e das políticas públicas de saúde mental no município e no Estado.

Dada à implicação do nosso objeto de pesquisa, optamos por realizar um estudo qualitativo de tipo etnográfico, tendo como foco o Serviço Residencial Terapêutico do Alto do Céu, que abriga hoje sete mulheres egressas do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira. A combinação da pesquisa qualitativa com o trabalho etnográfico possibilita uma ampliação do campo empírico para a coleta de dados, que vai além dos questionários e dos relatos exclusivos dos informantes, permitindo um olhar mais completo do objeto.

Para compreender a experiência de vida extramuro dessas moradoras e captar as expressões da vida cotidiana, em sua dimensão mais complexa, não seguimos métodos ou fórmulas rígidas, mas diferentes combinações técnicas de coleta de dados e de observação, tais como: entrevistas abertas e semiestruturadas para cada grupo específico de sujeitos (cuidadores, profissionais da saúde, gestores, vizinhos e usuários); diário de campo para as observações da rotina, tanto no Complexo Psiquiátrico quanto na Residência, e consultas aos arquivos do Complexo. Essas técnicas foram interligadas e utilizadas de acordo com as necessidades imediatas a partir da imersão gradativa no campo.

No primeiro capítulo, abordamos a institucionalização da loucura como doença, dentro de um novo ordenamento social e moral, que se delineia com o advento da era moderna, discutindo o isolamento e o tratamento médico a que foi submetido o indivíduo considerado louco, destacando a crescente produção de refugo humano como uma das consequências da modernidade e a necessidade de se pensar sobre o destino e os direitos dessas pessoas.

No segundo capítulo, apresentamos o percurso metodológico, a delimitação do objeto de pesquisa e abordamos a situação geral das políticas de saúde mental na cidade de João Pessoa, onde está inserida a Residência Terapêutica, nosso objeto de estudo.

No terceiro capítulo, contextualizamos a origem da reforma psiquiátrica e tecemos breves considerações acerca de algumas estratégias internacionais de desinstitucionalização. Na sequência, enfatizamos a propagação das propostas da reforma no Brasil e o seu desdobramento por meio da luta contra os manicômios com a implantação dos serviços substitutivos extra-hospitalares.

O quarto capítulo traz uma abordagem a respeito da chegada desses serviços ao Estado da Paraíba, apresentando sua situação no cenário nacional, com destaque para as alternativas extra-hospitalares e a redução do número de leitos na cidade de João Pessoa.

No quinto capítulo, observamos e analisamos as trajetórias de vida das moradoras do SRT, ao mesmo tempo em que comparamos suas rotinas no Complexo Psiquiátrico onde moravam com a nova rotina na Residência Terapêutica, e analisamos a experiência de morar fora do hospital, depois de vários anos de internação.

1 O "FEIO" E O "BELO" NA CIDADE JARDINEIRA

> *"Sempre haverá um número demasiado deles. 'Eles' são os sujeitos dos quais devia haver menos – ou, melhor ainda, nenhum. E nunca há um número suficiente de nós. 'Nós' são as pessoas das quais deveria haver mais".*
>
> *(BAUMAN, 2005, p.47)*

1.1 ADVENTO DA ERA MODERNA: O ESPAÇO URBANO COMO ARENA DE SEGREGAÇÃO

A institucionalização da loucura como doença está intimamente ligada a um novo ordenamento social que se delineia com o advento da era moderna. Esse novo contexto vai requerer, aos poucos, um cenário que, gradativamente, delimitará espaços de segregação para determinados fenômenos como o crime, a loucura, a doença e a morte, dos quais nos deteremos, mais especificamente, na questão da estigmatização da loucura.

A origem do manicômio, da constituição da psiquiatria como saber médico especializado, e da loucura, percebida como doença mental, são acontecimentos relativamente recentes na história da humanidade. Até o Século XIX, a loucura não havia sido de fato associada a uma doença. O indivíduo considerado louco não era visto como uma pessoa doente, que precisava de tratamento e de assistência médica. Nessa época, os hospitais não eram instituições exclusivamente médicas, pois funcionavam como entidades religiosas de assistência a toda sorte de necessitados, tais como: doentes venéreos, pobres, soldados e forasteiros. Os estabelecimentos que existiam serviam, ao mesmo tempo, para acolher os doentes e os "desviados", portanto, ficava difícil distinguir hospitais, albergues e prisões. Por não ser ainda percebido como um doente, o louco vagava pelas ruas, completando o cenário desordenado das cidades, junto com mendigos e ladrões (MACHADO, 2001).

Até a época do Renascimento, os chamados loucos faziam parte das paisagens da cidade, e a loucura era vista como transcendência ou enunciação da verdade e muito importante para a noção de razão, de forma que "percebia-se loucura na sabedoria e sabedoria na loucura" (OLIVEIRA, 2002, p.24). Do Século XVII em diante, com a passagem do sistema feudal para o capitalista, em meio às crises econômicas provocadas por essa lenta transição, vários países da Europa vão tentar ordenar suas cidades, que cresciam, cada vez mais, com inúmeros problemas sociais. Uma das tentativas das autoridades para manter a ordem em meio ao caos que se instalava nas cidades foi enclausurar todo tipo de indivíduo destoante da sociedade, como mendigos, alcoólatras, hereges, libertinos, doentes e loucos[1].

O novo sistema social e econômico que se formava na Europa, ao longo desse processo, extirpava todos os que não podiam ou não tinham como fazer parte da máquina produtiva capitalista. Assim, restava aos mais pobres apenas a condição de assalariados ou de mendicantes que, com isso, passavam a constituir uma verdadeira ameaça à segurança e à higiene das cidades europeias.

Dentro desse novo contexto, como uma tentativa de ordenar as condições do espaço urbano, a "teoria da higiene" ganhou consistência para definir os critérios do bom e do mau comportamento. Assim, as cidades passaram a se constituir como os principais cenários de segregação social e de normalização do cotidiano da vida pública e privada.

De acordo com as novas regras de convivência, novos espaços diferenciados de poder e padrões sociais foram delineados. Diante de tais circunstâncias, Elias (1994) aponta para a tendência do policiamento do outro, para o próprio policiamento como uma forma de autocontrole que vai sendo internalizada. Os indivíduos tiveram que aprender a lidar com o controle das pulsões e com a desnaturalização das funções corporais.

[1] Esse papel de controle social para a defesa da ordem foi sendo ocupado pela Medicina a partir do Século XIX (FOUCAULT, 1993).

Assim, com a crescente divisão do trabalho e das funções, passam a ser mais exigentes consigo mesmos para cooperar com o grupo do qual faziam parte, reprimindo seus instintos e valorizando o autocontrole. Com isso, uma pressão constante avança à medida que crescem a competição e o desejo de serem aceitos. O controle social adquire uma crescente importância dentro da nova ordem que se forma:

> Nesse momento, a situação muda. Aumenta a coação exercida por uma pessoa sobre a outra e a exigência de 'bom comportamento' é colocada mais enfaticamente. Todos os problemas ligados a comportamento assumem nova importância (ELIAS, 1994, p. 91).

Diante dessa afirmação, podemos entender que o sentido de desvio dado à doença fez parte, também, de todo um processo de transformação dos costumes, com a chegada da modernidade e suas tendências otimistas e promissoras. Entretanto, essa mudança no jeito de viver da sociedade não podia nem devia ser justificada apenas por uma questão de poder social ou econômico. Não se podia negar a importância dos novos sentimentos de sensibilidade que emergiam, instigados por uma grande transformação estrutural que acompanhava a evolução dos costumes. As mudanças que ocorrem nas esferas da vida social desencadeiam, aos poucos, novas formas de sentimento e aumentam o nível de sensibilidade, de repugnância e de embaraço. Os gestos ou as atitudes que outrora pareciam banais aos olhos de todos passavam, gradativamente, a ser interpretados como estranhos e inaceitáveis. (ELIAS, 1994).

À medida que começa a se expandir e atingir outros segmentos, a sociedade civilizada tende a se tornar cada vez mais uniforme, por meio da força ou da assimilação. Os que não se enquadram dentro desse processo de normalização ou, simplesmente, recusam-se a seguir os bons costumes vão ser caracterizados como estranhos, bizarros ou delinquentes. Para uma cultura que está se consolidando e se tornando cada vez mais preponderante, conviver com a diferença é algo muito complexo. Em outras palavras, ao modificar suas regras de convívio e

estabelecer seus padrões de decoro e de beleza, ao se "higienizar", a sociedade define suas impurezas, sua sujeira, seus próprios estranhos.

Bauman (1998, p.13) reflete sobre os rumos que tomaram o sonho de higienizar ou purificar a sociedade e se reporta à exclusão que pode ser gerada contra tudo o que seja considerado estranho e, consequentemente, impuro[2]. Quando a sociedade cria seus padrões de normalidade e de conduta, fortalecendo-os através do autocontrole das pulsões, estabelece uma ordem social, procurando afastar, controlar ou eliminar o que está fora do lugar. Em função disso,

> Os seres humanos precisam ser obrigados a respeitar e apreciar a harmonia, a limpeza e a ordem. Sua liberdade de agir sobre seus próprios impulsos deve ser preparada. A coerção é dolorosa: a defesa contra o sofrimento gera seus próprios sofrimentos (BAUMAN, 1998, p. 8).

Bauman compreende a modernidade como um tempo marcado pelo desejo e pela busca da ordem que deve ser imposta ao mundo natural e social. Embora o simples ato de dividir ou separar pareça ser puramente epistemológico, o poder nele se expressa de forma ativa, ainda que meio oculta, onde "a falsa simetria dos resultados encobre a assimetria de poder que é a sua causa" (BAUMAN, 1999, p.22). Aludindo aos primeiros anos da Idade Moderna, Bauman dá-nos um exemplo bastante elucidativo a respeito do desejo da sociedade de afastar seus estranhos, quando faz referências às autoridades citadinas que recolhiam os loucos, depositavam-nos nas *Narrenschiffen* (naus dos loucos) e jogava-os ao mar à própria sorte. Nesse sentido, eles, os loucos, representavam para a sociedade que os rejeitava '"uma obscura desordem, um caos movediço (...) que se opõe à estabilidade adulta e luminosa da mente'; e o mar

[2] Para Bauman, a partir do momento em que a busca da pureza não se constitui apenas no cuidado com a higiene do corpo ou da casa, mas tem como premissa a previsão e a manutenção da ordem, ela adquire uma significação política e social, que acarreta terríveis consequências para o convívio humano, como atos de exclusão ou extermínio. A luta contra a sujeira, nesse sentido, converte-se em um combate contra determinadas categorias de seres humanos, estando implícita, por exemplo, na questão dos loucos, do holocausto e de várias disputas étnicas e sociais (BAUMAN, 1998, p. 17).

representava a água, que 'leva desse mundo, mas faz mais: purifica"' (FOUCAULT APUD BAUMAN, 1998, p. 13).

A relação entre a construção da ordem, através da luta contra as impurezas e o combate aos estranhos, coincide com o advento da era moderna. Assim, vai se constituindo um higienismo não apenas médico, mas também político e social, por meio de uma rotina que tende a se converter em sujeira para ser eliminada em nome de uma nova pureza. A valorização da uniformidade é compreensível, em uma época de especulações e incertezas. A desconfiança e a insegurança passam a constituir um cenário da modernidade, bem distinto do que preconizavam as utopias modernas, que aspiravam estabilidade e transparência. É por isso que, para Bauman,

> (...) não é de surpreender, que as pessoas do lugar, em toda a parte e em todos os tempos, em seus esforços frenéticos de separar, confinar, exilar ou destruir os estranhos, comparassem os objetos das suas diligências aos animais nocivos e às bactérias. Não é de surpreender, tampouco, que comparassem o significado de sua ação a rotinas higiênicas; combateram os 'estranhos', convencidos de que protegiam a saúde contra os portadores de doença (BAUMAN, 1998, p. 19).

Assim, a sociedade, o Estado e a ciência vão criando seus "padrões jardineiros" ao decidirem o que vai ser cultivado e o que vai ser extirpado desse meio como erva-daninha. As leis do mundo natural das plantas e dos animais passam a ser aplicadas e testadas com seres humanos. Nesse sentido, a seleção, a classificação, a pureza e a perfeição serão os elementos com os quais a medicina, por exemplo, irá se servir estrategicamente como "fiel jardineira" da modernidade:

> A jardinagem e a medicina davam os arquétipos da postura construtiva, enquanto a normalidade, a saúde e o saneamento forneciam as arquimetáforas para as tarefas e estratégias humanas na condução dos negócios humanos. A existência e a coexistência humanas viraram objeto de planejamento e administração; como plantas no jardim ou um organismo vivo, não podiam ser abandonadas à própria

> conta, do contrário seriam infestadas de ervas daninhas ou destruídas por tecido cancerígeno. A jardinagem e a medicina são formas funcionalmente distintas da mesma atividade de separar elementos úteis destinados a viver e prosperar, isolando-os de elementos perigosos e mórbidos que devem ser exterminados (BAUMAN,1998, p. 49).

A medicina, a partir do final do Século XVIII em diante, ancorando-se em uma espécie de mandato social, vai desempenhar uma função medicalizadora para lutar contra as epidemias, em um primeiro momento, e, posteriormente, combater a desordem social e o perigo que ela poderia representar para o bom funcionamento das cidades. As escolas, os quartéis, as prisões, os cemitérios, os bordéis, as fábricas, os hospitais, os hospícios, tudo o que diz respeito ao social, passa a ser de interesse dos médicos que vão fazer parte das novas estratégias políticas de controle dos indivíduos e da população (FOUCAULT, 1993).

Ao mandar desacorrentar os loucos que viviam presos de forma desumana no Hospital Bicêtre em Paris, no final do Século XVIII, o médico francês Philippe Pinel inicia uma experiência nova, dando um passo importante para a consolidação de uma observação sistemática da loucura pelo saber médico. Daí em diante, a loucura passaria a ser codificada com o novo status de doença mental, em um espaço especificamente reservado para sua observação e estudo. Assim, instituía-se não apenas a doença, mas também o lugar a ela reservado, onde se desenvolveriam os saberes psiquiátricos e suas técnicas (OLIVEIRA, 2002).

Segundo Guimarães (2001), as argumentações de Pinel sobre a institucionalização da loucura tinham como base fundamental o isolamento como possibilidade terapêutica de cura e como método investigativo mais adequado para observar e compreender as manifestações da doença, conforme atesta:

> O isolamento semelhante ao estado *in vitro*, afasta as influências maléficas e a contaminação. O afastamento serve para identificar diferenças entre os objetos. Distinguir os 'mansos' dos 'agitados', os 'melancólicos' dos 'sórdidos' e 'imundos', os 'suicidas', ou seja, esquadrinhar cada tipo

> classificável, evitando que sua convivência agrave seu estado. O hospício, através do isolamento terapêutico, permite a possibilidade da cura e do conhecimento da loucura a um só tempo. O isolamento é ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato de conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional) (GUIMARÃES ET AL, 2001, p. 04).

A medicina do asilo, assim como a do hospital, teria, entre suas maiores funções, a de descobrir e revelar a verdade da doença, para trilhar o caminho da cura e trazer o internado de volta à conduta regular. No início do Século XIX, o modelo de relação terapêutica como relação de tutela, legitimado por um estatuto jurídico-administrativo, criou um tipo de assistência e de tratamento no qual o louco não era considerado como um cidadão livre de direito[3]. Sua única garantia legal era um internamento cujas características eram bem parecidas com as de uma prisão. Apesar de não ser visto como um criminoso, o louco era considerado um indivíduo perigoso para a sociedade. Nesse sentido, o internamento ultrapassava a questão da assistência e se convertia, também, em uma espécie de prevenção do que o internado poderia causar à sociedade.

Assim, a psiquiatria e o asilo se legitimavam com uma missão muito importante para a sociedade moderna, que se desenvolvia tendo como base filosófica o positivismo e os princípios da razão e da ciência. Essa missão teria como meta colaborar com a manutenção da ordem, tutelando os indivíduos considerados loucos ou alienados, já que eles não eram vistos como sujeitos de direitos, pois não seriam capazes de cumprir com as novas normas sociais necessárias ao desenvolvimento econômico nem

[3] A lei de 1838 regulamentou o regime dos alienados na França, estabelecendo diferenças entre o louco, o cidadão e o criminoso. O cidadão é digno de liberdade, por ser considerado responsável e temente às leis. O criminoso, como um transgressor das leis e consciente de seus atos, deve ser punido com a prisão. O louco ganha o estatuto de menor ao ser-lhe dirigida uma assistência tutelada pelo psiquiatra, sob a justificativa de que não poderia ser responsabilizado por seus atos devido à sua patológica ausência de razão. Esse tipo de estatuto se tornou predominante em vários países do mundo, inclusive no Brasil (OLIVEIRA, 2002).

com as regras mínimas de convívio social, uma vez que não poderiam se responsabilizar por sua conduta (DESVIAT, 1999, p. 18).

Sob a ótica do estigma, o internamento não representou um papel negativo de exclusão, mas um papel positivo de organização, pois se pautava em uma forte exigência moral, que procurava moldar os comportamentos. Em vista disso, a loucura foi instituída no horizonte social da pobreza e adquiriu, no decorrer do Século XIX, o estigma da incapacidade para o trabalho. O louco passou a ser visto como um peso morto para a produção econômica e um adorno tosco, de mau gosto, que não se encaixava no novo cenário social das cidades.

Ao longo da história, o louco foi percebido e tratado de forma estereotipada: durante a Idade Média, como uma espécie de herdeiro da lepra; na Era Clássica, como uma experiência de morte e de desatino, associada ao crime e à perversão; na Modernidade, como um indivíduo improdutivo e sem direitos (FOUCAULT, 2004). As normas, as leis e os éditos criados pelos homens pareciam tentar achar uma saída para os desviantes, diante de uma incômoda realidade que persistia em dizer: "Não podes fazer parte da sociedade, porém não és um sonho, aqui estás. Que fazemos contigo?" (FERRE, 2001, p.200). Nesse sentido, fazer uma leitura histórica sobre a percepção da loucura como doença é desnudá-la também como um problema social.

1.2 MONÓLOGO DA RAZÃO: A INSTITUIÇÃO COMO UM JARDIM DE OBSERVAÇÃO

Até meados do Século XX, o internamento era a única resposta ao problema da loucura. Ao longo desses anos, o louco foi tutelado e submetido ao tratamento moral. O fator que contribuiu para isso foi o sentido terapêutico dado ao isolamento, pois, ao mesmo tempo em que o paciente era isolado para tratamentos e exames, a instituição evitava qualquer contato exterior que pudesse ser uma influência maléfica e agravar ainda mais a situação do internado. Esse princípio se fundava na ideia de que, para tratar, era preciso conhecer e, para conhecer, era

imprescindível retirar quaisquer influências externas, fosse do meio ambiente ou do meio social (GUIMARÃES et. Al, 2001).

Esse método trouxe, posteriormente, várias questões que redundaram em críticas à psiquiatria, tais como: A observação *in vitro* não deturparia a natureza da doença? Os procedimentos não estariam limitados a uma interpretação simplesmente orgânica? O tratamento não deveria ir além dos sintomas para buscar respostas nos próprios sujeitos? Para Foucault, por exemplo, a linguagem da psiquiatria tornou-se algo como um monólogo da razão sobre a loucura. A psiquiatria se constituiu sob a responsabilidade de produzir a saúde moral da sociedade. O seu discurso, assim como o da ciência em geral, tornou-se uma referência legítima que passou a ocupar um lugar privilegiado no meio social. O hospital e o asilo tornaram-se, gradativamente, lugares privilegiados de exercício do saber e do poder médico (FOUCAULT, 2004).

A institucionalização da loucura tornou-se, enfim, uma regra geral, e os alienados agora dispunham de um estabelecimento particular, exclusivamente a eles consagrado, em um projeto que funcionaria - fazendo alusão à Foucault (2004, p.191) - como um jardim de manutenção e observação de espécies patológicas. A alienação era entendida como um distúrbio das paixões e tinha como prescrição para a sua cura um tratamento baseado em uma reeducação moral. Para tornar-se novamente um sujeito de direito, o louco era obrigado a se submeter a um processo pedagógico-disciplinar, a fim de recuperar a razão. Afastar-se de seu meio em busca da cura seria a condição necessária para conseguir, posteriormente, a restituição da sua liberdade.

Os asilos herdaram das casas de internamento[4] - que funcionavam como um espaço de reclusão para a grande população de miseráveis da Europa - as funções de excluir e corrigir. O que mudou, na verdade, foi

[4] As primeiras alternativas para o controle e o recolhimento dos indigentes e doentes das ruas foram as Casas de Internamento, onde os loucos eram trancafiados entre doentes, pervertidos e criminosos. Lá deveriam permanecer até que ficassem "úteis" ou "bons", o que evidenciava o despontar de uma conotação ou associação da loucura com o crime e o vício (DESVIAT, 1999).

apenas a reestruturação do espaço físico e sua clientela, agora separada e classificada. Por meio do isolamento nos asilos, o louco teria, assim, a possibilidade de curar a sua doença e passaria a se identificar, através de seu próprio esforço, com o paradigma de normalidade aceito pela sociedade. Assim, a solução para "a liberação da loucura é [seria] a morte de si como louco, pela violenta apropriação da figura exterior e imposta do outro racional e normal" (HIRANO, 1992: 253).

Para Goffman (2005), o asilo é, antes de tudo, um lugar de tratamento moral pautado em leis, obrigações e constrições. Assim como as escolas, as prisões, os conventos e as instituições militares, os asilos e os manicômios são também instituições onde ocorrem relações de hierarquia e dominação. Ele estabelece entre essas instituições várias características comuns em suas tendências de fechamento e as denomina como instituições totais[5]. Em outras palavras, quando uma organização burocrática controla as necessidades humanas de vários indivíduos, ao mesmo tempo em que todos os aspectos de suas vidas são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade, ela pode ser considerada como uma instituição total.

Para Basaglia (1985), exemplos dessa natureza podem se estender às várias instituições na nossa sociedade, como a família, a escola, a universidade e o hospital, uma vez que essas organizações se caracterizam por uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho, que separa, de forma classificatória e hierárquica, os que têm o poder e os que não o têm. Essas instituições podem ser definidas como instituições da violência, pois traduzem, na base de suas relações, uma situação de opressão e exclusão através da propriedade do poder.

O manicômio se encaixa nas características supracitadas pela capacidade de abrangência que ele ocupa em todos os níveis da vida do internado. Ele comporta toda uma estrutura de poder, montada

[5] "Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e de trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada" (GOFFMAN, 2005, p.11).

hierarquicamente, que vai desde o médico, como a autoridade maior e soberana, até a equipe de assistentes, enfermeiros e funcionários a ele submetidos. Ao ser internado, o indivíduo passa por um processo doloroso de mortificações do eu, como degradações, constrições e humilhações. Esse processo, segundo Goffman (2005), é relativamente padronizado nas instituições totais. Receber visitas ou sair do estabelecimento é estritamente proibido. A barreira que é criada entre o mundo externo e o sujeito internado constitui uma primeira forma de mutilação do eu, fazendo com que o indivíduo perca a referência de uma série de papéis que representava fora do asilo.

O novato passa por um processo de admissão através do qual é enquadrado e codificado como um objeto, porquanto suas bases anteriores de autoidentificação são ignoradas. É destituído de seus bens, deve usar apenas as roupas da instituição, tem seu corpo desinfetado e o cabelo cortado. Ou seja, assim como os demais, ele é padronizado e despido de sua aparência usual, pois não pode mais controlar a maneira de apresentar-se diante dos outros. Existe todo um ritual que o faz perde, gradativamente, o controle sobre sua vida, desde as coisas mais corriqueiras, como fumar um cigarro ou usar o telefone, até as mais importantes, como a perda da privacidade e do poder de escolha pessoal. Quando há visitas, por exemplo, os internados não podem evitar que sejam vistos em circunstâncias constrangedoras e humilhantes. Esse tipo de mortificação do eu também ocorre quando "precisa participar de atividades cujas consequências simbólicas são incompatíveis com sua concepção de eu e (...) é obrigado a executar uma rotina diária de vida que considera estranha a ele – aceitar um papel com o qual não se identifica" (GOFFMAN, 2005, p. 31).

A vida do paciente é constantemente invadida pelas intervenções da equipe dirigente e, através de regulamentos ou julgamentos, os seus atos estão sempre sendo vigiados, controlados e direcionados de acordo com o interesse ou entendimento terapêutico da instituição. A submissão ao trabalho, definido como um divisor do tempo, é uma das principais

normas terapêuticas do manicômio, que Machado (2001) chamou de terrível máquina de curar. Em vista disso, o indivíduo observado deve fazer um esforço persistente para colaborar, a fim de que não tenha que enfrentar problemas que possam prejudicá-lo sob forma de sanções. Segundo Goffman, "podemos esperar que os internados, sobretudo os novos, vivam com angústia crônica quanto à desobediência às regras e suas consequências" (GOFFMAN, 2005, p. 45).

Ocorrem, ainda, atos da equipe dirigente do asilo diretamente contra o corpo do internado, tais como: castigos, terapia de choque e cirurgias, que passam a nutrir nele um sentimento de insegurança quanto à garantia de sua integridade física. Ao praticar um simples ato contestatório, ou até mesmo agressivo contra a situação de objetivação e degradação em que se encontra na instituição, o internado é reprimido, e suas atitudes são vistas como sintomas da doença que precisam ser contidos, e não, como uma manifestação de descontentamento ou sofrimento da pessoa que se rebelou. Todo esse processo descrito acima compõe a chamada carreira moral do doente mental com fases de adaptação, apatia e socialização, que variam conforme a reação de cada interno à sua nova rotina[6].

É enclausurando e excluindo o doente, por trás dos muros do manicômio, que a psiquiatria clássica demonstra sua falência. O diagnóstico assume um valor de rótulo que codifica e condiciona o doente em um estado discriminatório permanente. O internamento doma o indivíduo, transformando-o em um corpo institucionalizado que luta de várias formas para reconquistar seu corpo próprio, conforme atesta Basaglia:

> Coagido a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedades são a regra, o homem, seja qual for o seu estado mental, se objetiviza gradualmente nas leis do

[6] O indivíduo internado pode, no entanto, desenvolver uma espécie de contrapoder, diante da possibilidade de obter algumas regalias ou pequenas conquistas por meio extraoficial de trocas e condutas, através de um "sistema de privilégios" (GOFFMAN, 2005, p. 51).

> internamento, identificando-se com elas. Assim a sua couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: é o último recurso pessoal que o doente, assim como o internado, opõe, para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído (BASAGLIA, 1985, p. 120).

Diante de tal situação, uma vez internado, o indivíduo não sabe como enfrentar a realidade que o cerca no manicômio, e isso faz com que ele se entregue a certa relação de passividade com o psiquiatra, que não estimula uma relação de troca. É nesse contexto em que o diagnóstico psiquiátrico assume um sentido de rotulação e contribui para que sua aplicação no tratamento não seja de caráter terapêutico, mas valorativo[7]. Em meio a esse processo, o indivíduo é posto entre parênteses, ou seja, ele é desconsiderado para que seja possível observar, entender e classificar a doença de uma forma mais prática, como em uma fórmula científica (BASAGLIA, 1985).

Nesse sentido, concordamos com Oliveira (2002), no tocante às suas considerações a respeito das primeiras contradições do tratamento psiquiátrico. Como é que, no asilo, um lugar, por excelência, destinado aos loucos, a loucura não pode se manifestar? Como esse tipo de prática médica pode conseguir compreender a linguagem do seu objeto se ele é impedido de se expressar? São questões dessa natureza que suscitarão importantes críticas nas discussões a respeito desse modelo de assistência, que predominou durante mais de um século e meio.

As práticas psiquiátricas construídas entre os muros do manicômio, ao longo de toda a trajetória de institucionalização da loucura, não conseguiram êxito de uma maneira geral. O isolamento demonstrou que a

[7] De acordo com Foucault, "Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do Século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições, como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns dos seus doentes, 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 a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado" (FOUCAULT,1993, p.122).

perda dos papéis sociais acarreta uma espécie de despersonalização no internado, que vai, gradativamente, ficando inerte, sem vontades nem estímulos. Nessa situação, a doença tende a se cronificar, fazendo com que, na maioria das vezes, ao sair da instituição, o ex-interno não tenha condições de retomar sua vida. Os sentimentos do internado, quando ele está prestes a sair da instituição, geralmente são dominados pelo medo de como serão recebidos de volta em seu meio. A maioria dos que passam por uma extensa internação, ao ser liberada, não tem noção de como deve recomeçar. Como na fábula oriental descrita por Basaglia, em que um homem, ao engolir uma serpente, torna-se refém dos seus desejos por um longo período e perde a capacidade de desejar e agir autonomamente, de tal modo que, ao ver-se livre do seu domínio, não sabe como usufruir da liberdade. Isso porque "(...) 'junto com a serpente, saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro', e não lhe restava mais do que conquistar, pouco a pouco, o antigo conteúdo humano de sua vida" (BASAGLIA, 1985, p.132).

A fábula permite, assim, uma analogia bastante simbólica. O internado incorpora involuntariamente a instituição psiquiátrica, que o destrói de maneira semelhante à relação entre a serpente e o homem. Para Basaglia (1985:133), "(...) somos todos escravos da serpente, e se não tentarmos destruí-la ou vomitá-la, nunca veremos o tempo da reconquista do conteúdo humano de nossa vida". Somos também absorvidos pela serpente, na medida em que não fazemos nada para mudar a situação de quem sofre com seus malefícios. Em vista disso, uma discussão sobre o tratamento dispensado às pessoas com transtornos mentais, em nossa época, faz-se necessária, não somente para que compreendamos as relações sociais que, sob a ótica do isolamento e do estigma, estabelecem-se, mas também para colocarmos em evidência os conflitos e as consequências que neles se fundam, como veremos a seguir.

1.3 PARA ONDE CAMINHA O “REFUGO HUMANO”?

A luta pela sobrevivência, em meio à intolerância, às guerras e às crises de mercado, deixa cada vez mais evidente a fragilidade da convivência entre os seres humanos em um mundo globalizado. O número de desempregados, ex-presidiários, refugiados de guerra, inválidos e mendigos é cada vez maior e inversamente proporcional ao espaço disponível para sua sobrevivência na sociedade. Esses são os seres humanos considerados redundantes, que carregam uma marca, um estigma difícil de ser ignorado pela sociedade. Ser redundante é ser dispensável ou desnecessário. É estar entre no refugo, que pode desafiar a ordem social.

Bauman (2005) faz uma importante reflexão sobre a sociedade contemporânea e seus novos desafios, à luz das consequências da globalização. Abordando a questão da crescente produção de refugo humano, ele evidencia sua preocupação com a chegada da modernidade e os rumos tomados pela globalização. Ele afirma que (2005, p.12) que “nosso planeta está cheio”, e a construção da ordem e do progresso econômico trouxeram como efeito colateral a produção de pessoas refugadas, ou seja, que estão à margem dos seres humanos considerados úteis e desejados.

O progresso científico e econômico e a busca pela perfeição e pela beleza fizeram com que as civilizações modernas crescessem sempre de forma desproporcional à sua satisfação. Não foi apenas a relação do homem com a mercadoria que se tornou efêmera e fez com que todos os produtos a serem consumidos rapidamente se tornassem obsoletos. O relacionamento entre as pessoas também se configurou frágil, volúvel, líquido. Assim como produzimos e nos livramos facilmente do lixo que consumimos da forma mais rápida possível, descartando e evitando a redundância do objeto que se torna desnecessário, transferimos esse tipo de relação para as demais esferas da vida em sociedade, de ser humano para ser humano. Refugo e redundância passaram a ter outras variantes,

além do lixo doméstico e industrial, abrangendo também o homem. É nesse sentido que Bauman afirma:

> Ser 'redundante' significa ser extranumerário, desnecessário, sem uso (...) não há uma razão auto-evidente para você existir nem qualquer justificativa óbvia para que você reivindique o direito à existência. (...) 'Redundância' compartilha o espaço semântico de 'rejeitos', 'dejetos', 'restos', 'lixo' – com *refugo*. O destino dos desempregados, do 'exército de reserva da mão-de-obra', era serem chamados de volta ao serviço ativo. O destino do refugo é o depósito de dejetos, o monte de lixo (BAUMAN, 2005, p.20).

Parece não haver locais suficientes para o despejo do "lixo humano" produzido constantemente de forma tão acelerada pela sociedade de consumo. A crise de remoção a que se refere Bauman gera uma crescente preocupação para o Estado e a sociedade: "Um espectro paira sobre os habitantes do mundo líquido-moderno e todos os seus esforços e criações: o espectro da redundância. A modernidade líquida é uma civilização do excesso, da superfluidade, do refugo e de sua remoção". (BAUMAN, 2005, p.120)

Os que não se ajustam às novas exigências impostas pelo mercado são os párias do sistema produtivo e caem, de forma impotente, na esteira veloz dos refugados. Consideradas inúteis e redundantes, essas pessoas passam a constituir uma possível ameaça à ordem existente e um incômodo obstáculo que precisa ser removido. É necessário evitar a convivência com os excluídos, posto que eles passam a ser associados ao perigo e ao crime. Mas, qual é a saída para esse problema da remoção do refugo humano? Quais serão os depósitos, as latas de lixo onde poderemos escondê-los de forma segura? Quem serão os esperados heróis coletores de lixo da modernidade, que irão redefinir e reforçar o limite de fronteira entre os repulsivos e desejáveis, anormais e normais, doentes e saudáveis? A resposta para essas questões é um dos maiores desafios para a sociedade contemporânea.

Segundo Bauman, as estratégias de ingerência mais comuns, utilizadas como instrumentos para confrontar esse problema, não são mais satisfatórias, e os possíveis novos artifícios políticos articulados para a remoção dessa parcela redundante da população devem ter uma tendência ainda mais excludente. Uma tendência que os condena à biodegradação:

> (...) as prisões, como tantas outras instituições sociais, passaram da tarefa de reciclagem para a de depósito de lixo. Foram realocadas para a linha de frente a fim de resolver a crise que atingiu a indústria da remoção de lixo, em consequência do triunfo global da modernidade e da nova plenitude do planeta. Todo lixo é em potencial venenoso – ou pelo menos, definido como lixo está destinado a ser contagioso e perturbador da ordem adequada das coisas. Se reciclar não é mais lucrativo, e suas chances (ao menos no ambiente atual) não são mais realistas, a maneira certa de lidar com o lixo é acelerar a 'biodegradação' e decomposição, ao mesmo tempo isolando-o, do modo mais seguro possível, do hábitat humano comum (BAUMAN, 2005, p.108).

Diante das incertezas e das frustrações encontradas no percurso da modernidade, o homem não conseguiu impedir a proliferação do medo e sua insegurança existencial, visto que o progresso da ciência e o desenvolvimento econômico em escala global trouxeram consigo muitos novos desafios, entre os quais estão o medo do que as pessoas excluídas ou refugadas possam trazer com sua presença e seu infortúnio e o próprio sentimento que elas despertam em toda a sociedade.

A necessidade de ser aceito na sociedade e de se manter útil desencadeia uma série de novos tipos de doenças, tais como: transtornos obsessivos compulsivos, anorexia, bulimia, toxicomanias, depressões e muitas outras que não somente afetam a saúde mental da população como também levam ao internamento, ao abandono e, até, ao suicídio. Sobreviver não significa apenas ter a capacidade de resistir aos obstáculos e às flutuações da esfera econômica, mas também, sobreviver a si mesmo e ao outro. O outro, que é diferente de nós, mas, ao mesmo tempo, põe-

nos diante do espelho e nos faz enxergar a instabilidade a que estamos sujeitos. Essa instabilidade termina por despertar o medo de se tornar redundante e de uma possível viagem rumo à sucata (BAUMAN, 2005).

Ao se tornar redundante, o indivíduo é fortemente estigmatizado. Para Goffman (1988), o processo de estigmatização ocorre através de uma relação entre atributos depreciativos e estereótipos conferidos por meio de "contatos mistos", ou seja, em situações sociais nas quais pessoas consideradas normais e pessoas consideradas estigmatizadas se encontram diretamente na presença umas das outras.

Na antiguidade clássica, o termo estigma era utilizado para se referir ao desonroso status moral do indivíduo que apresentasse no corpo uma marca feita com fogo ou corte, como forma de punição por algum crime ou mesmo por ser escravo. Essa marca expressava, simbolicamente, que aquela pessoa era indigna de respeito e merecia ser excluída ou evitada em lugares públicos. Na era cristã, o termo passou a ser empregado em alusões religiosas e médicas, em dois sentidos diferentes: no primeiro, havia uma conotação sagrada que interpretava os sinais surgidos sobre a pele como graça divina, que tomavam forma de flor em erupções. No segundo, os sinais corporais eram entendidos como um distúrbio físico. Hoje, a despeito de suas diferentes abordagens, o termo estigma é empregado no sentido pejorativo, de forma semelhante à acepção original dos gregos, porém é mais direcionado a um infortúnio ou adversidade pessoal do que a um sinal corpóreo de denúncia de status social inferior (GOFFMAN, 1988).

Para estar inserido na sociedade, o indivíduo deve satisfazer a uma série de normas e requisitos associados a qualidades morais, físicas e intelectuais, que lhes são impostas. Partindo desse pressuposto, o significado atribuído hoje ao termo estigma, estudado por Goffman (1988), permite uma aproximação com a categoria de refugo humano utilizada por Bauman (2005), para se referir às pessoas que não são ou não conseguem ser plenamente aceitas na sociedade por vários motivos

como: algum tipo de fracasso profissional, deficiência física ou mental e diferença cultural.

Ao refletir sobre a modernidade, Giddens (2002) põe em evidência algumas questões importantes para compreendermos quais os processos que levaram à segregação da experiência[8]. Analisando os princípios morais existentes em sociedades de épocas diferentes, ele discute a importância desses valores na vida dos indivíduos.

O autor refere que (2002), nas sociedades pré-modernas ou tradicionais, os indivíduos detêm toda uma referencialidade externa, que influencia na construção de sua autoidentidade: a família, os amigos, o lugar onde nasce, cresce e passa pelos rituais ordinários da vida em comunidade. Esse tipo de sociedade tem uma existência extrínseca em relação ao Estado, ou seja, não há interferência direta de um poder soberano sobre o grupo. As decisões a respeito da organização da vida na comunidade são tomadas dentro da própria comunidade, onde os laços que unem seus integrantes são fortemente enraizados em suas tradições e costumes. Na medida em que essas sociedades vão crescendo e se tornando cada vez mais complexas, ao passo que, modificam sua relação com a natureza e o mundo circundante, esses laços tradicionais entre as gerações vão se esvaziando e abrindo espaço para novas demandas. Aos poucos, a noção de ancestralidade e de pertencimento se fragiliza, e o indivíduo passa a entrar em conflito na busca de referências para a sua identidade e, consequentemente, para a sua vida em sociedade.

Para o autor, essa perda de referencialidade é própria das sociedades modernas, onde as formas de agrupamento social são cada vez mais variáveis e transitórias. Os valores e as referências circundantes, que existiam nas sociedades mencionadas anteriormente, não permanecem nesse novo contexto. É nesse ponto em que Giddens (2002) aborda a questão da segurança ontológica, ou seja, como fica a situação

[8] "Segregação da experiência: a separação da vida cotidiana do contato com experiências que colocam questões existenciais potencialmente perturbadoras – particularmente, as que têm a ver com doença, loucura, criminalidade, sexualidade e morte". (GIDDENS, 2002, p.223)

da existência humana, diante dessas novas demandas que surgem para o homem moderno.

A globalização e o desenvolvimento industrial e tecnológico trouxeram para a humanidade novos parâmetros de experiência e, junto com eles, novos dilemas, que passaram a requerer dos indivíduos um projeto reflexivo que não pode mais contar com o "casulo protetor" e as particularidades relativamente seguras das sociedades pré-modernas. O desencaixe nas tradições afeta a confiança dos homens e altera as relações sociais do mundo globalizado. Exposto aos novos riscos existenciais e aos sistemas abstratos e impessoais que não pode compreender, tampouco, controlar totalmente, o indivíduo da alta modernidade[9] tende ao autodesenvolvimento, por meio do estabelecimento de critérios internos, organizados reflexivamente, criando, assim, um sistema internamente referido (GIDDENS, 2002).

É na origem do projeto reflexivo do eu que está o desenvolvimento dos sistemas sociais internamente referidos, que são provocados por uma série de mudanças sociais, tais como: 1- O rompimento entre vida individual e o intercâmbio das gerações que acaba modificando a ideia de ciclo de vida, uma vez que o tempo passa a ser sentido e percebido de forma descontínua; 2- As externalidades do lugar são separadas da vida pelos mecanismos de desencaixe, que recombinam as atividades locais, tornando-as cada vez mais deslocadas e "fantasmagóricas"; 3- Os laços preestabelecidos com a família e outros grupos se fragilizam, fazendo com que as novas relações de confiança, estabelecidas ao longo da vida, sejam desenvolvidas por meio de um ordenamento reflexivo, dando vazão a planos e a projetos cada vez mais individualizados; 4- Não existem mais passagens ritualizadas, que fixavam a vida do indivíduo em determinado comportamento, lugar e grupo de pessoas, mas possibilidades abertas de novas experiências. Assim, Giddens afirma:

[9] "Alta modernidade ou modernidade tardia: a presente fase de desenvolvimento das instituições modernas, marcada pela radicalização e pela globalização dos traços básicos da modernidade" (GIDDENS, 2002, p. 221).

> Cada fase de transição tende a tornar-se uma crise de identidade – muitas vezes o indivíduo sabe disso por reflexão. A vida de fato é construída em termos da necessidade antecipada de enfrentar e resolver tais fases de crise, pelo menos onde a consciência do indivíduo for altamente desenvolvida (GIDDENS, 2002, p. 138-139).

Entretanto, afirmar que essas mudanças provocaram transformações no projeto de vida dos indivíduos não significa dizer que eles passaram a ser autossuficientes e se separaram dos contextos sociais mais amplos. Considerando que a base de apoio tradicional para a formação da autoidentidade não mais existe na vida dos indivíduos, com a força e a estabilidade das sociedades pré-modernas, Giddens (2002) postula que eles são lançados no mundo externo de uma forma sem precedente. Em vista disso, as relações sociais passam a ser acionadas de forma reflexiva.

O ímpeto para o controle, somado à reflexividade, tem algumas consequências, no que diz respeito à experiência moral. Essas consequências do controle em relação à reprodução social e à autoidentidade são entendidas como segregação da experiência, na qual os fenômenos existenciais que perturbam a vida cotidiana colocam questões conflituosas e preocupantes para os indivíduos, tendo como desdobramento o seu desejo de afastá-los do seu contato imediato.

A busca pela segurança contribui para o desenvolvimento dos processos de vigilância e de controle da atividade social. Assim, "vigilância mais reflexividade significa 'aplainar as diferenças' de tal forma que o comportamento não integrado num sistema – isto é, que não faz parte dos mecanismos de reprodução do sistema – torna-se alheio e isolado". Nesse sentido, determinados aspectos ou fenômenos cotidianos que levantam desafios à compreensão humana, como doença, morte, sexualidade, criminalidade e loucura, passam a ser ocultados do contato direto com a vida diária (GIDDENS, 2002, p. 140).

Para Giddens, o que deve ser posto em evidência não é simplesmente a questão da disciplina e do poder, como tal, agindo sobre

os corpos, como afirma Foucault (2004), mas é o desenvolvimento da transformação reflexiva do indivíduo das sociedades modernas e a sua necessidade de conter uma série de componentes morais e existenciais que golpeiam a segurança ontológica. À medida que o homem percebe que não somente o mundo natural é possível de ser transformado e controlado, mas também o mundo social, ele cria ambientes para submeter os desviantes a uma espécie de tratamento correcional, onde devem se tornar cidadãos responsáveis. Sobre isso, Giddens (2002) ressalta:

> Em termos, o argumento que desenvolvo é que a segurança ontológica que a modernidade adquiriu, no nível das rotinas diárias, depende de uma exclusão institucional em relação à vida social de questões existenciais fundamentais que apresentam dilemas morais centrais para os homens. (...) Se olharmos brevemente para as origens das várias arenas de segregação, poderemos identificar alguns dos processos subjacentes à substituição dos critérios externos pelos internos na constituição dos sistemas sociais da modernidade (GIDDENS, 2002, p. 145).

Em outras palavras, as prisões, os manicômios e os hospitais constituem o resultado de uma organização social reflexivamente construída, para afastar da arena pública a experiência do risco a que todos os indivíduos estão sujeitos. Assim, da necessidade de controlar a criminalidade e reeducar moralmente o indivíduo, surgiu a prisão. Com uma tendência muito semelhante, surgiu o manicômio, onde o controle do comportamento e o isolamento da sociedade tornariam possível a cura do louco. E não somente para tratar, mas também para afastar a imagem da doença e da morte, o hospital surge como o lugar designado aos enfermos.

Segundo Giddens (2002, p.156), "as fronteiras da experiência segregada estão cheias de tensões e forças mal dominadas; ou, metaforicamente, são campos de batalha, às vezes de caráter diretamente social, mas, muitas vezes, se dão dentro do campo psicológico do eu". A busca pela segurança e por novas referencialidades não ocorre de forma

homogênea. A modernidade reduz alguns riscos, ao mesmo tempo em que introduz outros novos que as gerações anteriores não vivenciaram. Esses riscos produzem diferença, marginalização e exclusão. Assim, a abordagem de Giddens (2002) sobre as experiências de segregação termina por nos reportar também à produção de pessoas excluídas e refugadas das quais fala Bauman (2005), pondo em evidencia um desafio de dimensão sobremaneira conflituosa para a sociedade atual.

É com base nas questões e nos conceitos colocados acima, como refugo, estigma, segregação e reflexividade, que pretendemos entender como se configura hoje a situação das pessoas portadoras de transtornos mentais, tentando buscar respostas para questões como: Diante da forma como foi incorporada socialmente a loucura, é possível desfazer o profundo estigma que carregam as pessoas que passaram por um longo internamento psiquiátrico? Um ex-interno pode retomar sua vida fora da instituição, para evitar a condição de refugo? Repensar o problema da loucura, hoje, pressupõe uma nova reflexividade?

2. SOBRE O MÉTODO E A DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA

> *"Estudar as instituições, costumes e códigos, ou estudar o comportamento e mentalidade do homem, sem atingir os desejos e sentimentos subjetivos pelos quais ele vive, e sem o intuito de compreender o que é, para ele, a essência de sua felicidade, é, em minha opinião, perder a maior recompensa que se possa esperar do estudo do homem".*
>
> (MALINOWSKI, 1978, p.34).

2.1. O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE JOÃO PESSOA

A história das políticas de assistência às pessoas com transtornos mentais tem sido marcada por vários descompassos entre teorias e práticas. Uma das queixas mais frequentes, ainda hoje, por parte dos profissionais da saúde, de usuários e de seus familiares, é a que se refere à carência de uma política com práticas e investimentos concretos, que deem continuidade aos projetos desse setor. Paralelamente à redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos, deve ser executada com responsabilidade uma política de acolhimento aos ex-internos que não têm recursos para deixar essas instituições. Os SRTs representam um importante dispositivo para dar continuidade às políticas da rede de assistência em saúde mental, uma vez que esse serviço pode arquitetar a construção de uma vida fora da instituição psiquiátrica (VASCONCELOS, 2002).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. Para ter acesso a esse serviço, os usuários devem ter as seguintes características: ser portador de transtornos mentais ou outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; ser egresso de internação psiquiátrica, onde permaneceu por falta de alternativas que viabilizassem sua inserção no espaço comunitário; estar em

acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial e ser morador de rua com transtornos mentais severos. Em geral, a maioria dos moradores desses dispositivos é composta por pessoas que perderam o vínculo familiar ou cuja convivência com os familiares se tornou inviável. Especialmente importantes nos municípios-sede de hospitais psiquiátricos, onde o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais está em curso, as residências são também dispositivos que podem acolher pessoas que, em algum momento, necessitam de outra solução de moradia[10].

Uma Residência Terapêutica deve ser de natureza pública e estar integrada à rede do SUS. O suporte de caráter interdisciplinar deve ser oferecido pelo CAPS, nos municípios onde esse serviço estiver em funcionamento. Deve haver um acompanhamento sistemático, com suporte profissional competente e sensível, levando-se em consideração as demandas e as singularidades de cada morador. O número de usuários da residência pode variar de uma até, no máximo, oito pessoas. A equipe deve ser constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais: um de nível superior, da área de saúde mental; dois, de nível médio, com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial. Para o pleno funcionamento da residência, o Ministério da Saúde repassa R$ 10.000,00 (dez mil reais), a título de incentivo, para cada SRT implantado. Esse recurso se destina a fazer pequenos reparos no imóvel, equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e outros utensílios que forem necessários. Para seu custeio mensal, o ministério repassa entre R$ 7.000,00 e 8.000,00 (sete a oito mil reais/mês), correspondentes ao número máximo de oito moradores por unidade residencial (BRASIL, 2004a).

De forma geral, a casa dispõe de cuidadores que são designados para apoiar os moradores nas tarefas, nos dilemas e nos conflitos

[10] Existem outros tipos de dispositivos residenciais em saúde mental, tais como: arranjos coletivos em casas individuais de usuários, aluguel de moradia ou arranjos espaciais novos na própria casa da família. Esses dispositivos podem variar conforme a situação das pessoas assistidas. Para saber mais, ver VASCONCELOS, 2002.

cotidianos do morar, do co-habitar e do circular na cidade, em busca da autonomia. A inserção de um usuário em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação, que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Nesse sentido, embora as residências terapêuticas se configurem como dispositivos da saúde, essas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes, em primeiro lugar, de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade são, de fato, os mais fundamentais, que devem se reconstituir com a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

O processo de implantação e expansão desses serviços é recente no Brasil. Nos últimos anos, o complexo esforço de implantação das residências e de outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários do território.

O simples investimento na construção dessas casas não garante, por si só, a consolidação da reforma psiquiátrica, tampouco a reinserção social dos seus moradores. A implantação de uma residência terapêutica deve requerer um pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais da saúde e vizinhança, para que seus moradores possam obter uma progressiva inclusão social. Portanto, é fundamental a condução de um processo adequado de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito por cada caso e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Dessa forma, a expansão desses serviços, embora permanente, tem ritmo próprio e acompanha, de modo geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos. Nesse sentido, a expansão e a concretização dos serviços residenciais terapêuticos é um dos pilares do processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos que passaram por um longo período de internação. O ritmo de implantação das residências

acompanha, portanto, os processos de desinstitucionalização em curso no país.

A implementação dessas residências surge, nesse contexto, como um importante componente da política de saúde mental para a superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. No entanto, apesar dos avanços na ampliação da rede de atenção à saúde mental, a política de redução progressiva dos leitos psiquiátricos ainda é preocupante, porquanto o número de SRTs para acolher os ex-internos que deixam as instituições asilares na Paraíba é insuficiente: são 16 serviços residenciais terapêuticos para toda o Estado, sendo apenas um na capital, onde ainda existem três hospitais psiquiátricos em funcionamento[11], e a demanda por esse dispositivo, devido ao seu número de habitantes, é bem maior.

Na casa onde realizamos a pesquisa, existem, atualmente, sete moradoras egressas do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira. Situada no Bairro Alto do Céu, na capital do Estado, foi fundada há cerca de dois anos e meio. Essas mulheres são assistidas por quatro cuidadoras, que se revezam dia e noite, e providenciam as refeições e a limpeza da casa e supervisionam os horários de banho e de medicação. Configurando-se, ora como casa/lar (espaço privado onde se exerce a intimidade), ora como um dispositivo de assistência que está vinculado a uma rede de atendimento em saúde mental, a residência nos traz importantes questões: 1- A casa, de fato, proporciona a condição de autonomia, de intimidade e de aconchego de um lar? 2- Em que medida ela constitui um serviço de saúde que interfere no cotidiano dessas moradoras e o controla? 3- Qual é a diferença entre viver no Hospital e viver no SRT? 4- O que permanece da antiga forma de morar no comportamento dessas ex-pacientes do Hospital Psiquiátrico? 5- Existem novos vínculos sociais entre as moradoras e a comunidade?

---

11 De acordo com informações da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, em João Pessoa, ainda estão em pleno funcionamento o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, o Hospital São Pedro e o Instituto Psiquiátrico da Paraíba.

Em vista disso, consideramos necessário fazer uma análise do modelo de moradia do SRT de João Pessoa, observando as relações que estão sendo construídas entre os profissionais, as moradoras e a vizinhança, tanto no âmbito institucional da rede a que o atendimento está vinculado, quanto na comunidade em que está inserido. É transitando entre os arquivos do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, o mundo onde essas mulheres viveram por tanto tempo, e a Residência Terapêutica, seu lar atual, que pretendemos compreender de que forma suas vidas estão sendo planejadas e reconstruídas.

O estudo do modelo de moradia do Serviço Residencial Terapêutico pode constituir um instrumento importante para o delineamento dos programas e das políticas públicas em saúde mental, além de ser um indicador de limites e avanços das propostas de humanização do tratamento e da reinserção social de ex-pacientes psiquiátricos. Dada à implicação do nosso objeto de pesquisa, neste trabalho, optamos por realizar um estudo qualitativo de tipo etnográfico.

2.2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A Sociologia tem ocupado um papel importante na abordagem acerca da saúde e da doença, porque contribui para a investigação e a análise das suas representações sociais, para avaliar a qualidade dos serviços oferecidos e as políticas públicas que vêm sendo conduzidas nesse setor. Atualmente, o número de pesquisas sobre saúde na Sociologia, com abordagem qualitativa e etnográfica, tem aumentado consideravelmente, posto que esse tipo de perspectiva possibilita a análise da vida cotidiana em suas mais amplas dimensões. O pesquisador etnógrafo trabalha com uma modalidade de observação que lida com diferentes formas de interpretar a vida e com o senso comum, assim como os diversos significados atribuídos à saúde e à doença.

Inicialmente, a etnografia era domínio dos antropólogos, mas, atualmente, sociólogos e antropólogos se aproximam tanto no modo como

conduzem a investigação quanto na orientação teórica que subjaz a seu trabalho. Entretanto, enquanto a antropologia tem um amplo interesse na descrição da cultura de uma determinada comunidade, por meio de uma observação contínua e de longa duração, a Sociologia faz uma abordagem em que a observação do grupo social se dá de forma intermitente. Nesse sentido, é preciso fazer uma diferenciação de enfoques nessas duas áreas, pois os sociólogos não cumprem determinados requisitos da etnografia, como, por exemplo, permanecer, durante uma longa temporada, em campo. (BOGDAN & BIKLEN, 1994, p. 60).

O estudo etnográfico se desenvolve quando o pesquisador vai se imbricando no campo, relacionando-se com os sujeitos e construindo um processo reflexivo sobre as suas vivências e impressões. A combinação desse estudo com a pesquisa qualitativa possibilita uma ampliação do campo empírico para a coleta de dados que vai além dos questionários e relatos exclusivos dos informantes, pois permite que o pesquisador dirija um olhar mais completo ao objeto em foco. Para Malinowski (1978), por exemplo, existe uma série de fenômenos imponderáveis da vida real que são imprescindíveis e que devem ser observados, tais como:

> (...) a rotina do trabalho diário (...); os detalhes de seus cuidados corporais; o modo como preparam a comida e se alimentam; o tom das conversas e da vida social (...); a existência de hostilidade ou de fortes laços de amizade, as simpatias ou aversões momentâneas entre as pessoas; a maneira sutil, porém inconfundível, como a vaidade e a ambição pessoal se refletem no comportamento de um indivíduo e nas relações emocionais daqueles que os cercam. Todos esses fatos podem e devem ser formulados cientificamente e registrados; entretanto, é preciso que isso não se transforme numa simples anotação superficial de detalhes, como usualmente é feito por observadores comuns, mas seja acompanhado de um esforço para atingir a atitude mental que neles se expressa (MALINOWSKI, 1978, pp. 29-30).

Esses fenômenos são demasiado importantes para a compreensão dos sujeitos da pesquisa e da sua vida em grupo. Os comportamentos podem dizer muito a respeito dos vários fios que vinculam as relações

sociais, assim como podem ser inúmeros os problemas que o pesquisador pode enfrentar ao tentar apreendê-los. Os primeiros contatos, a tentativa de entrosamento com o grupo a ser pesquisado, a busca por dados e informantes, o risco do envolvimento com o objeto de estudo, o teste das hipóteses, a verificação da afinidade entre a teoria e a prática, a busca pelos fatos não oficiais, a identificação do comprometimento ou não do informante com o seu trabalho, entre outros aspectos. É exatamente nesse ponto que reside o desafio da pesquisa etnográfica em saúde, que consiste em saber combinar, com habilidade e atenção minuciosa, os instrumentos que permitirão o estudo e a compreensão do que Foote-Whyte (1980, p. 11) chamou de "o mais evasivo de todos os materiais: o ser humano".

Segundo Minayo (1993), qualquer investigação social deve contemplar os aspectos qualitativos, na medida em que lida com pessoas, seus valores, suas histórias e experiências de vida. O foco da pesquisa é, muitas vezes, complexo, contraditório, inacabado e vive em permanente transformação. A autora enfatiza os aspectos positivos do uso de pesquisa qualitativa em saúde, no sentido de se explorar a subjetividade como forma de construção do conhecimento, encaminhando para o resgate de muitas dimensões da ação social, respeitando o processo de sua constituição como um todo.

Esse tipo de pesquisa procura, basicamente, o significado das ações humanas, para além de suas aparências. Portanto, não se trata de definir técnicas e aplicá-las, mas de desenvolver um método de investigação que se alimenta da própria investigação, enriquecendo-a e ampliando-a, enquanto é enriquecido e ampliado por ela. Sua abordagem se caracteriza, então, fundamentalmente, pela observação sistemática das situações reais no local onde os fenômenos acontecem, o que possibilita uma revisão contínua face aos dados coletados e facilita o desenvolvimento de novos caminhos (HAGUETTE, 1993).

A escolha do caminho metodológico varia conforme o objeto a ser investigado e a forma como o tema será abordado. Entendemos que uma

pesquisa qualitativa de tipo etnográfico é o método apropriado para compreender com maior clareza os comportamentos e as novas vivências das mulheres da Casa do Alto do Céu. Além das moradoras, a pesquisa envolve os gestores do Complexo e da Residência; os profissionais da saúde, que acompanharam essas mulheres durante o período de internamento no hospital; as cuidadoras (funcionárias que hoje trabalham no SRT) e alguns vizinhos que moram no bairro onde a casa está situada, que saibam da existência dela e tenham algum tipo de contato com as moradoras.

Para compreender a experiência da vida cotidiana dessas moradoras, em sua dimensão mais complexa, não adotamos um padrão linear, mas diferentes combinações técnicas de coleta de dados e observação, tais como: entrevistas abertas e semiestruturadas para cada grupo específico de sujeitos; diário de campo para as observações da rotina, tanto no Complexo Psiquiátrico quanto na Residência, e consultas aos documentos dos arquivos do Complexo. Para a realização das entrevistas, foi utilizado um gravador digital e o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CCS/UFPB. Essas técnicas foram interligadas e utilizadas de acordo com as necessidades imediatas após a imersão gradativa no campo. O critério utilizado para o encerramento do estudo foi o da repetição e saturação de cenas e de conteúdos, nas observações e nas entrevistas.

2.3. ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa se dividiu, basicamente, em duas etapas: 1) primeiros contatos com as instituições, através do pedido de autorização para desenvolver o estudo e a pesquisa pré-liminar no Complexo Psiquiátrico e na Residência Terapêutica; 2) coleta de dados por meio de entrevistas e observação direta no Complexo e na Residência.

2.3.1. Primeiros contatos

A primeira etapa da pesquisa consistiu em estabelecer os primeiros contatos para a autorização do estudo com os responsáveis pelo Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira e pelo Serviço Residencial Terapêutico. Durante esse período, enfrentamos muitas dificuldades para ter acesso aos locais onde pretendíamos realizar a pesquisa, o que causou um considerável atraso na coleta de dados.

A busca pelos primeiros dados da pesquisa no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira teve início quando procuramos a assistente social da instituição, que nos encaminhou à diretoria técnica para a autorizar a pesquisa nos arquivos. Entregamos o Projeto de Tese e a carta de apresentação do Programa de Pós-graduação em Sociologia para aguardar autorização. A responsável pelos arquivos do Complexo logo autorizou o acesso à instituição e aos prontuários para a coleta de dados.

Para a obtenção dos dados sobre os serviços estaduais, obtivemos os primeiros progressos ao sermos recebidos pela secretária da coordenadora do Núcleo de Saúde Mental do Estado, que se prontificou a cooperar de imediato, prometendo fornecer todos os dados que fossem necessários à pesquisa. Porém, essa acessibilidade se modificou, após a mudança de governo, e retrocedeu um pouco, pelo fato de a coordenação ter sido substituída, razão por que foi necessária nova autorização para termos acesso aos arquivos do Complexo. Apesar de termos continuado solicitando novos dados ao Núcleo, não conseguimos todas as informações requisitadas. Segundo a secretária da instituição, a nova coordenadora estava, quase sempre, muito ocupada com os compromissos de trabalho e não dispunha de tempo para fornecê-los. Somente depois de muita insistência é que obtivemos alguns dados estatísticos sobre a quantidade de SRTs na Paraíba.

Em relação ao Município, a acessibilidade também não foi fácil. O projeto passou por várias instâncias e tivemos de explicar sempre, sob o olhar desconfiado dos funcionários, que o trabalho se tratava de uma

pesquisa científica e não tinha objetivo de denúncia política. Procuramos o Sr. Lino Madeira, coordenador do Núcleo de Saúde Mental do Município, falamos sobre a pesquisa e tentamos marcar um encontro para mostrar e discutir o projeto pessoalmente, mas, de antemão, por telefone e com muita rispidez, tivemos o pedido negado. Segundo o referido coordenador, na Residência já havia "muita gente fazendo pesquisa". No entanto, no decorrer da pesquisa, constatamos que a justificativa usada pelo coordenador para a recusa da autorização da pesquisa na casa não era verdadeira. Durante o mês inteiro, tentamos, sem sucesso algum, estabelecer uma abertura de diálogo para obtermos informações sobre os serviços em saúde mental na cidade de João Pessoa.

Encaminhamos, por escrito, a solicitação de autorização da pesquisa para a Secretaria de Saúde do Município que, depois de aprová-la, enviou-a para o Distrito Sanitário IV, onde permaneceu por cerca de um mês. Em seguida, recebemos desse Órgão uma carta de encaminhamento direcionada ao SRT, quando, segundo a coordenação do CAPS, deveria ter sido dirigida à Dra. Sandra Lima, responsável direta. Isso atrasou ainda mais a aceitação para realizar os primeiros contatos com a residência, pois tivemos que aguardar que uma nova carta fosse elaborada pelo Distrito Sanitário, dessa vez, de forma correta, para levá-la novamente ao CAPS III e obter a autorização de pesquisa, fato que só ocorreu quase três meses depois da realização do primeiro pedido, coincidentemente, após as eleições para a prefeitura da cidade.

Passados todos esses contratempos, pudemos dar prosseguimento à pesquisa na residência terapêutica, com as devidas autorizações. Nossas primeiras visitas foram assessoradas por uma enfermeira encarregada de mediar a aproximação com as moradoras. Após uma breve apresentação, conhecemos as instalações da casa e passamos a visitá-la todos os dias e a observar suas atividades cotidianas, o tratamento de saúde oferecido pelo serviço, o relacionamento com os vizinhos, com as cuidadoras e entre as próprias moradoras. Fizemos entrevistas preliminares com as cuidadoras, como uma espécie de pré-teste para outras entrevistas

posteriores e conversamos bastante com as residentes, tentando estabelecer um maior grau de aproximação e confiança. Todas as observações e conversas, igualmente à pesquisa do Complexo, também foram anotadas no diário de campo.

2.3.2. A pesquisa no Complexo Psiquiátrico

Durante o período em que realizávamos as pesquisas no Complexo Juliano Moreira, a Paraíba passava por um momento político bastante instável. O governador Cássio Cunha Lima enfrentava sérias acusações contra a legalidade do seu mandato e havia uma grande incerteza quanto ao futuro político do Estado. Essa incerteza terminou por afetar alguns funcionários da instituição. Considerando que o Hospital estudado é uma instituição estadual, não somente muitos cargos estariam em jogo, conforme a decisão da justiça sobre quem seria o governador do Estado, mas também toda a política de saúde dentro dela. Essa conjuntura acabou dificultando o acesso aos arquivos e o andamento das entrevistas com os funcionários, que passaram a temer uma perseguição política.

Após essa fase conturbada, devido à conjuntura política, demos prosseguimento à investigação no Complexo Psiquiátrico, por meio da leitura e da coleta de dados nos prontuários, que estão distribuídos entre o arquivo corrente, que conserva dados de pessoas que ainda estão internadas ou que saíram há, no máximo, cinco anos, e o arquivo morto, que contém dados de pessoas que não estão no complexo há mais de cinco anos. Com base nos dados encontrados nesses arquivos, foi possível criar um banco de dados com o perfil das moradoras do SRT, incluindo a procedência, a idade, o tempo de internação, a situação previdenciária e o vínculo familiar. No entanto, cabe ressaltar que esse perfil é bastante limitado, devido à imprecisão e à pouca informação dos prontuários. Além dessa fonte documental bastante deficiente, as informações fornecidas pelos profissionais da instituição, que trabalharam no pavilhão onde essas mulheres passaram vários anos internadas, também eram precárias.

No ambiente onde são realizadas as oficinas terapêuticas do Juliano, entrevistamos duas psicólogas que trabalhavam na instituição e conheceram as ex-pacientes, que hoje moram na Residência Terapêutica. Apesar da boa vontade das psicólogas e do seu interesse em colaborar com a pesquisa, não podiam dar muitas informações a respeito de suas ex-pacientes por dois motivos: 1- As pacientes pouco sabiam informar sobre suas vidas quando chegaram à instituição; 2 – O próprio sistema institucional não trabalha com a perspectiva de resgate da história de vida dos sujeitos que lá estão internados. As psicólogas chegaram a procurar algumas informações entre os papéis que as ex-pacientes teriam deixado de antigos trabalhos nas oficinas terapêuticas, mas nada encontraram. Das oficinas realizadas naquele ambiente, durante tantos anos, restou apenas um enorme vazio. Não se pôde resgatar quase nada de suas histórias, como se elas nunca tivessem existido, ou como se suas vidas tivessem se esvaziado com o tempo.

No decorrer da pesquisa, fomos, aos poucos, conhecendo a rotina do Complexo. Entre os arquivos e as conversas com os funcionários, percebemos que encontraríamos muitos dados valiosos, não somente nos registros escritos, mas nos relatos informais a partir do vínculo e da confiança que foi sendo construída ao longo da convivência com as pessoas do Hospital. A partir de conversas informais, desenvolvemos mais questionamentos e obtivemos dados importantes para o nosso trabalho. Os relatos das funcionárias que trabalharam no pavilhão feminino e hoje estão no setor do arquivo, por exemplo, revelaram muito medo e insegurança, devido à violência que sofreram por parte dos pacientes e à que presenciaram em seu ambiente de trabalho.

Mesmo com todas as limitações de fontes e a situação política desfavorável, conseguimos coletar, de maneira satisfatória, dados importantes sobre a estrutura e o funcionamento da instituição, bem como o tratamento dispensado às suas ex-pacientes, que hoje moram no SRT.

2.3.3. A pesquisa na Residência Terapêutica

A pesquisa na casa se deu por meio da observação das suas atividades cotidianas e mediante conversas informais e entrevistas com as moradoras e as cuidadoras. O levantamento do perfil das moradoras, baseado nos arquivos do Complexo Psiquiátrico, foi importante para a pesquisa, por permitir que fizéssemos uma breve incursão no mundo de cada uma das moradoras do SRT, para resgatar um pouco de suas trajetórias de vida, e por proporcionar uma análise que auxiliou na elaboração dos critérios para a seleção das mulheres que poderiam ser entrevistadas. Esses critérios levaram em consideração a capacidade de diálogo e a não apresentação de deficiência mental grave que impossibilitasse a interação.

Apesar de termos estabelecido, teoricamente, alguns critérios para a realização das entrevistas, na prática, eles não garantiram um bom êxito. Em várias tentativas de aproximação a fim de iniciar algum diálogo com as moradoras, não obtivemos sucesso. Apesar da nossa conversa fluir inicialmente, geralmente, pouco tempo depois, as moradoras apresentavam uma fala desconexa e de difícil compreensão. A maioria delas tinha dificuldades de falar sobre a sua estadia na casa e de recordar datas e acontecimentos de suas vidas. Em determinados momentos das entrevistas, ocorriam longas pausas, em que as moradoras se esforçavam para relembrar o passado, tentando preencher as lacunas causadas durante o extenso período do internamento. Algumas de suas falas eram compostas por fragmentos e frases soltas, com palavras sem muito sentido e desorientadas no tempo e no espaço. Em virtude disso, tivemos que deixar de entrevistar algumas dessas mulheres.

Ao realizar as entrevistas com as moradoras que se encaixavam no perfil, constatamos que elas também apresentaram dificuldades de verbalização e algumas incoerências, que acarretaram diversas lacunas e limitações para a transcrição e a análise. Já as entrevistas com as cuidadoras foram muito satisfatórias, apesar do pouco grau de instrução,

do pouco tempo disponível, devido à grande quantidade de afazeres na casa, e do receio de que as informações prestadas pudessem, de alguma forma, prejudicá-las. Durante as visitas a casa, pudemos ficar o tempo que fosse necessário e participar livremente das suas atividades cotidianas ou acompanhá-las.

3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA A AS VIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

3.1 A SAÚDE MENTAL APÓS A SEGUNDA GUERRA

Depois da trágica experiência da Segunda Guerra Mundial, um novo contexto histórico se delineia e impulsiona o processo de mudança propício para o desenvolvimento e a expansão dos pressupostos da reforma psiquiátrica. Havia uma grande preocupação com os danos físicos e psicológicos que a população de civis e soldados sofrera com a guerra. Surgiram vários movimentos populares, que lutavam pelos direitos humanos e enfatizavam, sobretudo, a igualdade e a liberdade entre os indivíduos e a garantia de uma vida digna.

Entre os vários problemas discutidos, a partir dessa conjuntura, destacamos a questão da superlotação, dos abusos e da ineficácia dos hospitais psiquiátricos, que passaram a ser alvo de duras críticas, tanto expressando o desejo de aboli-lo quanto querendo transformá-lo radicalmente, devido à incapacidade terapêutica dessas instâncias. Os longos períodos de internamento e as constantes reinternações colocavam em evidência que a cronificação da doença era bem mais comum do que a sua cura. Vários estudos confirmaram que o isolamento dos pacientes gerava a perda dos vínculos sociofamiliares, depois de longos períodos de internamento (DESVIAT, 1999; GOFFMAN, 2005).

Dentro desse desejo coletivo de criar uma sociedade mais livre e justa, surgiu o movimento pela reforma psiquiátrica, cujo cerne de seus problemas situava-se exatamente em torno das relações de poderes estabelecidas dentro das instituições asilares. Esses movimentos rapidamente se expandiram e tomaram rumos e formas diferenciadas, de acordo com o sistema sanitário e as características sociopolíticas de cada país. As novas modalidades de atendimento frutificaram, condicionadas ao modo de organização e ao nível de abrangência adotado pelos sistemas sanitários locais (DESVIAT, 1999).

A partir de então, surgiram várias propostas de reformular o espaço asilar, como uma rede integrada com serviços das mais variadas funções: Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais-dia, Lares Protegidos e Residências Terapêuticas, entre outros, todos engajados em um compromisso de colaborar para promover uma melhor condição de vida dos sujeitos envolvidos.

Discutir a reforma psiquiátrica pressupõe, então, falar da gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico, dirigido às pessoas que sofrem com problemas psíquicos, por uma rede de assistência extra-hospitalar, que priorize a reinserção social e um tratamento mais humanizado para seus usuários. Nesse embate para tentar desenvolver novas formas de entender e enfrentar o problema dos transtornos mentais, surgem postulados teóricos comuns e outros com ressalvas e bastante diferenciados que, em meio às discussões, vão contribuir para amadurecer a questão de como as mudanças pertinentes à reforma devem ocorrer (AMARANTE, 2008; BASAGLIA, 1985; PERRUSI, 2004; ROTELLI,2001).

Foi a partir da contestação do modelo manicomial que a reforma ganhou repercussão em vários países, como Inglaterra, França, Estados Unidos, Canadá, Itália e Brasil. As políticas de saúde mental desses e de outros países passaram a investir, gradativamente, em dispositivos que evitassem longos períodos de internação e que facilitassem a progressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos. A prioridade dessas políticas tem sido ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, com o objetivo de promover a reinserção social e a cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Nesse sentido, a implementação dos Dispositivos Residenciais Terapêuticos surge como um componente estratégico do processo de desinstitucionalização e superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, uma vez que são esses serviços que deverão acolher os ex-pacientes, que irão deixar os hospitais sem nenhum apoio familiar ou financeiro.

A seguir, destacaremos, brevemente, as experiências e as principais contribuições dos países citados acima, para o desenvolvimento e a expansão da reforma psiquiátrica.

3.2 VIAS INTERNACIONAIS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A busca por alternativas extra-hospitalares, aliada à contestação do modelo manicomial, foi condicionada pelas particularidades da estrutura sanitária de cada país. A França, por exemplo, desenvolveu a psicoterapia individual e a política de setor; na Inglaterra, a reforma foi arquitetada com a comunidade terapêutica; na Itália, as mudanças foram idealizadas a partir da psiquiatria democrática; nos Estados Unidos, a tentativa de reduzir os leitos se deu com a psiquiatria comunitária; o Canadá promoveu uma significativa virada ambulatorial, e os países do Caribe e da América Latina adotaram as diretrizes elaboradas na Declaração de Caracas, como ponto de partida para as novas políticas de saúde mental. Apesar de ter algumas características semelhantes, essas estratégias de desinstitucionalização foram pensadas e implementadas de forma diferenciada em cada país.

Influenciada pela Psicanálise, a psicoterapia institucional francesa surgiu durante a Segunda Guerra Mundial[12]. Considerada como alicerce teórico da política de setor[13], tinha como estratégia tratar a instituição como um todo - desde as pessoas que cuidam, até os enfermos, transformando o universo repressor em um lugar de trocas, onde se fala e se escuta: "A instituição transformava-se, toda ela, em um 'analisador'. O que se procurava era uma 'escuta analítica coletiva', diria Tosquelles" (DESVIAT, 1999, p. 26). No entanto, apesar de a

[12] A primeira experiência ocorreu em Saint-Alban, onde François Tosquelles, exilado antifranquista da Guerra Civil Espanhola, pôde desenvolver um trabalho de assistência diferenciado, tendo por base os pressupostos teórico-práticos da Psicanálise. O relacionamento e o convívio entre as pessoas que cuidam e os enfermos do hospital passou a ser visto como parte fundamental para o sucesso do tratamento (ARAUJO, 2004. p. 11).

[13] A política de setor buscava uma assistência descentralizada em pequenas zonas, em torno de uma multiplicidade de serviços comunitários. (DESVIAT, 1999)

psicoterapia institucional ter uma proposta de tratamento mais aberta à escuta e ao acolhimento do sujeito que sofre com transtornos mentais, ela não pressupõe o fim da instituição asilar, mas sua transformação a partir de novas relações de trabalho e de tratamento. Não há um investimento em sua negação, mas em sua alteração, ao contrário do que ocorreu com a proposta italiana, por exemplo, como veremos mais adiante. Porém, ao priorizar uma tentativa de cura para as instituições psiquiátricas, investindo na psicoterapia institucional, essa experiência trouxe à superfície das discussões em torno da assistência ao portador de transtorno mental e sua nova conjuntura desafiadora uma abertura para novas propostas de serviços, como a política de setor.

Diante das atrocidades cometidas durante a guerra, como o extermínio de pessoas idosas, deficientes e judeus, a necessidade de uma nova forma de organização dos serviços psiquiátricos era posta em evidência. Em 1945 e 1947, foram realizadas Jornadas Nacionais de Psiquiatria, que estabeleceram a política de setor como uma nova estratégia de atendimento psiquiátrico e como ação de saúde pública. Em meio a esse processo da construção de uma nova cultura psiquiátrica, adotou-se a assistência territorializada, delimitando as demandas por regiões e buscando conhecer melhor cada tipo de população para agenciar programas que aproximassem os usuários dos serviços prestados, de forma a aproveitar todos os recursos terapêuticos disponíveis em cada comunidade.

A partir dessas primeiras experiências, seguiram-se muitas outras iniciativas importantes para os novos rumos da psiquiatria na França. Além da realização de Jornadas Nacionais, vários Congressos e Circulares colocaram em pauta a necessidade de serviços extra-hospitalares e setorização do território, dando ênfase à prevenção, pós-tratamento e à permanência do doente em seu meio familiar[14] o máximo. Entretanto, apesar dos avanços em relação à expansão dos

[14] Ver a esse respeito a Circular de 1960, que dispõe sobre os princípios fundamentais da política de setor na França (DESVIAT, 1999).

serviços e da sensibilização dos profissionais, do governo e da população, em relação ao problema da saúde mental, não foi constatado um desenvolvimento uniforme em todo o território nos anos seguintes. E, embora seu forte sistema de proteção social e sanitária cobrisse mais de 99 % da população, as novas concepções de tratamento, baseadas na política de setor, não prosperaram, e a assistência permaneceu centralizada, o que dificultou a integração da psiquiatria infantil e juvenil.

Na década de 80, vários psiquiatras franceses elaboraram um depoimento, em que denunciavam, com grande preocupação, os rumos da política de saúde mental na Grã-bretanha e na Itália, onde havia uma quantidade crescente de moradores de rua, associada à redução de leitos e ao fechamento de hospitais psiquiátricos. No início da década de 90, ainda havia um alto índice de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, com uma parcela significativa de crônicos (DESVIAT, 1999).

Na Inglaterra, assim como ocorreu na França, a guerra causou alguns impactos que exigiram ações de emergência do Estado para garantir assistência à população civil e aos soldados. O Relatório Beveridje, publicado em 1942, fortaleceu os serviços públicos e ofereceu um seguro global à população. A escassez de pessoas para trabalhar nos serviços de saúde abriu espaço para uma reorientação tanto da rede hospitalar geral quanto da psiquiátrica. Um relatório da Organização Mundial de Saúde, em 1953, recomendou que os hospitais psiquiátricos passassem a ser comunidades terapêuticas. (DESVIAT, 1999)

Com a nova concepção de hospital funcionando como uma comunidade terapêutica, o tratamento médico deveria ser encarado de forma mais ampla, em que o cuidado responsabilizasse a todas as pessoas da instituição, dos profissionais aos pacientes. Assim, "(...) buscou-se o aproveitamento deliberado, com fins terapêuticos, de todos os recursos da instituição, entendida como conjunto orgânico e não-hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar" (BASAGLIA, 1985, p. 177).

Apesar da inexistência de um modelo único, Desviat (1999) aponta alguns princípios comuns que norteiam a comunidade terapêutica, tais como: mediação, tolerância, democratização das opiniões, liberdade de comunicação e participação nas atividades e decisões do serviço. Com concepções de trabalho muito próximas, a comunidade terapêutica da Inglaterra e a psicoterapia institucional da França influenciaram a reforma psiquiátrica de outros países, a exemplo da Itália, onde foram constituídos marcos importantes para o processo de reforma e de superação do modelo manicomial.

Isso posto, na Inglaterra, o fechamento de hospitais foi ocorrendo gradativamente, por meio da venda, em muitos casos, das antigas instituições que ocupavam grandes terrenos. Os recursos obtidos foram utilizados para financiar a implementação de programas de atenção psicossocial pelas prefeituras, que receberiam os pacientes dos hospitais e dos asilos, e para a compra de imóveis em bairros residenciais. Outra parte dos recursos foi destinada aos gastos necessários com a capacitação de trabalhadores e de usuários dos novos serviços (VASCONCELOS, 2002).

Em 1959, entrou em vigor a Lei Mental Health Act, determinando que as pessoas com problemas mentais deveriam ser tratadas com o mesmo respeito que os demais pacientes dos hospitais. A Lei também dispunha sobre tratamento e treinamento nos hospitais e recomendava que se evitassem longos períodos de internamento. Desde então, passou a ser instalada uma nova rede de serviços na comunidade e de unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Com a criação dessa Lei e a expansão desses serviços, foi constatada uma considerável diminuição do número de internações psiquiátricas.

A experiência italiana começou um pouco mais tarde, em relação aos demais países europeus. Seu processo de reforma psiquiátrica teve início em 1961, quando Franco Basaglia assumiu o cargo de diretor do manicômio de Gorizia e o transformou em uma comunidade terapêutica

semelhante ao modelo inglês, onde o trabalho no hospital priorizava a humanização e repudiava os sistemas violentos e punitivos.

Apesar de reconhecer o mérito da proposta de tratamento das comunidades terapêuticas, logo após as primeiras experiências, Basaglia (1985) percebeu suas limitações. Para ele, mais do que criar estruturas de acolhimento aos doentes mentais, seria preciso evitar o internamento e o consequente isolamento do seu meio social. As relações de tutela e de custódia passaram a ser questionadas, assim como o poder psiquiátrico, o isolamento social e o sentido da periculosidade, que pesavam sobre os portadores de transtorno mental. A instituição passou a ser negada como um todo, exigindo uma mudança ainda mais radical, que superasse a simples desconstrução do modelo de tratamento hospitalocêntrico:

> Logo ficaram para trás as técnicas inovadoras de tipo institucional, reduzidas a uma simples camuflagem dos problemas, diante da luta contra a exclusão e a violência institucional, a demolição dos manicômios e a transposição da crise do doente mental para o âmbito social. (...) A prática psiquiátrica converteu-se em uma ação política (DESVIAT, 1999. pp. 42-43).

Assim, o movimento que, a princípio, buscava a transformação do hospital psiquiátrico por meio da humanização, em fins dos anos 60, radicalizou sua proposta de mudança, pregando o fim dos manicômios e crescendo consideravelmente, com o apoio político dos movimentos estudantis e sindicais. A sociedade civil italiana, nesse contexto, também lutava por uma reforma sanitária, defendendo um sistema de saúde universal e equitativo.

Em 1968, a equipe do hospital de Gorizia elabora uma declaração de cura para todos os pacientes, alegando que eles permaneciam internados por ausência de condições econômicas e sociais, e não, por motivo de problemas de saúde. O objetivo era o fechamento do hospital e a consequente abertura de centros alternativos para acompanhamento e tratamento dessas pessoas. No entanto, a tentativa malogrou, e a equipe optou por uma demissão voluntária em conjunto.

Nos anos seguintes, várias experiências surgiram inspiradas pelo movimento de Gorizia, entre elas, destacamos a experiência de Trieste, em que Basaglia e sua equipe amadureceram a concepção de reforma e tentaram construir para o portador de transtorno mental uma real possibilidade de vida na comunidade.

Os principais eixos norteadores da reestruturação dos serviços de saúde mental em Trieste foram: o fechamento do hospital; a construção de uma rede de serviços alternativos no território e a prioridade pela reabilitação e emancipação do doente. (DELL'ACQUA, MARSILI & ZANUS APUD ARAÚJO, 2004).

Em maio de 1978, após alguns anos de luta, o movimento Psiquiatria Democrática, que pretendia estender a reforma a toda a Itália, conquista uma importante vitória. A Lei 180, que determinava a extinção dos manicômios, é sancionada pelo Parlamento e proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e novas internações; a redução gradual dos hospitais psiquiátricos existentes; a revogação da Lei nº. 36 de 1904; a abolição da tutela jurídica e do estatuto de periculosidade social do portador de transtorno mental; e a constituição de serviços territoriais para a assistência e o atendimento contínuo na comunidade (DESVIAT, 1999).

Com a Lei 180, a reforma ganhou um novo impulso na Itália, e os serviços propostos para a comunidade foram inspirados na experiência de Trieste[15]. Algumas pesquisas realizadas na época, entre 1978 e 1981, apontaram uma significativa redução no número de leitos manicomiais e de internações. Entretanto, o desenvolvimento desses dispositivos de tratamento, tanto na Itália quanto nos demais países onde a reforma está ocorrendo, acontece de maneira desigual, e a integração e a cooperação entre os diferentes serviços ainda é sobremaneira deficiente. No norte da Itália, por exemplo, há uma maior quantidade de serviços, pelo fato de a região ser mais rica e contar com recursos suficientes para sua implantação. Além das desigualdades regionais, existem ainda vários tipos

[15] Para saber mais a esse respeito, consultar DESVIAT, 1999.

de resistência às mudanças na assistência por parte da população, dos profissionais e demais trabalhadores da saúde mental.

Aliado a essas primeiras experiências na Europa, das quais destacamos apenas as da França, da Inglaterra e da Itália, vários países deram passos importantes rumo à reforma psiquiátrica. Nos Estados Unidos, inspirado em um livro escrito por Clifford Beers, ex-paciente que esteve internado três vezes em hospitais psiquiátricos, surge o Movimento de Higiene Mental. *A mente que encontrou a si mesma*, publicado em 1908, despertou a comoção da opinião pública. Em 1909, foi criado o Comitê Nacional de Saúde Mental, que defendia o tratamento na comunidade, fazendo oposição aos tipos de assistência em que o paciente ficasse sob custódia. As ideias do Movimento repercutiram rapidamente pelo país e em outras regiões, entretanto, as mudanças na assistência às pessoas com transtornos mentais só começaram a acontecer após a Segunda Guerra.

Nos Estados Unidos, o atendimento psiquiátrico foi institucionalizado em 1869, com a inauguração do Williard Asylum, em Nova York, que dispunha de 1.500 leitos. Quase um século depois, o Pilgrim Hospital em Long Island tinha 14.000 pacientes. Esses números evidenciam o crescimento de internações e da aglomeração de pacientes, cujo bem-estar não era prioridade, mas a contenção de despesas, uma vez que mantê-los em grandes grupos era mais econômico e prático para as instituições (DESVIAT, 1999).

A opção por um programa de saúde mental que priorizasse uma nova forma de assistência teve início por meio de um projeto apresentado ao Congresso pelo presidente Kennedy, que propunha a criação de uma Lei dos Centros Integrados de Saúde Mental Comunitária. Os serviços criados a partir dessa Lei deveriam prevenir ou diagnosticar a doença mental, dar assistência, tratar e cuidar da reabilitação das pessoas portadoras de transtornos mentais. Os princípios norteadores desses Centros seriam:

> (...) a acessibilidade (localização conveniente e, se necessário, descentralização dos serviços); informações adequadas à população-alvo sobre a existência e as características dos diferentes programas; gratuidade; disponibilidade; ênfase na prevenção da doença; levantamento das necessidades reais de toda a população, e não apenas dos que já recebiam tratamento; abordagem eclética e utilização de qualquer tratamento útil; responsabilização do governo perante o doente e sua família (DESVIAT, 1999, pp. 58-59).

No entanto, apesar dos incentivos e das Leis que foram criados e de as novas alternativas terem tornado possível a vida de alguns pacientes crônicos na comunidade, os objetivos propostos não foram alcançados. A Lei que previa a criação de dois mil Centros de saúde mental chegou, até a década de 1980, com apenas 754 centros, número insuficiente para a rede de serviços se estruturar adequadamente, além de vários outros fatores, como cortes orçamentários, falta de um sistema nacional de saúde, desarticulação entre os profissionais, entre outros, que geraram obstáculos para as metas da reforma psiquiátrica (DESVIAT, 1999).

No Canadá, as mudanças tiveram início com o que foi chamado de "revolução tranquila", que estimulou transformações na economia, na educação, na saúde e na vida política do país na década de 60. Aqui também, como acontecera nos EUA, a voz de um ex-paciente psiquiátrico pedia ajuda. Em 1961, Jean-Charles Pagés denunciava, em seu livro *Lês Fous Crient au Secours* (Os Loucos Pedem Socorro), sua triste experiência como interno de um manicômio, emocionando grande parte da população.

A fim de avaliar a situação dos hospitais psiquiátricos, o governo cria, em1962, uma comissão de inquérito. Como resultado da investigação, o Relatório Bedárd, apresentado pela Comissão, recomendava a suspensão da construção de novos hospitais psiquiátricos, a necessidade do uso de serviços comunitários e a criação de alas especiais para portadores de transtornos mentais em hospitais gerais. Teve início, então, um plano de atuação social para minimizar as desigualdades existentes por meio de um modelo sanitário, com regime de cobertura nacional e universal. Esse plano estatal solicitou, para a

gestão dos novos serviços, a participação de setores da sociedade civil, impulsionando a formação de grupos de ajuda mútua e campanhas de informação e prevenção por hábitos de vida mais saudáveis. Esse tipo de abordagem visava atingir, com a ajuda da comunidade, os problemas sociais e as epidemias da civilização moderna, como suicídio, violência, alcoolismo, acidentes, problemas mentais etc.

Vários estudos encomendados pelo governo foram realizados para avaliar as necessidades da população e orientar as estratégias dos programas psiquiátricos. Esses estudos constataram uma redução considerável do número de leitos psiquiátricos entre 1960 e 1985. No entanto, a oferta de serviços extra-hospitalares adequados para garantir a assistência e a reinserção dos ex-internos na comunidade não acompanhou, de forma proporcional, o processo de desospitalização:

> No início dos anos 80, constatou-se que as diretrizes propostas pelo Plano Bédard não foram bem implementadas, sendo observável o aumento da população itinerante, recorrência ao sistema judiciário para casos de pessoas portadoras de transtorno mental, readmissões de pacientes e sobrecarga de atendimento nas urgências psiquiátricas (ARAÚJO, 2004, p. 22).

Como se pôde observar, as alternativas extra-hospitalares oferecidas não eram suficientes para acolher a população que precisava de assistência. Além disso, nesse período, uma crise econômica trouxe mais contenção nos gastos orçamentários. Com o intuito de minimizar as despesas nessa área, o governo incentivou, ainda mais, a desinstitucionalização. Apesar de as propostas adotadas pelas províncias estarem de acordo com os princípios e os objetivos da reforma psiquiátrica, a nova onda de desinstitucionalização, mais uma vez, não atingiu suas metas. Vários estudos realizados posteriormente sobre esses serviços comprovaram a falta de alternativas extra-hospitalares suficientes para dar garantia de continuidade desse processo na comunidade (DESVIAT, 1999, ARAÚJO, 2004).

No Canadá, a maior conquista para a saúde mental foi o que passou a ser chamado de "virada ambulatorial", em que as responsabilidades do Estado passaram a ser partilhadas com outros atores sociais. Nesse sentido, a participação da comunidade, dos usuários e da família, no processo de ajuda mútua, de prevenção e de discussão sobre saúde e bem-estar, gerou um compromisso e uma nova forma de encarar a doença mental, em que a cooperação da sociedade tem um papel fundamental para reduzir ao máximo as internações hospitalares e priorizar a permanência da pessoa que sofre de transtornos mentais na comunidade[16].

Na região do Caribe e da América Latina, os problemas que afetavam a assistência na área da saúde mental não eram muito diferentes dos outros países que abordamos anteriormente. Porém, no caso desses países, havia um fator mais agravante para a saúde, pois, além da necessidade urgente de uma ampla reforma, enfrentavam uma grave situação de endividamento externo, que se acumulava há décadas, gerando forte crise econômica. No início dos anos 90,

> As necessidades sociais aumentaram para grandes setores da população, em consequência da crise econômica, ao mesmo tempo em que houve cortes nos gastos sociais, exarcebando as tradicionais deficiências na estrutura básica dos serviços. No setor saúde, diminuíram os investimentos em saneamento básico, na manutenção e conservação de equipamentos e instalações, na atenção às populações marginalizadas e nos programas de imunização, de sobrevivência infantil ou de subsídios alimentares. A maioria dos países da América Latina e do Caribe não atinge a cifra média mundial de gastos estatais com a saúde (100 dólares anuais *per capita*). Calcula-se que, do total de 423 milhões de habitantes, cerca de 130 milhões não têm acesso permanente a serviços básicos de saúde (DESVIAT, 1999. p. 137).

[16] Um dado importante e original, segundo Desviat "(...), foi a magnitude do aumento do número de pacientes acolhidos em famílias: 2.013 em 1970 e mais de seis mil em 1985" (DESVIAT, 1999, p. 71).

Diante dessa conjuntura econômica e da escassez de investimentos na saúde, a situação da atenção psiquiátrica era mais degradante ainda. Predominava a assistência manicomial, onde o acúmulo de pacientes, a miséria e a violação dos direitos humanos eram comuns[17].

Um marco importante para a iniciativa do processo de reforma psiquiátrica na região foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em novembro de 1990, na cidade de Caracas. No evento, vários políticos, legisladores e técnicos se reuniram para discutir um projeto de saúde mental e suas linhas estratégicas para a América Latina e o Caribe. Conhecido como Declaração de Caracas, o documento aprovado na Conferência estabelecia os princípios que deveriam nortear a reestruturação psiquiátrica. Figurava, entre os principais pontos do projeto, a necessidade de promover novos recursos terapêuticos que priorizassem o atendimento extra-hospitalar e garantissem o respeito aos direitos humanos e civis de seus usuários.

Algumas iniciativas por uma assistência mais humanizada e contra os abusos cometidos nos manicômios já haviam ocorrido antes do movimento que surgiu com a Declaração de Caracas. Porém, eram experiências-piloto, e a maioria delas era feita por grupos isolados e voluntaristas que não contavam com o apoio técnico, político e social necessário para se expandir[18]. É em vista do amplo movimento - pela sensibilização em torno da assistência aos portadores de transtornos mentais e pela necessidade de uma atualização legislativa sobre os direitos destes - organizado após a Declaração, que esse projeto é tido como um passo importante para a reforma entre os países latinos e caribenhos.

Nos anos subsequentes à Conferência Regional de 1990, as diretrizes da reforma continuaram a ser discutidas em vários encontros nacionais multissetoriais realizados na Argentina, no Brasil, na Colômbia,

---

[17] Desviat (1999) menciona algumas denúncias sobre as péssimas condições de funcionamento, mortes e desaparecimentos em manicômios de diferentes países nessa época.

[18] Ver a esse respeito: Ribeiro (1999); Desviat (1999).

em Costa Rica, no Chile e na Venezuela. Entre esses países, destacaremos o processo de reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização no Brasil.

3.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Para compreendermos como se deu a reforma psiquiátrica e a criação dos dispositivos residenciais no Brasil, é preciso, antes de tudo, rever como se deu a interação entre saúde pública e saúde mental, bem como, a evolução e a transformação de seus conceitos. Desse modo, faremos uma rápida análise, não apenas histórica, mas também social e política das condições que levaram à atual conjuntura da saúde mental.

Ao contrário dos países da Europa e da Ásia, pode-se dizer que o Brasil tem pouco tempo de História no que se refere à saúde mental. As primeiras referências sobre a percepção da loucura, no Brasil, fazem alusão aos povos indígenas que as vinculavam ao sobrenatural e a espíritos malignos. Para o cuidado e a cura, os índios praticavam rituais mágicos que ficavam a cargo do pajé - uma espécie de médico-feiticeiro da tribo (SANTOS FILHO, 1980).

Durante o processo de colonização, a prática médica ficou sob a responsabilidade dos jesuítas, que passaram a exercer uma grande influência na sociedade que se formava. Segundo Ribeiro (1999), não houve, durante o período colonial, qualquer cuidado específico direcionado às doenças mentais. Para o tratamento de suas enfermidades, a população contava com alguns curandeiros e profissionais da saúde, que se valiam de suas vivências e observações. Devido à falta de recursos e de estruturas adequadas para os doentes, o que restava, muitas vezes, era o improviso. Assim como ocorreu na Europa, os enfermos eram acolhidos nas Santas Casas de Misericórdia, nas instituições religiosas e filantrópicas, cuja função era mais de caridade do que médica. Os locais especificamente reservados para o atendimento às pessoas com problemas mentais vão ser disponibilizados somente a partir do final do Século XVIII e início do Século XIX (RIBEIRO, 1999).

No Brasil, a assistência psiquiátrica foi estruturada de maneira bastante semelhante ao método utilizado na Europa, em que predominavam o internamento, a vigilância e a tutela dos internos, culminando em uma verdadeira política de segregação[19]. Do final do Século XIX até o Século XX, a psiquiatria passa de uma fase leiga e pré-científica de construção, para uma fase de legitimação científica. Nesse período, os psiquiatras finalmente conseguem ter autoridade para classificar e tratar os alienados, que antes ficavam sob jurisdição das autoridades públicas ou de religiosos (RIBEIRO, 1999).

Analisando a construção das práticas médicas desse período, Schwarcz (1993) mostra que a medicina e a psiquiatria vão ser influenciadas pela medicina antropométrica e pela eugenia[20]. Apesar de nunca terem sido confirmados cientificamente na prática pelos seus pressupostos, a eugenia, assim como os estudos de craniologia, incentivaram uma série de ideias preconceituosas em relação à superioridade de certas raças e populações em relação a outras. Ao propor, por exemplo, a esterilização de indivíduos de cor, criminosos ou com algum tipo de deficiência física ou mental para impedir que eles procriassem e perpetuassem espécies doentes e impuras, a eugenia pregava uma espécie de higiene social da raça.

Surgem, a partir de então, vários estudos e experimentos divulgados em revistas e congressos que, fundamentados em casos médicos, associavam crime, raça, fealdade, alienação e degenerescência:

---

[19] A epistemologia da medicina e sua compreensão a respeito das doenças no Século XVIII eram pautadas no modelo de observação da classificação botânica de Lineu, de modo que a doença estaria ligada a uma ação particular do meio sobre o indivíduo. Em vista disso, o indivíduo passou ser submetido a uma extensa e disciplinada pirâmide de olhares, cujo objetivo era vigiá-lo e classificá-lo em espaços especificamente definidos para o tratamento e a cura de suas doenças. Isso contribuiu para que o hospital se tornasse aos poucos "(...) uma espécie de aparelhagem complexa que, ao mesmo tempo, deveria fazer aparecer e produzir realmente a doença" (FOUCAULT, 1993, p. 119).

[20] "Eugenia: conjunto de métodos que visam melhorar o patrimônio genético de famílias, populações ou da humanidade, pelo entravamento da reprodução de genes considerados desvantajosos (...) fundada por F. Galtor, a eugenia nunca foi confirmada cientificamente". (Grande Enciclopédia Larousse Cultural, v. 12 p.2346).

"(...) realçando os casos mais extremos e escabrosos, fazia-se da 'anormalidade' um grande espetáculo" (SCHWARCZ, 1993:22).

Assim como os naturalistas, os médicos se puseram a classificar os doentes numa verdadeira cruzada profilática, não apenas com a intenção de sanar a sociedade de suas epidemias, mas também de salvaguardar sua beleza e higiene. Os alvos de intervenção tornaram-se inúmeros: "Os hábitos deveriam ser moralizados, orientando-se os costumes alimentares e higiênicos, controlando-se o desvio e evitando a 'degeneração'. Condenam-se casos de 'perversão sexual', assim como se disciplinam as práticas sexuais" (SCHWARCZ, 1993, p. 25).

Essas práticas acabaram dividindo a sociedade entre indivíduos perfeitos (saudáveis e limpos) e degenerados (doentes e sujos). Em meio a esse processo, a loucura foi sendo instituída no horizonte social da pobreza, da periculosidade e da degenerescência. A psiquiatria tornou-se uma forma de cuidar hegemônica, devido ao seu conhecimento sobre a loucura, pelo fato de ser a mais antiga e, até mesmo, a única ciência que, por um longo tempo, dedicou-se ao seu estudo. O surgimento de outras ciências que se enveredaram por esse campo, assim como a sua aproximação com a psiquiatria, só ocorreu quase um século depois, formando um conceito de saúde mental que passou a propor uma ação integrada e interdisciplinar:

> (...) como um grande campo de conhecimento e uma grande área de atuação que congrega várias ciências e categorias profissionais visando estudar, pesquisar e entender o homem num enfoque bio-psico-social e sua relação com o normal e o patológico; prevenir as manifestações psicopatológicas que poderiam advir-lhe; utilizar técnicas e métodos de diagnóstico e tratamento das doenças mentais, dos distúrbios de comportamento e das diversas formas de anormalidade da vida psíquica (RIBEIRO, 1999, PP. 12-13).

No entanto, até que houvesse o desenvolvimento desse novo tipo de perspectiva para o tratamento das doenças mentais, vários equívocos foram cometidos nos primórdios da construção da psiquiatria como ciência

médica no Brasil. Alguns autores do Século XIX descreveram as atrocidades e os maus-tratos cometidos contra os doentes: torturas, castigos, além da total falta de conforto nos estabelecimentos onde permaneciam internados, muitas vezes, amarrados. Os loucos mais agitados eram colocados em caixões de madeira, onde permaneciam nus e expostos ao tempo e as suas variações climáticas[21].

Após a Proclamação da República, alguns acontecimentos marcaram a história da evolução psiquiátrica e da assistência ao doente mental no Brasil, como é o caso da promulgação da primeira Lei Federal de assistência aos doentes mentais em 1903; a criação dos Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins em 1905; a criação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal em 1907. Em 1912, a Psiquiatria se desvincula da Medicina-Legal, tornando-se independente enquanto especialidade médica; em 1923, é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, cujo objetivo era reformar a assistência psiquiátrica; em 1927, é criado um Serviço de Assistência aos Doentes Mentais, que passa a coordenar a assistência psiquiátrica em todo o país e, após três anos de sua criação, é incorporado ao Ministério da Educação e Saúde (RIBEIRO, 1999).

Do período que vai da República Velha até o do Estado Novo, a psiquiatria e a Liga Brasileira de Saúde Mental vão ser influenciadas pela eugenia. Inspirado na política de direita nazista européia, esse pensamento irá desenvolver uma larga predominância na medicina brasileira. Após 1930, uma nova política econômica nacional-desenvolvimentista emerge, abrindo espaço para o investimento em algumas questões sociais por parte do programa estatal. Com as mudanças políticas e econômicas que o país atravessava, especialmente, o avanço da urbanização e industrialização, os trabalhadores passaram a lutar por melhores condições de vida e a reivindicar uma maior atenção à saúde. Para Ribeiro (1999), o governo se interessou pela saúde pública, com o objetivo de proteger a produção, devido ao risco de epidemias, pois

[21] Para saber mais a esse respeito, ver Charam, 1986; Resende, 1992.

estas poderiam causar uma baixa oferta na mão de obra. Os investimentos, nessa área, vieram com o objetivo de evitar possíveis complicações financeiras. Assim, a assistência médica, em geral, acabou servindo aos interesses econômicos da época.

O Estado vai passar a interferir na área da saúde, através da criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), responsável não somente pelas aposentadorias dos trabalhadores filiados, mas também pela prestação de serviços na área da saúde até 1966 (RIBEIRO, 1999). No entanto, o IAP não se constituía como uma política inclusiva, pois esse tipo de assistência médica beneficiava apenas os segurados pela previdência. Vale salientar, ainda, que esse instituto não oferecia qualquer tipo de assistência psiquiátrica aos segurados, o que só veio a ocorrer por intervenção e imposição do governo através de um decreto-lei na década de 40.

As políticas de saúde ficaram limitadas a poucas conquistas e a algumas campanhas de intervenção de combate a doenças até 1964, quando um golpe militar mudou o cenário social, político e econômico do Brasil. Ao assumir o poder, os militares empreenderam uma política centralizadora e entreguista, que favorecia apenas o capital de grupos empresariais estrangeiros. O Brasil passou por duas décadas de perseguição, tortura e censura a todos os que eram considerados subversivos. Não havia garantia de direitos a nenhum cidadão brasileiro. As mudanças, realizadas na área da saúde por esse regime, ficaram limitadas a incentivos que beneficiavam o setor privado. Em 1966, por meio de um decreto, o Estado criou o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que teve por finalidade absorver os institutos de aposentadoria e de pensão existentes, tendo como principal atividade regular e prever aposentadorias e pensões, auxílios sociais e assistência médica. Ainda durante o regime militar, em 1977, é criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), cuja função é de dar assistência médica hospitalar, enquanto que a concessão de benefícios ficou a cargo do INPS.

Essas ações deixam transparecer que a Saúde Pública não era prioridade para o governo. Não eram levadas em consideração as necessidades locais de cada região para os investimentos e os repasses, e as verbas foram centralizadas e repassadas diretamente do governo para os prestadores de serviços de assistência médica e psiquiátrica, que foram privatizados e monopolizados pelas Casas de Saúde e pelos Hospitais particulares.

Até esse momento, a assistência aos portadores de transtornos mentais não contava com transformações substanciais em seu modelo de atendimento[22]. O Movimento contra os manicômios tornou-se mais forte somente a partir do período da redemocratização, com a abertura política e o fim da ditadura. Nessa época, o cenário político se mostrava mais aberto a mudanças e a reivindicações. No entanto, foi somente após a reforma sanitária que suas metas passaram a ser alcançadas.

As discussões por uma nova política de saúde mental existiam, mas, na prática, esbarravam na estrutura privatizante montada pela ditadura. A indústria farmacêutica crescia cada vez mais, uma vez que a medicina se centrava no campanhismo, no curativismo e na medicalização, estratégia que, segundo Luz (1991), foi sem precedentes na história. Os leitos dos hospitais conveniados aumentavam, enquanto diminuíam os de hospitais públicos. A saúde atendia bem mais a uma demanda do capital.

No final da década de 70, inicia-se uma tímida abertura política, que possibilitou a reorganização de vários movimentos sociais. Movimento de mulheres, sindicatos, homossexuais, moradores de bairros e opositores ao regime político, entre outros, passaram a denunciar a desastrosa situação de desigualdade na saúde pública e previdenciária no país, reivindicando

[22] A preocupação com uma atenção mais humanizada para os doentes mentais, apesar de tímida, existia no Brasil, desde longa data, por parte de alguns profissionais da saúde, como é o caso de Teixeira Brandão - que já na época do Império reivindicava a necessidade de leis de amparo, e advertia contra a falta de cuidados especiais e o modo antiquado e agressivo com que a sociedade os tratava. E Ulysses Pernambucano que, na década de 30, já demonstrava seu pioneirismo ao introduzir na Escola do Recife a Psiquiatria Social, criando um sistema completo de serviços para os doentes mentais, que incluía até assistência primária - nesse período, a prevenção em saúde mental não era ainda sequer cogitada em política de saúde (RIBEIRO, 1999).

providências das autoridades responsáveis. No bojo dessas discussões, surge o Movimento de Reforma Sanitária, que denunciava as mazelas do sistema de saúde vigente e lutava pela construção de um novo Sistema Nacional de Saúde.

Na década de 80, com a transição para a redemocratização e o fortalecimento das bases federativas, surgem propostas alternativas para a saúde, que preconizam a democratização, por meio da participação popular, da universalização e da descentralização dos serviços de saúde. Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, em que foram discutidos os princípios norteadores da reforma sanitária, que teve como importante conquista, em 1987, por ocasião da Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação do texto que garantia a "Saúde como um direito de todos e um dever do Estado". Esse texto previa a abertura para a participação dos movimentos sociais na elaboração, no controle e na execução das políticas de saúde, através da descentralização dos serviços, com a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), consolidando uma trajetória de tentativas anteriores[23]. Sua meta principal era realizar o repasse das verbas de saúde diretamente para os Estados e os municípios, para que eles pudessem administrá-las de acordo com suas especificidades locais, contando para isso com a participação dos conselhos de saúde.

Assim, o caminho para a reforma sanitária no país toma fôlego com a promulgação da constituição de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica de Saúde de 1990, a qual institucionalizou e normalizou as regras que deveriam orientar a gestão dos recursos para por em prática as novas medidas incipientes. Embora, na prática, essas metas não tenham se efetivado dentro das perspectivas postuladas, a reforma sanitária abriu espaço para que novos movimentos viessem à tona, a fim de participar das mais diversas questões referentes à saúde e reivindicar soluções para

14 A criação do SUS foi precedida pelas Ações Integradas de Saúde AIS (1984), e pelo Sistema Unificado de Descentralização da Saúde SUDS (1987) que, apesar de não terem obtido a eficiência esperada, constituíram importantes passos em direção à descentralização (CANIELLO & JUSTINO FILHO, 2004).

elas. A partir desse novo quadro político, abria-se espaço para a participação efetiva da sociedade civil.

Na conjuntura da luta pela melhoria da saúde no Brasil, Amarante destaca:

> A partir dos anos 70 e início dos anos 80, um dos principais atores do processo de luta para a construção da Reforma psiquiátrica entrou em cena: o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que formulou sérias críticas ao paradigma psiquiátrico manicomial (AMARANTE, 1995, p.91).

Com o objetivo de dar um significado diferente ao tratamento do portador de transtorno mental, o Movimento criticava duramente as políticas realizadas nesse campo de assistência, propondo como estratégia de ação a transformação e a superação do paradigma psiquiátrico. Os manicômios, os asilos e as clínicas psiquiátricas passaram a ser rediscutidos em suas bases para que fossem criados novos dispositivos de cuidados diversificados e abertos à comunidade**.**

Para Vasconcelos (2002, p. 41), a proposta do Movimento Antimanicomial se insere no campo da conquista e da reinvenção da cidadania dentro de uma nova abordagem à saúde mental, que passa pelos direitos particulares dos usuários e de seus familiares. Nesse sentido, a estratégia de desistitucionalização sugerida pelo Movimento considera a necessidade de rever vários conceitos e dispositivos jurídicos e legais, como os instrumentos referentes aos direitos civis e políticos dos usuários, tanto na sociedade, quanto nos serviços.

Um dos principais objetivos da reforma psiquiátrica é trazer, para a atividade assistencial dispensada ao portador de transtorno mental, mais dignidade e humanização, não apenas no sentido de que ele tenha direito a isso, mas que seja visto, também, como um cidadão que precisa de assistência, e não, de tutela[24]. O Movimento Antimanicomial luta para que

[24] De acordo com Delgado: "Quando se coloca em discussão a cidadania do paciente psiquiátrico e do louco, assim como da criança, imediatamente esbarra-se na noção de

o doente mental possa ser um doente como os outros. Um doente cidadão, tratado humanamente, como um sujeito que também tem vontade própria.

Nesse contexto, a Declaração de Caracas de 1990 fomentou, ainda mais, a importância de reestruturar a atenção psiquiátrica. Para isso, propôs modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com redes sociais, visando à permanência do portador de transtorno mental em seu meio social (KALIL, 1992).

Fundamentando-se no modelo de transformação italiano, o Movimento Antimanicomial brasileiro passou a perseguir a meta da desinstitucionalização dos manicômios e da criação de estruturas extra-hospitalares de apoio aos doentes mentais. Em 1989, técnicos envolvidos com esse Movimento assumiram a coordenação das políticas de saúde mental de alguns municípios, o que desencadeou a construção de novos serviços de acolhimento e tratamento. Como frutos desses trabalhos, destacam-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos - SP (OLIVEIRA, 1999).

Após vários conflitos e tensões, as instâncias administrativas do Estado colocaram-se abertamente a favor da inversão nos padrões de tratamento que, até o momento, seguiam a ótica do internamento hospitalar[25]. Assim, a proposta de enfatizar o atendimento extra-hospitalar nos ambulatórios, nos centros de saúde e na rede de atendimento primária chega a ter um razoável consenso entre os profissionais e os demais integrantes do Movimento da saúde mental. A ideia de que a internação só seria necessária em momentos de crise e por curtos períodos passou a ser largamente defendida (BEZERRA JR., 1987).

---

tutela. A tutela é um mecanismo criado pela sociedade para proteger as pessoas que não têm autonomia para exercitar seus direitos ou para transitar, de forma adequada e feliz, na cidade humana. Através da tutela estende-se a mão a essas pessoas, para que possam atravessar a rua da vida urbana, em lugares e momentos determinados" (DELGADO, 2006, p.205).

[15]Os projetos idealizados pela reforma psiquiátrica entraram em uma luta explícita com os donos de clínicas privadas e hospitais conveniados, que recebem uma taxa diária do Estado por doente mental internado (AMARANTE, 1995 ; OLIVEIRA, 1999).

Em 1992, com o intuito de tentar conscientizar a sociedade sobre o seu preconceito contra os portadores de transtornos mentais e o de mudar essa realidade estigmatizante, o Ministério da Saúde lançou a campanha "Doença mental não é crime". A partir de então, pode-se dizer que a política do governo federal vem tentando extinguir, gradativamente, as internações, dando prioridade ao tratamento de pacientes psiquiátricos em ambulatórios. As inspeções sanitárias foram intensificadas, e os pedidos de aumento de leitos feitos pelos manicômios não somente foram recusados, como ameaçados de fechamento devido às denúncias de maus-tratos e às precárias condições de atendimento, como superlotação e existência de selas fortes (AMARANTE, 1995; OLIVEIRA, 1999).

As clínicas privadas e conveniadas têm sido os principais alvos do Movimento Antimanicomial, devido à má qualidade do tratamento dispensado aos doentes mentais que, na maioria dos casos, ao serem internados, sofrem maus-tratos e abandono. As críticas se intensificaram nos anos 90, quando o Movimento Antimanicomial passou a denominá-las de indústrias da loucura. Representantes da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Comissão de Direitos Humanos da OAB, médicos, psiquiatras, interventores e diretores da área de saúde mental das secretarias estaduais de saúde acusaram as clínicas conveniadas de práticas irregulares e desumanas, tais como: política de internamento com prazos acima da média necessária, excesso do uso de medicamentos, técnicos insuficientes para as enfermarias, métodos violentos e falta de higiene (AMARANTE, 1995).

Os donos das clínicas se defendiam das acusações, alegando que recebiam do sistema público de saúde uma verba ínfima por paciente, que era insuficiente para os gastos e o obrigava a cortar despesas, de tal forma, que um tratamento digno ficava praticamente inviável. Isso evidencia que a polêmica com os donos das clínicas conveniadas vai das denúncias estruturais à questão financeira. Os adeptos da desospitalização defendem o deslocamento dos recursos que financiam essas clínicas para investimentos em instituições públicas, por elas terem chances reais de

ser mais eficazes e produtivas na execução dos seus trabalhos. Ao contrário do que ocorre com as chamadas indústrias da loucura, onde o interesse-mor seria o dinheiro, o seu desenvolvimento não dependeria da busca de lucro e haveria, com isso, mais prioridade pela qualidade dos serviços prestados aos usuários (DELGADO, 1992).

Como estratégias de embate político, os donos das clínicas, representados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), apresentaram um abaixo-assinado dirigido ao Congresso Nacional, na ocasião das votações do Projeto de Lei Paulo Delgado. O discurso dos donos das clínicas conveniadas passou a enfatizar e alegar que os portadores de transtornos mentais ficariam desamparados, sem o apoio das clínicas, porque o Movimento Antimanicomial tentava fechar. Essa pressão frente ao Congresso acabou por causar um emperramento nas discussões sobre a Lei, fazendo-a ser adiada várias vezes, até a sua aprovação final, que se deu apenas em 2001, após a incorporação de algumas emendas (DELGADO, 1992).

Apesar da resistência por parte de alguns setores que teriam seus interesses financeiros prejudicados, no Brasil, a reforma obteve importantes conquistas com a realização de Conferências Nacionais de Saúde Mental[26], especialmente com a II Conferência, realizada em 1992, que contou com uma intensa participação da sociedade. Dos delegados que fizeram parte do evento, 20% eram representantes e familiares dos usuários dos serviços. O Ministério da Saúde adotou o relatório final da

[26] Até o momento, foram realizadas três Conferências Nacionais de Saúde Mental. A I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987. Durante essa I Conferência, foi discutida a necessidade da realização do II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, no qual foi instituído o lema "Por Uma Sociedade Sem Manicômios". A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi convocada logo após a promulgação da Lei Paulo Delgado em 2001, e foi realizada em Brasília no mesmo ano. As etatapas preparatórias congregaram mais de 23.000 pessoas. Havia representação dos movimentos sociais, profissionais de saúde, usuários e de seus familiares. Recentemente, no final de julho de 2010, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como tema central, Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios.

Conferência como diretriz oficial para a reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil, estabelecendo como marcos conceituais fundamentais desse processo a atenção integral e a cidadania. O relatório reivindicava também a implementação de programas de atenção em saúde mental, através da municipalização, que já estava prevista pela lei, e a atualização dos direitos dos portadores de transtornos mentais com a revisão do Código Civil (BRASIL, 1994).

No entanto, as tentativas de avanço da reforma através do PAD (Programa de Apoio à Desospitalização) tiveram um recuo considerável durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, principalmente, após a saída do Ministro Adib Jatene. Houve um esvaziamento da participação do Ministério da Saúde na coordenação de saúde mental, e novas portarias de serviços e programas foram bloqueadas. Somente em 1999 é que algumas conquistas significativas foram possíveis, como a portaria do Ministério da Saúde para serviços residenciais terapêuticos, que integrou o atendimento em saúde mental ao Programa de Saúde da Família:

> (...) trabalhando diretamente nas comunidades e nas casas da população, recolocam na ordem do dia a questão dos cuidados em saúde mental comunitária possíveis de serem desenvolvidos nesse nível de atenção por equipes, bem como do sistema de referência e contra-referência a serviços psiquiátricos mais complexos, a partir de uma lógica comprometida com a desinstitucionalização psiquiátrica (VASCONCELOS, 2000, p.30).

Os avanços e os recuos na área da saúde mental vão ocorrer, daí em diante, de acordo com as mudanças nas administrações estaduais e municipais. Na maioria das regiões, quando os governos de esquerda ou centro-esquerda assumiram a administração, os programas comprometidos com a reforma foram difundidos. Já na cidade de Santos, que era considerada um exemplo a ser seguido, as políticas de saúde não continuaram no mesmo ritmo e recuaram devido à substituição na administração municipal. No tocante às entidades profissionais da saúde

do complexo médico-industrial e da psiquiatria, houve um crescimento de trabalhos mais voltados para técnicas e pesquisas com fenômenos neuroquímicos e genéticos, promovendo uma "(...) ampla difusão de novas técnicas de mapeamento cerebral e novos medicamentos, representando uma verdadeira onda de conservadorismo e corporativismo profissional" (VASCONCELOS, 2000, p.30).

Ainda hoje, a questão da reforma psiquiátrica é motivo de grandes divergências entre seus profissionais, principalmente entre os médicos, que não aceitam com muita facilidade o trabalho em equipes multidisciplinares, por acharem que essas propostas de trabalho ameaçam o seu papel e autoridade. O fato é que, mesmo diante de tantos percalços, a reforma psiquiátrica conseguiu se expandir e criar uma rede alternativa de atendimento extra-hopitalar. O Movimento da Luta Antimanicomial também obteve ganhos, estruturando seu perfil de participantes de forma bastante diversificada, indo além dos profissionais da saúde, dos usuários e dos seus familiares, com representantes nas esferas dos Poderes Legislativo, Judiciário e Executivo (VASCONCELOS, 2000).

A maior conquista da trajetória sanitarista para a reforma psiquiátrica foi a mudança de uma perspectiva macroadministrativa da saúde pública no Brasil - que não possibilitaria grandes avanços na representação social da loucura e nas políticas de saúde mental pela própria dificuldade histórica do sistema em gerir os recursos e atender às especificidades de cada região - para a descentralização do sistema e o direito de participação de todos os cidadãos. Um dos êxitos da atual gestão das políticas em saúde mental é o fato de ter conseguido um redirecionamento do financiamento público e um maior controle sobre o funcionamento dos hospitais, seja pela limitação dos abusos, seja pela implementação de novos serviços. É ainda relevante que essas ações não se projetaram sem a colaboração de novos atores sociais, mas, ao contrário, em sintonia com eles (VASCONCELOS, 2000).

Atualmente, as estratégias de ação da reforma psiquiátrica são articuladas através da difusão e da ampliação de novas alternativas extra-

hospitalares. Essas alternativas estão sendo construídas para reestruturar o atendimento e reformular o conceito de doença mental, que não deve mais ser encarado como um conjunto de sintomas a serem diagnosticados e tratados, mas como uma questão de existência que englobe a totalidade da experiência do sujeito. Elas têm como meta impedir a interpretação exclusivamente sintomatológica que prioriza apenas o lado da doença. O maior objetivo é cuidar da pessoa, do sujeito que sofre e evitar o seu isolamento (BASAGLIA, 1985; GOLDBERG, 1994; OLIVEIRA, 2002).

A implementação dos Dispositivos Residenciais Terapêuticos surge, nesse contexto, como um componente crucial estratégico do processo de desinstitucionalização e superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Nesse sentido, a Residência Terapêutica foi pensada como um lugar de apoio e de acompanhamento, com caráter interdisciplinar dirigido a essa demanda, à medida que os leitos dos hospitais forem sendo reduzidos. Assim, os antigos moradores dos hospitais psiquiátricos, que perderam o vínculo familiar ou cuja convivência com os familiares se tornou inviável, passaram a ser transferidos para os chamados SRTs. Essa alternativa de moradia deve estar articulada à rede de atenção psicossocial de cada município e ser estruturada de acordo com as necessidades e o gosto dos seus habitantes. Seu principal objetivo deve ser a progressiva inclusão social dos seus moradores.

A implantação de uma Residência Terapêutica deve requerer um pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais da saúde e vizinhança, para que seus moradores possam ser reinseridos na comunidade. Nesse sentido, há uma articulação de Leis e portarias que estimulam e direcionam atenção e recursos para ações que devem ser realizadas no território. A transferência de um paciente de hospital psiquiátrico para o SRT deve implicar redução de igual número de leito. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que financia os leitos nos hospitais, passa a ser realocada para os tetos orçamentários do município responsável pela assistência aos usuários, por meio de sua rede de saúde

mental. No entanto, ainda há muito que se fazer pela saúde mental, os muros a ser derrubados não são apenas os dos manicômios, mas os do preconceito e da desconfiança, que fazem frente a todo esse processo. A reforma psiquiátrica enfrentou, e ainda enfrenta, muitas dificuldades para por em prática seus objetivos. Apesar de toda a mudança já conquistada, pode-se dizer que ainda há muito a se caminhar no campo da saúde, que ainda hoje sente os reflexos das políticas públicas historicamente mal planejadas por seus governantes, caracterizadas, ora por um modelo campanhista e curativista, ora por um modelo privatizante. Mesmo depois da promulgação da Constituição de 1988 que, apesar de ser considerada inovadora nas questões referentes ao sistema e ao conceito de saúde, o que vemos, ainda, é a predominância de falhas graves, que prejudicam o bom funcionamento das políticas, tornando o modelo público de assistência ineficiente e inadequado para as reais necessidades da população. Que as políticas de saúde mental se expandiram e abriram novas possibilidades é realmente um fato; porém, até que ponto elas alcançaram suas metas e conseguiram ser efetivas, é uma questão importante a ser avaliada.

4. NOTAS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO ESTADO DA PARAÍBA

A história da assistência aos doentes mentais, na Paraíba, não foi muito diferente da que se passou na América e na Europa. Durante o período colonial, os indivíduos considerados insanos tinham, geralmente, dois tipos de destino: ou eram recolhidos às prisões, junto com malfeitores e criminosos de toda espécie, ou eram acorrentados e isolados em algum cômodo, em suas próprias casas, por seus familiares. Devido a essa prática comum, não é possível identificar, com precisão, em que data ou momento específico o hospital começou a receber alienados (COELHO FILHO, 1983).

Em João Pessoa, capital do Estado (antiga Cidade da Parahyba), a Irmandade da Misericórdia, por meio do seu hospital, foi a única instituição da província a dar amparo aos doentes mentais e indigentes durante o período colonial. Segundo Coelho Filho (1983), não se sabe ao certo a data em que foi fundada a Irmandade, porquanto não existem documentos que poderiam comprovar tal fato, e os primeiros arquivos da Casa da Misericórdia talvez tenham desaparecido durante a guerra contra os holandeses ou posteriormente, devido a um incêndio ocorrido no Século XVIII. Depois dos danos causados pela invasão holandesa, a Casa da Misericórdia foi reconstruída e ampliada em 1753, durante a administração do provedor Antônio José dos Feijós, dando continuidade a sua existência como instituição de amparo a doentes mentais e a indigentes.

Na capital da Província, o número de hospitais foi ampliado no Século XIX. Porém, apesar de contar com outras instituições, como o Hospital de Nossa Senhora das Neves e o de Santana, entre outros, apenas o Hospital da Misericórdia parecia aceitar alienados, mesmo contando com um pequeno espaço para acomodá-los, o que gerava desconforto e superlotação. Assim, a Santa Casa terminava, algumas vezes, por recusar indigentes acometidos por doenças mentais para

internamento, como demonstra o documento extraído do Arquivo Público da Paraíba, no qual o provedor Lindolfo José Corrêa das Neves endereça o seguinte ofício a Silvino Elvídio Carneiro da Cunha, presidente da Província:

> Consistório da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba, 16 de janeiro de 1875. Ilmo. E Exmo. Sr.: Cumprindo o despacho de V. Ex. de nº 52 de 9 do corrente, lançado em um ofício do Chefe de Polícia, que cobre outro do delegado de Mamanguape, em que pede para ser recolhido ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia o desavisado Manoel de Tal, tenho a informar o seguinte: Neste Hospital apenas existem dois quartos em condições de segurança, para doentes desta espécie, os quais se acham ocupados com outros, que exigem toda a segurança por seu estado de furor.
> Conservam-se atualmente no Hospital sete alienados, mais ou menos furiosos, que, além das ruínas, que causam no edifício com escavações no chão, estragos nas paredes, incomodam nas ocasiões de acesso os outros doentes com gritos e pancadas nas portas.
> Demorei essa informação para ver se melhoravam e obtinham alta, um que veio preso como envolvido nos movimentos populares do interior, e para ali remetido de ordem de V. Ex. como louco, ou uma mulher encontrada nas ruas desta cidade, e também recolhida de ordem de V. Ex., mas esse melhoramento não se tem verificado, e temo que tão cedo não se obtenha (...).
> Deus Guarde a V. Ex. (COELHO FILHO, 1983, p.149).

Assim como a carta transcrita acima, existem vários outros relatos de provedores da Misericórdia paraibana da época, com queixas frequentes sobre o constrangimento de ter que receber pessoas insanas em seu hospital, enviadas pelas autoridades policiais, sem que esse possua a mínima condição em termos de instalação e métodos adequados para tratá-las. Nesses relatórios é mencionado, ainda, o fato de o hospital ter que receber e algemar essas pessoas alienadas para evitar que destruam os cômodos da instituição e lhe cause prejuízo, e que vaguem pelas ruas pondo em risco a tranquilidade da população. Em consequência de tantos problemas, surgia a necessidade de criar um hospício de loucos. Um lugar para eles, exclusivo e determinado.

Após a implantação do Regime Republicano, a Santa Casa obteve um considerável avanço em suas condições materiais. Novas fontes de receita para a Casa foram criadas, por meio de um Decreto, em 22 de abril de 1892, além da Lei nº 5, de 12 de dezembro, que doava à Santa Casa o Sítio Cruz do Peixe, incluindo os prédios que nele existiam. Em virtude dessa Lei, a Santa Casa passou a custear uma enfermaria para loucos construída no local pelo Estado. Com a administração dessa enfermaria pela Santa Casa, originou-se o Asilo da Cruz do Peixe, primeiro hospital exclusivo para pessoas com problemas mentais da Paraíba, com atividades de funcionamento até o ano da sua demolição, em 1928. No entanto, essa expansão da assistência e a melhoria pecuniária duraram pouco tempo. Logo a situação de abandono, isolamento e tratamento inadequado voltou a ser preocupante. Várias dificuldades surgiram, entre elas, a escassez de recursos da Santa Casa que, ao ter que restringir suas despesas entre doentes somáticos e doentes mentais, priorizava os primeiros no atendimento, em detrimento dos segundos. Como consequência disso, "(...) dentro em breve a Cruz do Peixe deixou de ser um asilo, para se converter num depósito humano, onde se recolhiam os infelizes privados da razão" (COELHO FILHO, 1983, p.157). O tratamento desigual, a falta de recursos materiais e humanos, o isolamento, as grades, a falta de higiene, os maus-tratos e o uso abusivo de medicamentos transformaram a vida no hospício em um espetáculo de horrores, que atraía visitantes curiosos e compadecidos diante da situação dos internos.

Com o passar dos anos, novas instituições foram criadas. Em 23 de junho de 1928, foi inaugurado, na antiga Estrada dos Macacos, hoje avenida D. Pedro II, o Hospital Colônia Juliano Moreira. A instituição era mista, uma vez que se constituía tanto como um Hospital para portadores de transtornos mentais, que precisavam de tratamento continuado, tanto como colônia para abrigar doentes crônicos, cujo melhor tratamento era entendido como medicação e disciplina por meio do trabalho. O hospital dividia-se em duas alas: uma masculina e outra feminina. Para cada uma

delas, seis quartos, três enfermarias, um refeitório e duas salas de hidroterapia. Para servir às duas seções: um laboratório, sala de operação, necrotério, uma farmácia, sala de duchas e usina elétrica. Alguns anos depois, foram construídos novos pavilhões, um Manicômio Judiciário e um Sanatório para pensionistas (COELHO FILHO, 1983).

Do início do Século XX, até a década de noventa, a assistência centrada nos manicômios e hospitais psiquiátricos foi a alternativa predominante para os portadores de transtornos mentais na Paraíba. Ao longo desses anos, outros hospitais e clínicas psiquiátricas foram fundados em algumas cidades do Estado, como Campina Grande e Cajazeiras. As críticas à falta de uma assistência médica adequada e as denúncias de maus-tratos nas instituições psiquiátricas já ecoavam no Brasil desde a década de setenta. Na Paraíba, não foi diferente. Seguindo uma tendência nacional, nesse período, começaram a ser discutidas as questões referentes ao tratamento e à doença mental.

Na década de oitenta, foram realizados fóruns de debate e conferências sobre a saúde mental no Estado, todavia, somente em 1995 é que foi criado o primeiro CAPS do Estado, na cidade de João Pessoa. Nos anos seguintes, a implantação desses serviços expandiu-se consideravelmente pelo Estado, chegando a várias cidades, como demonstra o quadro a seguir, cedido pelo Núcleo de Saúde Mental do Estado:

Quadro demonstrativo da rede de atenção em Saúde Mental até o final dos anos 90 por macrorregião

Macrorregiões	Assistência em Saúde Mental	
I MACRO JOÃO PESSOA	1.1- Referência Hospitalar Psiquiátrico público	-Hospital psiquiátrico Juliano Moreira; -Sanatório Clifford
	1.2- Atendimento Ambulatorial	-PAM-Jaguaribe; -Centro de Atenção Psicossocial-CAPS; -Centro de Saúde Cruz das Armas; -Centro de Saúde de Valentina Figueiredo; -Hospital Universitário-HU
	1.3- Atendimento Hospitalar	- Hospitais Privados e Contratados do SUS
II MACRO CAMPINA GRANDE	2.1- Atendimento Ambulatorial	- NAP – Núcleo de Assistência Psiquiátrica - Centro de Saúde do Catolé
	2.2- Atendimento em Comunidade	- Programa de Saúde da Família
	2.3- Atendimento Hospitalar	- Hospitais Privados e Contratados do SUS
III MACRO PATOS	3.1- Atendimento Ambulatorial	- Centro de Saúde Nabor Wanderley
	3.2- Atendimento em Comunidade	- Unidade Básica de Saúde
IV MACRO SOUSA	4.1- Atendimento Ambulatorial	- Centro de Saúde - PAM

A política de assistência à saúde mental no Estado da Paraíba, até final dos anos noventa, conforme demonstrado no quadro acima, estava estruturada em quatro macrorregiões, a saber: a Primeira Macro, situada no município de João Pessoa, recebia assistência psiquiátrica por meio do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira e do Sanatório Clifford. A assistência incidia por meio do atendimento ambulatorial de hospital conveniado, por meio do PAM de Jaguaribe, do CAPS, do Centro de Saúde de Cruz das Armas e do Centro de Saúde de Valentina Figueiredo, e o hospitalar, por meio do Hospital Universitário da UFPB.

Na Segunda Macro, situada no município de Campina Grande, a assistência psiquiátrica ocorria por meio do atendimento ambulatorial, em

comunidade e hospitalar. A assistência dada através do atendimento ambulatorial era realizada no Núcleo de Assistência Psiquiátrica (NAP) e no Centro de Saúde do Bairro Catolé. O atendimento em comunidade era feito pelo Programa Saúde da Família, e o atendimento hospitalar, por hospitais privados e contratados do SUS, como a Clínica Psiquiátrica Dr. Maia e o Hospital João Ribeiro[27].

A partir de 2004, a Secretaria de Saúde do município passa a consolidar as bases de um novo projeto terapêutico, com a criação da Emergência Psiquiátrica, a fim de evitar internações hospitalares prolongadas, dando um maior suporte aos CAPS. Desde a aprovação da Lei 10.216 de 2001, também chamada de Lei da reforma psiquiátrica, a Coordenação de Saúde Mental tem mudado o modelo de assistência à saúde mental no município, direcionando investimentos para ações e serviços que substituam os antigos manicômios e as longas internações, por serviços como os CAPS e as Residências Terapêuticas[28].

Na Terceira Macro, situada na cidade de Patos, a assistência psiquiátrica ocorria por meio do atendimento ambulatorial, no Centro de Saúde Nabor Wanderley, e em comunidades, realizada na Unidade Básica de Saúde, daquele município. Já na Quarta Macro, situada na cidade de Sousa, a assistência psiquiátrica, nesse período, ocorre por meio do atendimento ambulatorial no Centro de Saúde PAM. Contudo, nessa fase

---

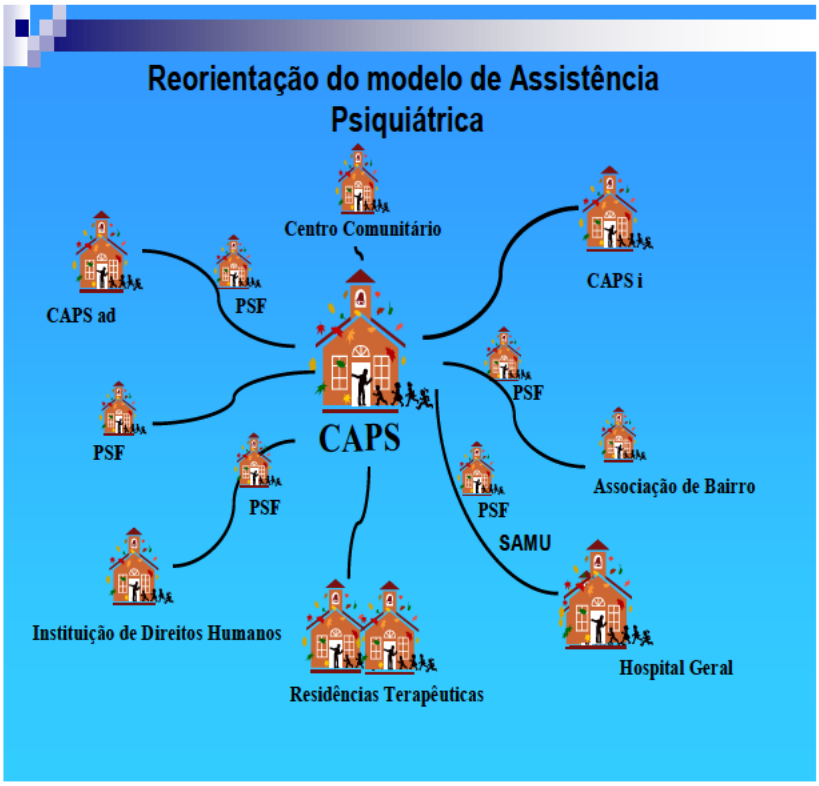
[27] O hospital João Ribeiro foi descredenciado, oficialmente, em Julho de 2003, a partir dos resultados da vistoria do PNASH 2002. O processo de intervenção iniciou-se efetivamente em Campina Grande, no dia 05/11/2004, com a visita a esse município do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Pedro Delgado e Florianita Campos, assessora do Ministério da Saúde. A intervenção foi motivada pelas dificuldades financeiras encontradas pelos gestores locais. Considerando que esse é um dos oito hospitais que passa por situação semelhante, o Ministro da Saúde determinou sua intervenção.

[28] De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, atualmente, funcionam no município de Campina Grande o CAPSinho (Centro Campinense de Intervenção Precoce), o CAPS I Viva Gente (infanto-juvenil), o CAPS II Novos Tempos, o CAPS III Reviver, que funciona 24 horas, e o CAPS ad (Álcool e outras drogas), além dos dois CAPS 1 localizados nos distritos de Galante e São José da Mata. Os serviços disponibilizados para portadores de transtornos mentais incluem ainda o Centro de Convivência e Cultura Artes e Ofícios, a Emergência Psiquiátrica e seis Residências Terapêuticas, três delas masculinas, duas femininas e uma mista.

do processo de desistitucionalização, foi fundamental a aprovação, em 24 de julho de 2004, da Lei Estadual nº 7.639, que dispunha sobre o direito dos portadores de transtornos mentais; o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental; as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias e a criação da Comissão de Reforma Psiquiátrica. A referida Lei passou a fundamentar as diretrizes da Política de Saúde Mental, no Estado da Paraíba, redirecionando o eixo hospitalar para o eixo extra-hospitalar e criando uma rede diversificada e integrada em diferentes níveis de atendimento e de complexidade, com o objetivo de proporcionar a inclusão social do portador de transtorno mental.

Nessa conjuntura de criação de serviços extra-hospitalares, foram realizadas, em 2005, a VI Jornada Paraibana de Psiquiatria e a II Conferência de Saúde Mental do Estado, cujo tema principal foi emoções-mente-corpo. O evento contou com a participação de vários especialistas em saúde mental, que discutiram diversos temas relacionados às políticas que vêm sendo desenvolvidas em saúde mental em nível nacional e estadual.

As estratégias que nortearam o processo de reforma da assistência psiquiátrica no Estado possibilitaram a criação de uma rede extra-hospitalar diversificada e incrementaram o processo de desospitalização, com uma progressiva substituição dos leitos psiquiátricos dos manicômios por leitos dos hospitais gerais e recursos alternativos para a internação integral. Assim, o modelo de assistência psiquiátrica passou a ser reorientado por uma proposta que articula uma rede integrada, conforme é demonstrado no quadro a seguir, cedido pelo Núcleo de Saúde Mental do Estado:



Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc.) daqueles usuários que os frequentam. Trata-se de um serviço que possa resgatar as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode acontecer através do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

O quadro acima demonstra como deve ser a articulação do CAPS na rede de atenção à saúde mental. Considerando suas várias instâncias, são diversas as modalidades de CAPS: PSF, SAMU, Hospitais Gerais, Centros Comunitários, Residências Terapêuticas e Associações de Bairro. A articulação em rede desses serviços substitutivos, dispostos de forma integrada e complementar, é crucial para a constituição de um conjunto

real e sólido de referências capazes de acolher a pessoa com transtorno mental.

A formação dessa rede é estabelecida quando ela se articula de maneira permanente com outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços da cidade, onde são construídos os cenários da vida comunitária. Nesses espaços, trabalha-se resgatando todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, propondo soluções, apresentando demandas e construindo objetivos comuns. A demarcação desses espaços, chamados de territórios, permite que se conheça a potencialidade dos recursos da comunidade e se construam, coletivamente, as soluções por meio da multiplicidade de trocas de saberes entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. Nesse sentido, é o território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar todas as ações e ser capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. Só assim, a rede poderá garantir a resolutividade e a promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Nas duas últimas décadas, houve um considerável crescimento das políticas de saúde mental na maioria dos Estados brasileiros. Na Paraíba, foram efetivadas diversas ações voltadas para a criação de alternativas extra-hospitalares, conforme demonstra a tabela a seguir, destacando o perfil e a localização dos serviços substitutivos nos diversos municípios da Paraíba, até meados de 2009:

Município	**CAPS I**	**CAPSI I**	**CAPSII I**	**CAPS i**	**CAPSa d**	**SR T**	**PV C**
J. Pessoa		02	01		01	01	
C. Grande		01	01	02	01	06	66
Sousa			01	01	01	02	03

Patos		01					
Mamanguape	01						
Araruna	01						
Monteiro	01						
Queimadas	01						
Cajazeiras		01			01		
Alagoa Grande	01						
Aroeiras	01						
Bananeiras	01						
Sapé		01					
Coremas	01						
Conceição	01						
Barra de Santa Rosa	01						
Sumé	01						
Lagoa Seca	01						01
Pedras de Fogo	01						
Itaporanga	01						
São Bento	01						
Taperoá	01						
Pombal		01					
Guarabira		01					
Solânea	01						
Belém	01						
Boqueirão	01					01	02
Piancó		01		01	01	02	01
Soledade	01						
Cabedelo	01						

Bayeux		01					
Santa Rita		01					
Esperança	01						
Juazeirinho	01					02	
Caaporã	01						
TOTAL	24	11	03	04	05	15	73

Fonte: Secretaria de Saúde Mental do Estado
CAPS I e II: Centro de Atenção Psicossocial – Transtorno Mental – Atendimento Diurno
CAPS III: Centro de Atenção Psicossocial – Transtorno Mental 24h
CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial para atendimento a usuários de álcool e outras drogas
CAPS i: Centro de Atenção Psicossocial para atendimento juvenil
SRT: Serviço de residência terapêutica
PVC: Programa de Volta pra Casa.

De acordo com os dados expostos acima, percebe-se que, no Estado da Paraíba, os serviços substitutivos em saúde mental e o Programa de Volta pra Casa vêm chegando a diversas cidades, porém os números demonstram uma situação preocupante, no tocante à cidade de João Pessoa, região que, por ter um número maior de habitantes do Estado da Paraíba, deveria se destacar das demais e concentrar mais serviços substitutivos em saúde mental. Por outro lado, os dados também demonstram que os serviços substitutivos se apresentam de maneira bastante descentralizada, atingindo uma quantidade considerável de municípios no Estado.

Em relação ao número de CAPS implantados no Brasil, em maio de 2009, havia um total de cinquenta e quatro centros na Paraíba, que ficou entre os oito Estados com maior número de serviços com esse tipo de alternativa extra-hospitalar. Já na relação CAPS por 100.000 habitantes, o Estado ocupa o primeiro lugar, em nível nacional, conforme atesta o quadro abaixo:

Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes
Brasil – 4 de junho de 2009

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS/100.000 hab
Paraíba	3.742.606	31	9	2	7	5	54	1,06
Sergipe	1.999.374	19	3	3	1	2	28	1,00
Rio Grande do Sul	10.855.214	59	33	0	12	17	121	0,84
Ceará	8.450.527	38	27	3	5	14	87	0,82
Alagoas	3.127.557	33	6	0	1	2	42	0,82
Santa Catarina	6.052.587	39	13	0	6	7	65	0,75
Rio Grande do Norte	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
Paraná	10.590.169	33	26	2	7	19	87	0,68
Rondônia	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
Mato Grosso	2.957.732	25	1	0	1	5	32	0,66
Bahia	14.502.575	99	25	2	4	11	141	0,64
Maranhão	6.305.539	35	13	1	2	3	54	0,59
Piauí	3.119.697	18	5	0	1	3	27	0,58
Mato Grosso do Sul	2.336.058	6	6	0	1	3	16	0,56
Minas Gerais	19.850.072	68	42	8	9	12	139	0,55
Tocantins	1.280.509	7	2	0	0	1	10	0,51
Rio de Janeiro	15.872.362	31	37	0	12	15	95	0,50
São Paulo	41.011.635	53	72	17	24	49	215	0,48
Pernambuco	8.734.194	15	17	1	4	10	47	0,46
Espírito Santo	3.453.648	7	7	0	1	3	18	0,42
Goiás	5.844.996	8	13	0	2	3	26	0,38
Pará	7.321.493	15	11	1	2	5	34	0,37
Amapá	613.164	0	0	0	0	2	2	0,33
Acre	680.073	0	1	0	0	1	2	0,29
Roraima	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
Distrito Federal	2.557.158	1	2	0	1	2	6	0,22
Amazonas	3.341.096	1	2	1	0	0	4	0,12
Brasil	**189.612.814**	**660**	**388**	**41**	**105**	**200**	**1394**	**0,57**

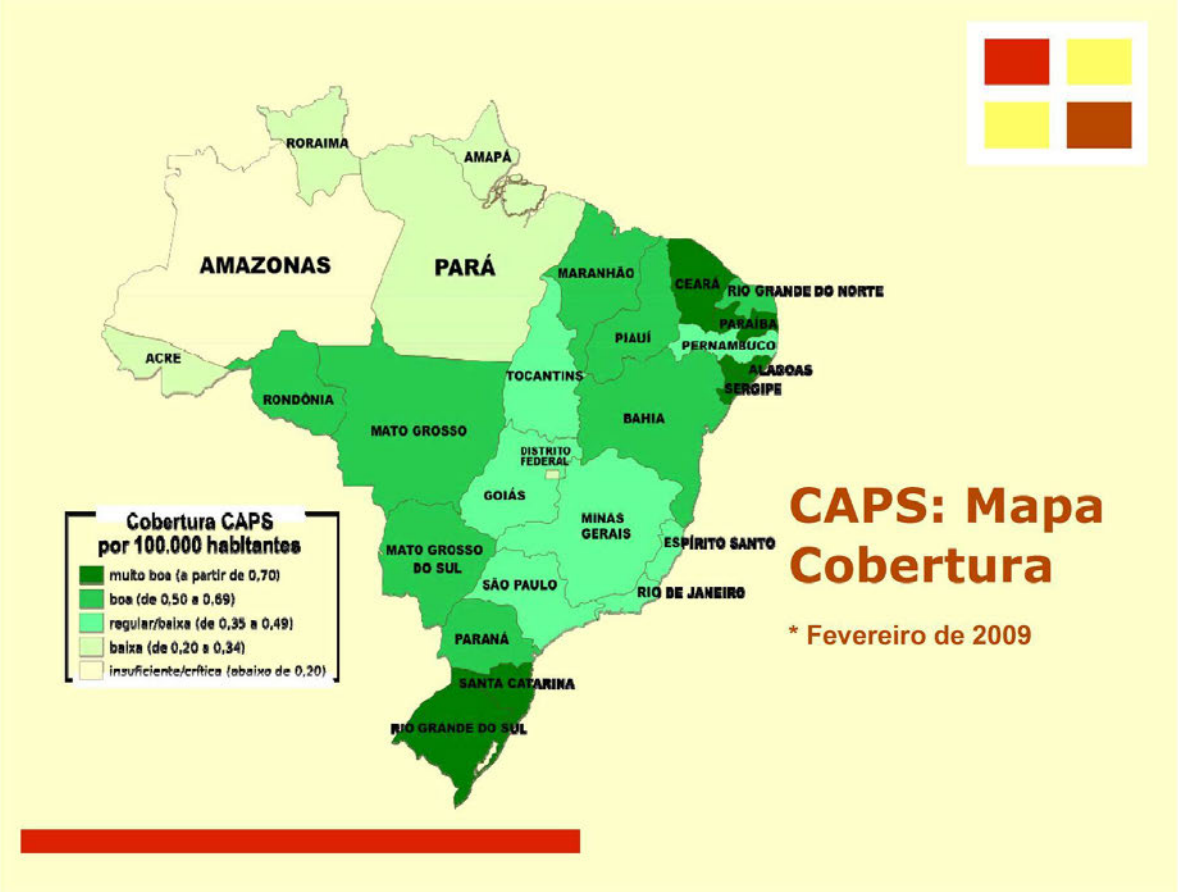
Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008

Nota 1 - O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab., considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

Nota 2 - Parâmetros : Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

O quadro acima mostra o número de CAPS de todos os tipos que existem no Brasil e o indicador CAPS/100.000 hab. para cada estado e região. Dados recentes do Ministério da Saúde demonstram que somente os estados da Paraíba e de Sergipe têm CAPS suficientes para atender à população, de acordo com o parâmetro de uma unidade para cada 100 mil habitantes. Conforme dados recentes do Ministério da Saúde, a Paraíba continua ocupando o primeiro lugar, com 62 CAPS no Estado. No país, são 1.541 CAPS, o que abrange uma área de 63% de cobertura, mas a distribuição ainda é desigual. O Amazonas, por exemplo, com três milhões de habitantes, tem apenas quatro centros de atenção psicossocial (BRASIL, 2010).

O mapa abaixo destaca que a Paraíba está entre os demais estados brasileiros que apresentam uma cobertura muito boa, na relação CAPS por 100.000 habitantes.



Fonte: Ministério da Saúde

A posição de destaque por cobertura que a Paraíba ocupa no mapa acima deve-se ao número elevado de CAPS no Estado, assim como à descentralização desses serviços, conforme já demonstrado. Dos 273 municípios do Estado, 35 já foram contemplados pelos serviços extra-hospitalares em saúde mental.

Dentro do modelo de atenção à saúde mental, aberto e de base comunitária, foram elaborados projetos para a implementação de moradias extra-hospitalares para ex-pacientes psiquiátricos. Tudo começou no ano 2000, por ocasião da publicação de duas portarias pelo Ministério da Saúde sobre as moradias para egressos de hospitais psiquiátricos. A primeira é a portaria nº 106, de fevereiro de 2000, que regulamenta a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Em novembro do mesmo ano, foi publicada a Portaria Ministerial nº 1.220,

que regulariza a remuneração dos procedimentos previstos pela portaria nº 106.

Para dar sustentabilidade às políticas oficiais dos SRTs, em 2001, foi publicada a Lei Federal 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, e em 2003, a Lei 10.708, que institui o auxílio-reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas. Em 2004, publicaram-se as portarias 52 e 53, que estabelecem um programa de redução progressiva de leitos psiquiátricos no País. Para incentivar a implantação de SRT, foi publicada a Portaria nº 246, em 17 de fevereiro de 2005. Diante do exposto, pudemos observar que existe uma articulação das leis e das portarias, no sentido de direcionar recursos e atenção para ações no território e estimular a inserção e a realização de cuidados aos portadores de transtorno mental em comunidade.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos fazem parte do processo da reforma psiquiátrica que, inspirada nos princípios do SUS, tem estimulado o debate sobre a necessidade da efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais, favorecendo a criação de uma rede de atenção em saúde mental, substitutiva do modelo manicomial**.** De acordo com o Ministério da Saúde, a expansão desses serviços demonstrou ter um ritmo próprio e acompanhou, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2010).

Entre esses dispositivos, a Paraíba, em junho de 2009, tinha quinze SRTs implantados, cinco em fase de implantação, com noventa e cinco moradores. De acordo com o quadro abaixo, a Paraíba ocupa a sétima posição entre os Estados que mais investiram nesse tipo de serviço extra-hospitalar.

Serviços Residenciais Terapêuticos implantados e em processo de implantação, por UF.
Brasil. 4 de junho de 2009

UF	Módulos		Total de módulos	Total de moradores
	Em funcionamento	Em implantação		
AC	0	0	0	0
AL	0	0	0	0
AP	0	0	0	0
AM	0	0	0	0
BA	19	2	21	108
CE	4	2	6	21
DF	0	0	0	0
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	54
MA	3	0	3	18
MG	62	31	93	429
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	15	5	20	95
PE	14	10	24	89
PI	3	1	4	18
PR	22	2	24	121
RJ	90	17	107	492
RN	1	2	3	6
RO	0	0	0	0
RR	0	0	0	0
RS	38	7	45	122
SC	3	0	3	23
SE	18	0	18	100
SP	214	54	268	1018
TO	0	0	0	0
Total	**533**	**138**	**671**	**2829**

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS

Segundo os dados gerais da rede de atenção à saúde mental do SUS, os dados disponibilizados no quadro acima são atualizados todos os meses, para que gestores, técnicos e usuários possam acompanhar a expansão e a consolidação da rede em todo o Brasil. Em junho deste ano, o Ministério da Saúde divulgou dados referentes às residências terapêuticas, em todo o território nacional, demonstrando que elas ainda não foram implantadas em oito unidades federativas: Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Distrito Federal, Rondônia, Roraima e Tocantins. No Pará, o serviço ainda não está disponível, mas duas unidades estão em fase de implantação. Em todo o país, há 716 residências terapêuticas, que abrigam 3.062 moradores. A Paraíba, atualmente, permanece ocupando a sétima posição entre os Estados, com dezesseis SRTs em funcionamento (nove, do tipo masculino; sete femininos e dois mistos), seis em fase de implantação (três deles femininos, dois masculinos e um misto) e dois femininos que funcionam sem cadastramento, o que totaliza vinte e quatro serviços, que abrigam 103 moradores (BRASIL, 2010).

Para o Ministério da Saúde, a cobertura de SRTs ainda é baixa. Entre os fatores que dificultam a expansão desses serviços, estão os mecanismos insuficientes de financiamento do custeio, as dificuldades políticas na desinstitucionalização, a baixa articulação entre o programa de SRTs e a política habitacional dos estados e do país, as resistências locais ao processo de reintegração social e familiar de pacientes de longa permanência e a fragilidade de programas de formação continuada de equipes para serviços de moradia. Uma forma de financiamento intersetorial dos SRTs ainda está por ser construída. Há demanda de SRTs para a população com transtorno mental em situação de rua, não egressos de internações e para egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs. Para esses casos, o gestor não pode contar com os recursos de AIHs desativadas para custear as residências (BRASIL, 2010).

Outro serviço extra-hospitalar que faz parte da rede de saúde mental é o Programa de Volta para Casa, criado em 2003, e coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Sua meta é possibilitar a reabilitação psicossocial e a reintegração à sociedade das pessoas com transtornos mentais. Depois de sair do hospital, o paciente passa a receber atendimento na rede extra-hospitalar: CAPS, residências terapêuticas, atenção básica, ambulatórios, entre outros. Nesses locais, os pacientes recebem cuidados integrais em saúde mental, por meio de equipes multidisciplinares que trabalharão para que eles sejam inseridos na sociedade, na escola ou no trabalho.

Os beneficiários desse programa são egressos de internações psiquiátricas de dois anos ininterruptos ou mais. Eles recebem, mensalmente, um auxílio reabilitação no valor de R$ 320,00 para subsidiar o retorno às suas famílias de origem ou, quando isso não é possível, morar em residências terapêuticas. O benefício é oferecido até o paciente conseguir ter sua independência por meio de um contrato de trabalho. Vale ressaltar que os municípios não recebem o recurso do programa, mas ele é depositado diretamente em conta bancária aberta

em nome do beneficiário. Se pretender aderir ao programa, os municípios precisam encaminhar o termo de adesão ao Ministério. Para isso, é necessário que tenha atendimento básico em saúde mental. O documento deve estar assinado pelo coordenador de saúde mental, pelo secretário municipal de saúde e pelo prefeito do município (BRASIL, 2010).

Segundo os dados do Ministério da Saúde, até junho de 2009, a Paraíba estava entre os dez Estados que mais têm pessoas contempladas pelo PVC. O quadro abaixo demonstra que a Paraíba ocupa o décimo lugar no país, em relação ao número de pessoas contempladas. O programa beneficia 3.348 pessoas em todo o país. Ao todo, são 515 municípios habilitados. Na Paraíba, há 74 pessoas cadastradas, conforme dados da área temática de saúde mental do Ministério da Saúde:

Número de Beneficiários do Programa de Volta para Casa por UF
Brasil – junho de 2009

UF	Beneficiários
SP	975
RJ	701
MG	468
RS	199
PR	186
DF	185
PE	105
BA	98
SE	93
PB	74
MA	63
MT	53
ES	34
SC	30
AL	21
PI	19
CE	19
GO	17
RN	5
PA	1
Total	**3346**

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental

Dados recentes do Ministério da Saúde demonstram que o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa da Paraíba aumentou para 78, mas, em nível nacional, continua ocupando o décimo lugar. Em todo o país, são 3.574 beneficiários. Apesar dos avanços alcançados, o número de beneficiários do Programa ainda é muito baixo, visto que, em nível nacional, apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar recebe o benefício. Muitos obstáculos ainda precisam ser enfrentados pelo processo de desinstitucionalização: problemas de documentação dos pacientes, crescimento em ritmo insuficiente das residências terapêuticas, dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos e ações judiciais. Existe, ainda, uma grande dificuldade para se desinstitucionalizar a população mais cronificada dos Hospitais Psiquiátricos - fatores como idade e o longo tempo de internação com morbidades demandam SRTs adaptados e adequados a essa população e maior número de cuidadores, o que eleva seus custos (BRASIL, 2010).

De acordo com a legislação em vigor no Brasil, a desativação dos leitos psiquiátricos gera recursos financeiros que devem ser, necessariamente, direcionados para a rede de serviços extra-hospitalares de saúde mental (BRASIL, 2004). Há que se considerar, contudo, que a verba das internações hospitalares é federal, a manutenção das residências terapêuticas e dos CAPS é municipal, e os hospitais psiquiátricos são, essencialmente, privados. Além disso, os internos nos hospitais psiquiátricos não são todos oriundos dos municípios-sede dos hospitais em que estão internados, nem permanecerão nesses municípios. Embora os recursos financeiros resultantes da desativação dos leitos psiquiátricos, de acordo com a legislação, devam ser realocados nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados[29], não há garantia de que os recursos gerados pela diminuição de leitos na saúde mental sejam direcionados para o financiamento dos serviços extra-

[29] Ver, a esse respeito, o Ministério da Saúde. Portaria nº. 52/GM, de 20 de janeiro de 2004, do Ministério da Saúde.

hospitalares, como é o caso do paciente que retorna a um município diverso daquele em que estava hospitalizado (TCU, 2005).

O processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos afeta inúmeros interesses. A falta de certidão de nascimento de alguns internos tem sido, muitas vezes, apontada como empecilho para a desinstitucionalização, apesar de o registro de nascimento ser um direito do cidadão, e sua emissão tardia poder ser agilizada pelo Ministério Público. Um significativo percentual de internos tem condições de residir fora do hospital, e mesmo os pacientes mais graves precisam de projetos terapêuticos específicos e, não, necessariamente, de internação. Em geral, as instituições hospitalares brasileiras não têm programas específicos dirigidos à reabilitação psicossocial (CAPRA, 2002). Por fim, há que se considerar que a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos visa garantir a reinserção social, a cidadania e o direito de a pessoa portadora de transtornos mentais atingir seu potencial de autonomia na comunidade.

Desde a aprovação Lei nº 10.216/2001, os investimentos em saúde mental são direcionados, sobretudo, para medidas de reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mental, com a substituição do atendimento em hospitais psiquiátricos (principalmente das internações) pelos serviços abertos e de base comunitária.

Em 2002, 75,24% do orçamento federal de saúde mental foram repassados a hospitais psiquiátricos, de um investimento total de R$ 619,2 milhões. Em 2009, o percentual caiu para 32,4%. Uma das principais metas da reforma é a redução do número de leitos nessas instituições. Até agora, foram fechados 17,5 mil, mas ainda restam 35.426 leitos em hospitais psiquiátricos públicos ou privados em todo o país (BRASIL, 2010).

O quadro seguinte demonstra que a Paraíba, na relação leitos por 1.000habitantes, ocupa o oitavo lugar entre os Estados do Brasil, com cinco hospitais e 691 leitos:

Ditribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos e Indicador Leitos por 1.000 hab.
Brasil. 4 de junho de 2009

Ranking Leitos /1000 hab	UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1º	RJ	15.872.362	38	6.722	0,42
2º	PE	8.734.194	14	2.727	0,31
3º	AL	3.127.557	5	880	0,28
4º	PR	10.590.169	15	2.803	0,26
5º	SP	41.011.635	53	10.801	0,26
6º	RN	3.106.430	5	747	0,24
7º	GO	5.844.996	10	1.222	0,21
8º	PB	3.742.606	5	691	0,18
9º	ES	3.453.648	3	565	0,16
10º	SE	1.999.374	2	320	0,16
11º	MG	19.850.072	20	2.702	0,14
12º	TO	1.280.509	1	160	0,12
13º	SC	6.052.587	4	738	0,12
14º	PI	3.119.697	2	360	0,12
15º	CE	8.450.527	7	955	0,11
16º	MA	6.305.539	3	662	0,10
17º	MS	2.336.058	2	200	0,09
18º	RS	10.855.214	6	810	0,07
19º	MT	2.957.732	2	202	0,07
20º	BA	14.502.575	7	888	0,06
21º	AC	680.073	1	35	0,05
22º	DF	2.557.158	1	125	0,05
23º	AM	3.341.096	1	55	0,02
24º	PA	7.321.493	1	56	0,01
Total		**187.093.301**	**208**	**35.426**	**0,189**
Total Brasil		**189.612.814**			**0,187**

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/PRH. Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS

Em 2009, a discrepância entre o número de leitos psiquiátricos por habitante, nas unidades da federação brasileira, expressa no quadro acima, pode significar tanto a desassistência nas regiões com menor número de leitos psiquiátricos por habitante quanto a existência de serviços extra-hospitalares em saúde mental, proporcionais ao número da população. É importante ressaltar que uma grande quantidade de leitos psiquiátricos não significa, necessariamente, uma assistência de boa qualidade ao portador de transtorno mental. E a simples redução de leitos sem a criação de serviços substitutivos de atendimento adequado pode gerar uma situação de crescente abandono dessas pessoas.

O processo de redução planejada e programada de leitos, ao longo dos anos, foi acompanhado por significativa expansão da rede de atenção comunitária. Cerca de 16.000 leitos em Hospitais Psiquiátricos foram

fechados nesse período, através do PNASH/Psiquiatria e do PRH (Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica) (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, vinte e três milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental. Pelo menos cinco milhões de brasileiros (3% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, apesar de a política de saúde mental priorizar as doenças mais graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar, as mais prevalentes estão ligadas à depressão, à ansiedade e aos transtornos de ajustamento (BRASIL, 2010).

Em todo o mundo, mais de quatrocentos milhões de pessoas são afetadas por distúrbios mentais ou comportamentais. Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no ranking das dez principais causas de incapacidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cujos dados indicam que 62% dos países têm políticas de saúde mental, entre eles, o Brasil, que aplicou um bilhão e quatrocentos milhões de reais em saúde mental (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, na Paraíba, os serviços extra-hospitalares ocupam posição de destaque no cenário nacional, com a implementação descentralizada de serviços substitutivos em diversas áreas, e aponta para novos investimentos no setor. O Núcleo de Saúde Mental do Estado informou que vários municípios já receberam incentivos para implantar novos CAPS e SRTs. Nesse sentido, podemos afirmar que a Paraíba tem desenvolvido, consideravelmente, nos últimos anos, novas políticas públicas em saúde mental, que priorizam alternativas diversificadas de tratamento para as pessoas com transtornos psíquicos. Em vista disso, consideramos importante estudar e avaliar como essas políticas vêm sendo implantadas e identificar seus benefícios e limites.

4.1 OS DISPOSITIVOS DE SAÚDE MENTAL EM JOÃO PESSOA

Na cidade de João Pessoa, existem, atualmente, dois hospitais psiquiátricos públicos - o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira e o Sanatório Clifford - e dois hospitais psiquiátricos privados contratados - a Casa de Saúde São Pedro e o Instituto de Psiquiatria da Paraíba. De acordo com os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de João Pessoa, 90% dos gastos com saúde mental estavam concentrados em estratégias de financiamento dos hospitais psiquiátricos. Em 2005, essas instituições somavam 622 leitos, financiados pelo SUS para o município, diante de um universo de 750 do Estado, ou seja, os leitos instalados em João Pessoa representavam 83% dos leitos psiquiátricos da Paraíba; os outros 17% encontravam-se em Campina Grande/PB[30].

A tabela abaixo apresenta a quantidade de leitos por instituição, no período de 2005 a 2008, na cidade de João Pessoa.

PARQUE ARQUITETÔNICO DE SAÚDE MENTAL EM JOÃO PESSOA

Instituição	**Cidade**	**Nº de leitos**				**Natureza**
		2005	**2006**	**2007**	**2008**	
Casa de Saúde São Pedro	João Pessoa	191	160	160	160	Privado
Instituto Paraibano de Psiquiatria	João Pessoa	180	160	160	160	Privado
Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira	João Pessoa	159	159	159	153	Público
Sanatório Clifford	João Pessoa	92	92	92	90	Público
Total		**622**	**571**	**571**	**563**	
%		**83%**	**76%**	**76%**	**75%**	

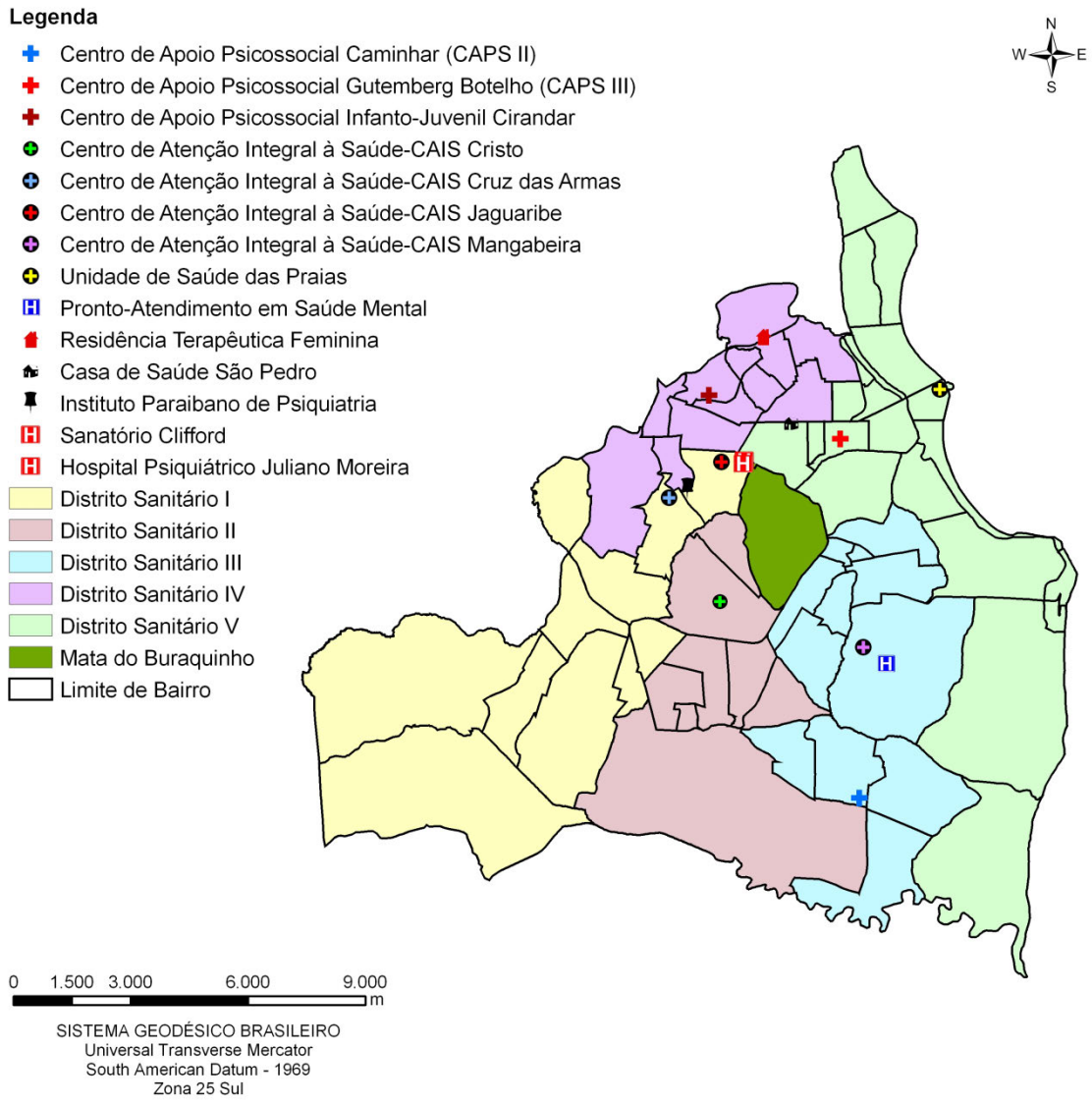
Fonte: http://cnes.datasus.gov.br/

[30] Os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de João Pessoa não mencionam os leitos psiquiátricos da cidade de Cajazeiras.

A tabela acima expressa que a maior redução no número de leitos psiquiátricos em João Pessoa ocorreu no período de 2005 a 2006, com a eliminação de 51 leitos, todos em instituições privadas. No período compreendido entre os anos de 2007 e 2008, a redução no número de leitos ficou por conta das instituições públicas. Nesse período, foram eliminados apenas oito leitos, por ocasião da transferência de oito mulheres para o SRT, fato que demonstra uma redução bastante tímida, diante da política nacional. Contudo, para a coordenação do Núcleo de Saúde Mental da Paraíba, essa redução representa um significativo avanço, devido à efetivação de um acordo estabelecido em 2006 com o Ministério da Saúde, que previa a redução de 51 leitos. Esse número foi ultrapassado com a eliminação 59 leitos.

Além dos hospitais psiquiátricos, a assistência aos portadores de transtornos mentais é oferecida por meio dos poucos serviços substitutivos existentes em João Pessoa. Esses serviços foram organizados para abranger diversas áreas do município. O CAPS III, por exemplo, abrange os territórios dos Distritos Sanitários I, IV e V e, na existência de leitos disponíveis em situação de crise, dá cobertura a todo o território da cidade. Os CAPS II cobrem o território dos Distritos Sanitários II e III, e o CAPSi Infanto-juvenil cobre toda João Pessoa. Os ambulatórios com atendimento psiquiátrico e dispensa de medicamentos atende aos distritos sanitários I, II, III, IV e V, ao parque arquitetônico de hospitais psiquiátricos e a única Residência Terapêutica.

O mapa abaixo apresenta a distribuição dos serviços em saúde mental em João Pessoa.



Esse mapa é o cenário da saúde mental, no município de João Pessoa, onde estão instalados dois CAPS II: um CAPS III, um CAPS ad e um SRT. De acordo com os dados da Coordenação de Saúde Mental do Estado da Paraíba, dos onze CAPs II existentes no Estado, em João Pessoa, existem apenas dois; dos três CAPs III, a cidade tem apenas um; existem quatro CAPsi na Paraíba e, em João Pessoa, apenas um; dos cinco CAPs ad existentes, João Pessoa é contemplada com um; são dezesseis SRTs no Estado e apenas um em João Pessoa e, dos setenta e três PVC

existentes no Estado, João Pessoa não é contemplada com nenhum[31]. Desse modo, a expansão dos serviços substitutivos em saúde mental, na referida cidade, ainda é muito tímida, quando comparamos com os demais serviços distribuídos pelo Estado.

Nos últimos anos, a Prefeitura de João Pessoa promoveu algumas melhorias na rede de saúde mental. Entre elas, destacam-se: a reestruturação do CAPS Gutemberg Botelho, em Tambauzinho; a implantação do CAPS Caminhar, no Bairro Valentina Figueiredo; o CAPS Infantil Cirandar, no Róger[32], e a Residência Terapêutica Feminina, no Alto do Céu. Além disso, para atender à demanda por assistência psiquiátrica, o município criou o PASM (Pronto Atendimento em Saúde Mental), como regulador das internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos. De acordo com a Secretaria de Saúde do Município, o PASM tem como missão:

1. Ser retaguarda para as Redes de Saúde Mental, em especial, para equipamentos de maior complexidade como os CAPS, garantindo cobertura e comunicação médica nos horários em que os CAPS necessitarem, com o auxílio do SAMU no transporte para o PA;
2. Atender às urgências e emergências na área de saúde mental, tendo como limite de permanência nos leitos uma curta duração de 72h horas, uma vez que o espaço da urgência não está devidamente adequado para internamentos de longa duração;
3. Identificar e conhecer os usuários, a fim de possibilitar uma nova forma de tratamento e arranjos que garantam o seguimento horizontal do mesmo;
4. Ser ponto de atenção à crise, mas também de estruturação do fluxo para o paciente, com o auxílio da central reguladora de vagas, para

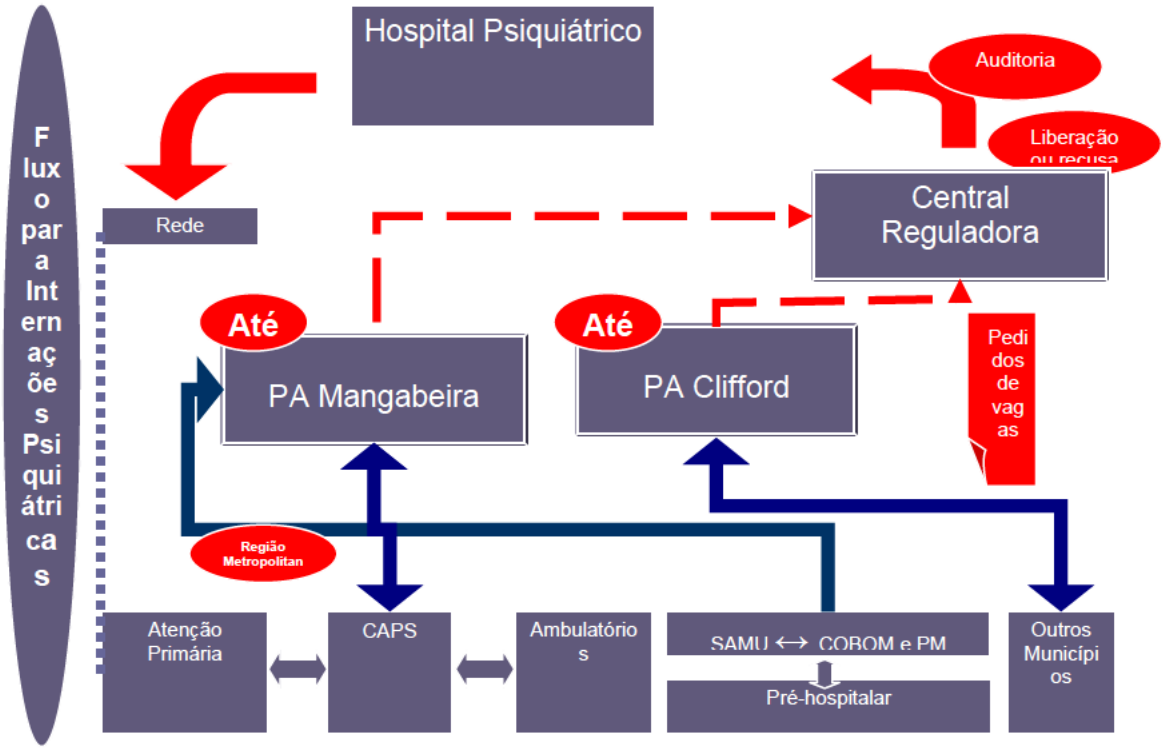
[31] Apesar de não ser computado oficialmente entre os dados fornecidos pela Coordenação de Saúde Mental do Estado, existe uma moradora do SRT da cidade de João Pessoa que está cadastrada nesse benefício.
[32] Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, nesses locais, os usuários recebem atendimento de saúde, atividades terapêuticas e só são internados em caso de necessidade e no prazo máximo de dez dias.

garantir avaliações clínicas gerais para descarte de causas orgânicas em ambos os PAS;

O quadro abaixo ilustra a proposta pactuada de PASM, para fluxo de internação no município, através do PA Mangabeira e do PA Clifford. A proposta vai desde a solicitação de internação, passando pela central de regulação, até a decisão final de liberar ou recusar a internação.

PROPOSTA PACTUADA DE FLUXO PARA A INTERNAÇÃO NO MUNICÍPIO

PASM – Pronto Atendimento em Saúde Mental



O processo de internação do paciente psiquiátrico que passa pelo PASM obedece a um sistema criterioso de auditoria via Central de Regulação do município. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, não serão liberadas pela auditoria da central as internações realizadas

diretamente no hospital psiquiátrico, sem que passem por uma avaliação das equipes de saúde no dia do pedido de internação. Para essa avaliação, foram pactuados dois locais: o PA Mangabeira e o PA Clifford**.**

A Central de Regulação define cotas de leitos nos hospitais psiquiátricos para os dois PAs existentes e pactua a redução de tempo de permanência dos leitos credenciados, além de fixar teto financeiro para as internações. Para a regulação das vagas, são utilizadas, prioritariamente, informações clínicas contidas no pedido e critérios de atenção e cuidado ao usuário. Caso seja aceita, a assistência ocorre por meio da rede especializada e de atendimento no sistema de atenção primária. Só em último caso se recorre à internação do paciente.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde pretende implementar, até o final de 2013, as seguintes ações: Transformar o CAPS Tipo II Caminhar, CAPS AD David Capistrano e CAPSi Infanto-juvenil Cirandar em CAPS tipo III. Implantar dois CAPS III, e seis SRTs; Ampliar o número de pessoas beneficiadas pelo Programa de Volta para Casa e criar leitos de desintoxicação para usuários de álcool e de outras drogas, em hospitais gerais próprios, incluindo leitos para crianças e adolescentes.

Isso posto, nos últimos anos, diversas ações foram implementadas pela coordenação de saúde mental do município, mas ainda falta muito para que os serviços extra-hospitalares atendam aos preceitos do movimento da reforma psiquiátrica. Por ocasião da I Conferência Municipal de Saúde Mental Intersetorial do município, foram identificadas diversas carências na rede extra-hospitalar de serviços. Entre elas, destaca-se a necessidade de ampliar os serviços substitutivos (CAPS, Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa, entre outros) e qualificar os trabalhadores, com base na política de educação permanente em saúde, com o objetivo de gerar mudanças na prática cotidiana do trabalho[33]. As

33 A I Conferência Municipal de Saúde Mental - Intersetorial de João Pessoa - foi realizada nos dias 8 e 9 de abril de 2010. A Conferência teve como foco o desenvolvimento de ações intersetoriais. Na ocasião, foram discutidos três temas

diversas propostas surgidas na Conferência Municipal foram encaminhas à Conferência Estadual, no sentido de apontar alternativas que melhorem os serviços extra-hospitalares no município.

Diante do exposto, percebe-se que há uma tendência de crescimento da política de saúde mental não só no município de João Pessoa, mas também em todo o Estado da Paraíba. Resta saber se o processo de implementação dessas novas unidades satisfaz os pressupostos da reforma psiquiátrica.

centrais: Saúde Mental e Políticas de Estado: Pactuar Caminhos Intersetoriais; Consolidando a rede de Atenção Psicossocial e Fortalecendo os movimentos sociais e Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético intersetorial.

5. DO FRENOCÔMIO À CASA ABERTA

5.1 O COMPLEXO PSIQUIÁTRICO

Fundado há mais de oitenta anos e conhecido também como Frenocômio, Colônia, Manicômio ou Sanatório, o Hospital Juliano Moreira hoje faz parte de um Complexo Psiquiátrico que incorpora o Sanatório Clifford e o Hospital Dia[34]. Situada na Avenida Pedro II, no Bairro da Torre, a instituição presta assistência aos pacientes com transtornos psiquiátricos de ambos os sexos, oferecendo 344 leitos, registrados no Ministério da Saúde, atendendo à demanda de todo o Estado da Paraíba, como também, de outros Estados e cidades circunvizinhas.

Todo internamento passa, primeiramente, pelo Sanatório Clifford, onde o paciente é atendido por uma equipe multiprofissional que se reveza e desenvolve suas atividades nos serviços de emergência, leito de observação e enfermarias. A emergência funciona durante 24 horas, todos os dias, e atende a pessoas com distúrbios psiquiátricos graves. Quando o paciente é admitido para internamento, pode ficar até 72 horas no leito de observação. Depois desse período, receberá alta médica ou adentrará a enfermaria do Complexo.

A arquitetura do Complexo ainda preserva algumas de suas mais remotas características do período em que funcionava como Hospital-colônia, com longos corredores, azulejos azuis e brancos, algumas janelas e portas com grades, paredes muito altas, vários pavilhões com dormitórios, refeitório, campo de futebol, jardins e uma sala para onde são levados os internos que falecem e não têm familiares. Na entrada principal do prédio, há uma exposição das fotografias e placas com

[34] No dia 08 de abril de 1997, foi criado o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, em cumprimento à Portaria 343, pelo Secretário da Saúde do Estado. O Complexo foi criado com o objetivo de aperfeiçoar os serviços, racionalizar os custos para a efetividade do tratamento e buscar um modelo assistencial coerente com os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica (Complexo Juliano Moreira http://200.199.79.99/juliano/principal_complexo.htm).

homenagens aos médicos idealizadores e fundadores da Colônia. Estão à mostra, também, alguns cartazes que falam sobre a necessidade de tratar o portador de transtorno mental com respeito e dignidade. Ressalvando as mudanças advindas com o tempo, algumas alterações na estrutura física da instituição foram feitas mediante exigência de portarias, principalmente do Ministério da Saúde, para se adequar aos objetivos da reforma psiquiátrica, como foi o caso da construção de um Hospital Dia e de uma biblioteca. Além disso, houve uma pequena ampliação do espaço externo para a realização de atividades e eventos festivos e a implantação da guarita no complexo, com vigilância para o controle do fluxo de pedestres e de veículos. Salvo essas alterações na estrutura física, predominam, ainda hoje, alguns traços característicos do sistema asilar, que podem ser observados na determinação cotidiana dos horários para refeições e visitas, na larga utilização da medicação para o tratamento dos internos, na quase inexistência do diálogo dos médicos com os seus pacientes e na crescente solidão deles que continuam isolados socialmente.

Paradoxalmente, é a casa de todos, onde todos estão presos. Não por vontade própria, ou determinação médica, mas por falta de opção. A maioria deles permanece no Complexo depois de vários anos de internamento, mesmo após receber alta hospitalar, porque não têm para onde ir, pois, logo que ingressam na instituição são estigmatizados e abandonados pelos familiares[35]. Como não têm apoio familiar, instrução ou renda própria, ficam impossibilitados de voltar para o convívio social. Assim, o internamento passa a se estender cada vez mais pela vida e se

[35] De acordo com as informações prestadas pela assistente social do Complexo Juliano Moreira, Maria Nada de Araújo Aureliano, a Instituição abriga, hoje, 51 pacientes que tiveram alta médica, mas foram abandonadas pelos familiares. Alguns já vivem há trinta anos no local e passaram a ser chamados de "pacientes residentes". O abandono já foi comunicado ao Ministério Público do Estado. Para evitar que pessoas deixem familiares e dêem endereços e nomes falsos, o Serviço Social do complexo está fazendo uma triagem mais rigorosa e, de agora em diante, só aceita pacientes com identificação e comprovante de residência. (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba http://www.saude.pb.gov.br/site/nota/nota299.html)

converte em cárcere, esvaziando, aos poucos, a possibilidade de reabilitação.

5.1.1 Os prontuários: manter a medicação... manter a medicação

O Complexo Psiquiátrico tem dois arquivos vivos ou permanentes, com dados de pessoas que ainda estão internadas ou que receberam alta hospitalar nos últimos cinco anos, e dois arquivos mortos que contêm dados de pessoas que não estão na instituição há mais de cinco anos. Nas consultas ao arquivo vivo, localizado no Clifford, foram encontradas informações apenas de Camélia[36], uma das moradoras da Residência Terapêutica. No arquivo morto, localizado no Juliano, estavam os prontuários das demais ex-pacientes que hoje moram na Residência Terapêutica.

Um dos maiores desafios da pesquisa no Juliano Moreira foi coletar dados nos arquivos. Há muito mais prescrições médicas e longos relatórios de enfermagem informando apenas os horários de alimentação, medicação e higienização das pacientes do que qualquer outro tipo de registro. As fichas de entrada da instituição são bastante resumidas, e poucas estão devidamente preenchidas. A maioria delas foi arquivada sem critério de ordenamento, fato que dificultou a coleta de dados. De acordo com as informações dos funcionários responsáveis pelo arquivo, na época das primeiras internações, a maioria dessas mulheres chegava à instituição sem portar documento algum e sem condições psicológicas de prestar informações pessoais. Entretanto, entendemos que a insuficiência de dados pessoais não justifica a pouca organização e a sistematização

[36] A identidade das moradoras do SRT, assim como as das demais pessoas entrevistadas neste trabalho, será preservada. A referência a essas pessoas será mediante a utilização de números, siglas ou nomes fictícios, conforme recomenda o Comitê de Ética e Pesquisa da UFPB. Para as moradoras do SRT, utilizaremos nomes de flores, em substituição aos seus nomes reais. Para as demais pessoas envolvidas nesta pesquisa, utilizaremos siglas (Funcionários do CJM) e números (cuidadoras do SRT).

dos prontuários. Em algumas pastas, as fichas das pacientes se misturavam e se confundiam o histórico e o tratamento no hospital.

Entre as oito mulheres pesquisadas, apenas uma tinha, em seus arquivos, um parecer sobre seu estado clínico. Nos registros das outras sete, constam poucas informações, a maioria das quais se refere a prescrições de tratamento e a ordens médicas, que se repetem quase automaticamente: "Mesmo esquema, manter a medicação... manter a medicação". Nesse caso, a situação das mulheres, como sujeitos de direitos, fica posta entre parênteses, e o prolongamento dessa condição tem como consequência o que Goffman (2005) denomina de crescente processo de mortificação do eu. Apenas a doença é analisada e prescrita em fórmulas para o corpo. Não se observa mais nada. Suas histórias de vida, suas vozes, seus desejos parecem ter se perdido no tempo desmesurado, lento, quase inerte e no espaço sufocante de um Hospital Psiquiátrico. E assim, passam as páginas, e os dias passam! Em poucas laudas, vários anos de internações. Fica cada vez mais difícil obter informações por meio desses arquivos, com parcas observações sobre o estado físico e emocional das pacientes.

Entre os dados encontrados nos arquivos, observamos, também, determinadas situações em que as pacientes eram compelidas a participar de atividades terapêuticas de grupo ou religiosas sem demonstrar o menor interesse, ou seja, a vontade e o desejo individual das internas não eram preservados, conforme atestam os fragmentos a seguir, extraídos do prontuário de uma das ex-pacientes: "Violeta participa de algumas sessões de socioterapia, musicoterapia, passeios e jogos do dia dos pais. Recusa-se a participar do culto evangélico (...) Paciente foi conduzida para o 'culto evangélico', apresentou pouco interesse, constantemente deambulando" (N. A - assistente social).

De acordo com os registros do prontuário, percebe-se que, apesar de se recusar a participar do culto, Violeta é conduzida a ele contra a vontade. São mencionados, ainda, outros encaminhamentos de pacientes para cultos evangélicos, em que eles continuam a se comportar de

maneira indiferente. Exemplos de atos como esses nos reportam ao modelo psiquiátrico conceituado por Goffman, como instituição total, no qual "(...) o indivíduo precisa participar de atividades cujas conseqüências simbólicas são incompatíveis com sua concepção de eu. (...) é obrigado a executar uma rotina diária de vida que considera estranha a ele – aceitar um papel com o qual não se identifica" (GOFFMAN, 2005, p. 31). Ao promover a participação involuntária de pacientes em uma atividade com a qual eles não se identificam, a instituição desconsidera todos os aspectos pessoais do sujeito, levando-o a perder a referência de uma série de papéis que representava fora do hospital.

Na ficha de evolução multiprofissional do prontuário de Magnólia, consta um Plano Terapêutico com os seguintes itens a serem cumpridos: acompanhamento, orientação e apoio individual; grupo operativo; oficina terapêutica; oficina de canto; atividade religiosa; averiguações sobre seu endereço; tentar a aposentadoria no INSS; cuidados de higiene e saúde; observação de efeitos medicamentosos. No entanto, não há anotações posteriores sobre a execução e os resultados desse Plano Terapêutico com a paciente. O Plano, na realidade, deixa a entender que existe muito mais para cumprir uma exigência burocrática regulamentada pelo Hospital do que para promover, de fato, a recuperação dos seus internos.

Há, nos prontuários, muitas referências à necessidade de tratamento para vários problemas de saúde das pacientes, tais como: espera por cirurgias e por atendimento gastro; raio X e acidentes cotidianos. Entretanto, não há informações subsequentes sobre o que teria gerado esses problemas, tampouco sobre a realização do encaminhamento médico e dos resultados do tratamento, como podemos ver na ficha de Lis: "(...) continua se urinando, molhando a roupa, esperando os documentos para fazer cirurgia" (Não consta assinatura nesse registro). Não há nenhuma referência ou esclarecimento posterior sobre a efetivação da cirurgia que ela aguardava. Por uma questão de ordem burocrática, a paciente, hoje moradora do Serviço Residencial Terapêutico, continua a esperar por esse procedimento, uma vez que

ainda não tem documentos e, em virtude disso, a cirurgia não pode ser realizada.

Outro caso que também evidencia a ausência de tratamento especializado e informação subsequente é o da paciente Violeta. Em seu prontuário, consta um pedido de encaminhamento de urgência para tratamento do maxilar, que se encontra deslocado. Faz parte das anotações subsequentes que uma das funcionárias do pavilhão colocou o maxilar da paciente no lugar. Nenhum registro sobre como a interna o deslocou foi encontrado. Também consta, nas anotações posteriores do prontuário da paciente, uma observação sobre uma possível gravidez, acompanhada de uma solicitação de encaminhamento para a realização dos devidos exames, a fim de verificar o seu verdadeiro estado. Depois desse registro, não há nenhuma informação sobre a realização e os resultados do exame ou sobre que tipo de problema estaria ocorrendo com a interna. Em regra geral, essa falta de continuidade e de informação sobre os tratamentos solicitados é bastante comum nos prontuários.

Na análise dos prontuários, ficou cada vez mais evidente que a prioridade no tratamento não é o paciente, mas o cumprimento de um dever burocrático exercido pelos profissionais da instituição, de forma quase mecânica. Ao analisar as páginas dos registros cotidianos das internas, percebemos que há mais assinaturas médicas com prescrições e anotações de enfermeiros sobre a higienização e o uso da medicação do que informações sobre o estado emocional dos pacientes. Não há registro sobre a vida deles antes do internamento ou sobre os possíveis fatos que tenham, de alguma forma, contribuído com o desenvolvimento da doença. Os relatos arquivados após o internamento são vagos, descontínuos e imprecisos.

Nesse sentido, lidar com os prontuários significou trabalhar muito mais com o que não foi dito. Foi tentar desvendar constantemente um silêncio, que, apesar de deixar um enorme espaço vazio, era também latente e revelador, porque nos instigava a questionar, cada vez mais, o relacionamento e o diálogo entre os profissionais da saúde e seus

pacientes. Esse silêncio das páginas expressa o que Foucault (2004) denominou de monólogo da razão sobre a loucura, que põe em evidência muito mais a instituição que seus pacientes, quando eles é que deveriam ser os protagonistas de seus registros acumulados e arquivados durante anos. Muitas vezes, durante a pesquisa, a janela que dava acesso ao corredor do hospital permitiu um olhar bem mais amplo e significativo do universo em que aquelas mulheres tinham vivido durante anos, do que os prontuários, que repetiam, demasiadamente, a mesma mensagem: manter a medicação.

5.1.2 Entre a janela e a grade

Na rotina do Complexo, as cenas da vida diária reconstruíam, de forma bem mais expressiva, o cotidiano das ex-pacientes que não estava escrito nos prontuários. Da janela do arquivo morto do Juliano Moreira, dava para observar, todos os dias, o percurso das pacientes em seu horário de almoço. Sempre a partir das onze horas da manhã, elas começavam a deixar o pavilhão e se dirigiam para o refeitório. Melancólicas, mal vestidas, com um andar muito lento e desengonçado, algumas falavam sozinhas, com o olhar meio perdido; outras paravam e pediam café, dinheiro ou cigarro aos funcionários e às demais pessoas que encontravam pelo caminho. Muitas vezes, chegamos a interromper as nossas leituras para observá-las. Outras vezes, paramos o trabalho, não por perceber que era o horário da passagem dessas mulheres, mas devido aos berros do vigilante do corredor, que ficava entre o arquivo, o refeitório e o pavilhão, para controlar as pacientes e cuidar para que não fugissem do seu rumo ou incomodassem outras pessoas do Hospital. Com um tom de voz bastante alto e agressivo, ele gritava: "Bora, bora, vamo, vai passando, sai da janela!" Esse tipo de ordem e de tratamento com as internas passou a ser tão comum que, com o passar dos dias, já não nos assustava. Encarávamos como um sinal de que havia chegado o horário do almoço. E nesse curto espaço de tempo, era possível parar e pensar

sobre a rotina das refeições em um hospital psiquiátrico, onde o simples poder de decisão sobre um cigarro, um café, o horário de caminhar ou parar e o que se vai comer não existe. Dentro de horários determinados, as mulheres vinham sempre primeiro, separadas dos homens, e, por último, os funcionários. Todos eram servidos por um cardápio definido e porções controladas. Para Goffman (2005), esse ritual cotidiano faz com que, gradativamente, o paciente perca o controle sobre sua vida, desde as coisas mais corriqueiras até as mais importantes, como a perda da privacidade e do poder de escolha pessoal. A vida do paciente é constantemente invadida pelas intervenções da equipe dirigente e, através de regulamentos ou julgamentos, os seus atos estão sempre sendo vigiados, controlados e direcionados de acordo com o interesse ou entendimento terapêutico da instituição.

Nesse sentido, a observação através da janela possibilitava um novo tipo de leitura que nos permitia compreender mais a rotina do hospital. Contudo, ironicamente, também foi possível lançar alguns olhares por entre as grades e observar que, todas as manhãs e tardes, no Complexo Psiquiátrico, os internos têm um espaço recreativo, em que podem dançar, cantar, fazer exercícios e receber visitas de amigos e familiares desde que, antes, tenham autorização médica para isso. Esse tipo de atividade, chamada de socioterapia, é geralmente coordenada por uma professora de Educação Física.

Compreendida como uma atividade de lazer com fins terapêuticos, que tem como objetivo promover a saúde física e mental dos pacientes, de forma mais humanizada, a socioterapia geralmente é realizada em um pequeno pátio com algumas árvores, uma pracinha, um palco e um aparelho de som com karaokê. Comumente, essa atividade acontece sob o olhar de um vendedor de pipocas, que está sempre de pé, com seu carrinho, do lado de fora do portão de entrada do pátio do Complexo. Aos poucos, os pacientes deixam os pavilhões e se dirigem para esse recinto, onde se aglomeram e participam das atividades do dia, previamente estabelecidas.

Em alguns momentos, também foi possível observar que, quando há visitas, alguns internos podem sair um pouco do pátio para recebê-las do lado de fora das grades. Entretanto, poucos são os familiares presentes ou amigos visitantes. Muitos dos pacientes, após tantos anos de abandono, sequer procuram, através das grades do portão, algum parente. Outros se aproximam, se debruçam, ficam olhando para fora, esperam um tempo e logo voltam a se juntar ao grupo. Ao chegar ou sair do hospital, durante o horário da socioterapia, não há como ignorar as músicas populares e extremamente emotivas, cantaroladas pelos pacientes com vozes desafinadas, embalando o que comumente chamam de "karaokê do Juliano". Ao mesmo tempo, acompanham as canções: gritos sem propósito, gargalhadas e danças descoordenadas, desenhando um cenário que retrata um breve momento de fuga entre as grades, daquela dura realidade de sentir-se sozinho em um lugar fora do mundo.

Além da socioterapia e das oficinas terapêuticas, a instituição também promove algumas celebrações oficiais em datas importantes do calendário cristão. Às vésperas do natal, por exemplo, faz parte da programação do complexo a realização de uma exposição de artesanato. No pátio do Juliano, várias mesinhas e estantes são colocadas para a exibição de alguns artefatos, tais como: árvores de natal pequeninas, almofadinhas, travesseiros, panos de prato bordados, bonecas de pano, sacolinhas enfeitadas para embrulhar cds e vinhos etc. Uma parte considerável da exposição é resultado das oficinas terapêuticas, porém, a maioria dos produtos exibidos não é confeccionada pelos pacientes, mas pelas profissionais responsáveis pelas oficinas. Quando questionadas sobre a autoria desses artesanatos, responderam que muitos dos pacientes tinham dificuldade para conseguir confeccioná-los de forma correta e que, por isso, apenas alguns eram selecionados para a exposição à venda. Era nítida a diferença entre uma e outra peça e evidente era a pouca quantidade dos que realmente tinham sido confeccionados pelos internos. O dinheiro da venda dos produtos, segundo

os organizadores da feirinha, seria utilizado em prol dos pacientes da instituição.

Considerando que as atividades de terapia e de lazer praticadas no Complexo devem ser entendidas como um meio de recreação, que busca aliviar as tensões e cuidar das pessoas por meio do divertimento, do descanso e do desenvolvimento da personalidade, é necessário que os pacientes tenham a oportunidade de escolhê-las de maneira livre e espontânea. Do contrário, os objetivos de promover sua saúde e seu bem-estar ficam comprometidos por não estimularem a criatividade e a capacidade de interação por escolha própria. Portanto, é necessário avaliar se essas atividades oferecidas têm relação com a realidade em que vivem essas pessoas, pois, caso contrário, tornam-se apenas operações manuais, sem objetivo terapêutico, e que podem desrespeitar a Lei 10.216, que as considera imprescindíveis para a reinserção do usuário em seu meio. Para figurar como atividade de trabalho, deve-se enquadrar o serviço como grupo de geração de renda, associação de usuários ou qualquer outra iniciativa para capacitar os pacientes em sua reinserção econômica (BRASIL, 2004). Nesse sentido, tanto as ações realizadas durante as oficinas terapêuticas quanto as festividades e outras atividades de trabalho e de lazer devem ter como objetivo fundamental contribuir com o processo de reabilitação psicossocial dos seus participantes.

No Complexo, foi possível observar que as cerimônias, as festividades e demais atividades de lazer, por serem programados pela equipe dirigente em parceria com outros profissionais do hospital, terminam por apresentar muito mais um esforço para passar para o público visitante ou para os superiores da instituição uma imagem construída e melhorada do estabelecimento, do que para promover um estímulo à criatividade e à autonomia de seus pacientes, que não participam diretamente do planejamento e da organização desses eventos, e quando o fazem, apenas recebem ordens ou orientações sobre como devem proceder. Sobre esse aspecto, remetemo-nos, mais uma

vez, a Goffman, quando aborda o contraste entre a representação e a realidade em instituições totais:

> A exibição de fotografias nas salas dos estabelecimentos totais, onde se mostra o ciclo de atividades pelas quais o internado ideal passa com a equipe dirigente ideal, freqüentemente tem uma relação muito pequena com os fatos da vida institucional, mas, pelo menos, alguns internados passam uma manhã agradável posando para as fotografias. Os murais pintados por internados, que as prisões, os hospitais para doentes mentais e outros estabelecimentos exibem orgulhosamente num local bem visível, não são provas de que os internados, como um todo, são estimulados a realizar trabalho artístico, ou que se sentem inspirados pelo ambiente, mas dá provas de que pelo menos um internado pôde realizar o seu trabalho. (GOFFMAN, 2005, p. 93)

Assim, esses eventos, apesar das suas limitações, também promovem mudanças no cotidiano dos pacientes, desde o alimento que é servido nesses dias de comemorações e de homenagens, até passeios a lugares fora do hospital, o que lhes dá a oportunidade de vivenciar um dia diferente em meio à rotina. No entanto, se, de um lado, ainda que não contemple francamente os objetivos que deveria, essa dinâmica de aparências possibilita certo conforto aos que dela podem participar, de outro, esse tipo de dinâmica continua promovendo a exclusão, na medida em que possibilita oportunidades apenas para uma minoria, pois, nessas experiências, o lazer não é considerado como veículo de educação para o desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos que dele participam. Para isso, é indispensável um processo educativo que incentive a imaginação criadora e o espírito crítico.

5.1.3 O recomeço

Nas últimas páginas dos prontuários, existem breves registros que mencionam o processo de preparação da transferência das oito mulheres do Complexo Psiquiátrico para a Residência Terapêutica. Segundo os

dados encontrados nos arquivos, as pacientes participaram de uma reunião com profissionais da saúde mental, para se obterem algumas informações sobre os seus destinos na nova moradia e visitarem a casa para conhecê-la e se familiarizar com o seu ambiente. Foram realizados, ainda, alguns exames médicos para que fosse oficializada a alta hospitalar.

Não há muitos relatos sobre as expectativas dessas mulheres em relação à sua nova moradia. Segundo as psicólogas M. C e A. L, os critérios utilizados para a escolha das internas que seriam transferidas para a Residência Terapêutica foram baseados no comportamento das pacientes dentro do Complexo, na sua saúde mental, na idade e na vontade de deixar a instituição, entre outros itens. As psicólogas enfatizaram que todo o processo de mudança foi bem planejado, e que essas mulheres haviam sido preparadas para ser mais independentes no seu dia a dia, pois iriam precisar construir o mínimo de autonomia para aprender a viver fora do hospital. Das dez mulheres, cuidadosamente estudadas e selecionadas, duas desistiram da transferência para a casa, por estarem apavoradas com a possibilidade de viver fora dos muros do Juliano Moreira, após tantos anos de internamento. Das oito que foram transferidas, segundo dados dos registros, apenas cinco demonstraram ânimo e expectativa em relação à mudança do hospital para a casa, como demonstram os fragmentos retirados dos prontuários:

> Rosa: Contato adequado. Relata saber fazer café, fritar ovos, fazer feijão, arroz, carne etc. Está animada para ir para a Residência Terapêutica. Sono e apetite preservados (s/a e s/d)[37].
> Foi visitar a casa onde vai ser a Residência Terapêutica, ansiosa para saber quando vai se mudar. Bom contato pessoal. (M. C – psicóloga, s/d).
> Lis: Paciente continua com sonolência e tossindo muito, calma, humor triste, foi visitar a casa da Residência Terapêutica, já está decidida ir para a mesma (...). Paciente

[37] A sigla s/a – Significa sem assinatura e a sigla s/d – Significa sem data. Ambas serão utilizadas nos fragmentos dos prontuários onde essas informações não foram encontradas.

> calma, orientada, sem queixas. Saiu de alta hospitalar por ordem médica. Acompanhada pelas psicólogas (A.L.) e (M.C) para a Residência Terapêutica (s/a e s/d).
> Violeta: Paciente no momento não apresenta alteração em seu quadro psicológico, foi visitar a casa da Residência Terapêutica, diz que 'vai para a casa'que gostou da casa. (N.A – Assistente Social, s/d)
> Magnólia: (...) foi visitar a Residência Terapêutica, já está decidida a ir para a mesma. Assistiu a missa (...) (C – psicóloga, s/d).

Das outras três mulheres, foi encontrado apenas o registro de Dália, que não estava muito segura em relação ao desejo de morar na Residência Terapêutica. Nas anotações do seu prontuário, constam informações de que ela não dormia bem, por estar ansiosa e indecisa sobre a mudança. Em quatro de dezembro de 2007, segundo anotações de seu prontuário, ela diz: "Estou aperriada com a estória da casa". Entretanto, de acordo com as psicólogas que fizeram parte desse processo, Dália recebeu um cuidado especial, a fim de evitar que houvesse arrependimento, crise ou transtorno, perante as mudanças que adviriam, e acabou aceitando a ideia de viver em outro lugar. Situações como essa e das outras duas pacientes que desistiram da transferência nos remetem à discussão que fizemos inicialmente sobre o medo do recomeço fora da instituição psiquiátrica. Para Basaglia, após um internamento prolongado, é comum que o indivíduo tema não saber como enfrentar a realidade fora do manicômio. Os sentimentos do internado, quando ele está prestes a sair da instituição, geralmente são dominados pelo medo de como serão recebidos. A maioria que passa por uma extensa internação se torna tão dependente da instituição que, ao ser liberada, não tem noção de como deve recomeçar (BASAGLIA, 1985).

Na tarde do dia vinte de dezembro de 2007, oito pacientes do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira receberam alta hospitalar e, acompanhadas pelas psicólogas ora citadas, foram transferidas para a Residência Terapêutica, no Bairro Alto do Céu, na cidade de João Pessoa. Para recebê-las na Residência, havia uma equipe de cuidadoras, para lhes

auxiliar em sua nova rotina, e profissionais de saúde do CAPS, para prestar-lhes assistência médica e terapêutica.

Da rotina no hospital, sem vizinhos ou visitas, a nova rotina em uma casa com todas as possibilidades de contato social e liberdade, a Residência Terapêutica passou, desde então, a ser não apenas o novo lar dessas senhoras, mas também uma esperança de recomeço para as suas vidas. Entretanto, antes de lançarmos nossas primeiras visitas e olhares sobre a casa, vamos nos ater, brevemente, à apresentação de suas moradoras, através de uma ligeira incursão no mundo de cada uma delas, com o que foi possível resgatar de suas vidas.

5.1.4 As oito mulheres

Diagnosticadas como esquizofrênicas ou psicóticas e abandonadas por suas famílias, quase todas essas foram recolhidas das ruas, desconhecem a própria história, não estudaram nem tiveram outra ocupação a não ser a de dona de casa ou de empregada doméstica. A maioria das informações sobre essas mulheres é baseada em dados extraídos de relatos confusos e imprecisos dos prontuários do Complexo Psiquiátrico e de alguns profissionais e cuidadoras que conviveram com elas, tanto no hospital quanto na Residência. Para estabelecer, de forma prática e coerente, o perfil dessas mulheres, optamos por realizar uma abordagem que entrelaça, ao longo do texto, sem uma ordem rígida de prioridade, o que foi resgatado de suas vidas como pacientes psiquiátricas e como moradoras do SRT.

Folheando os arquivos do Juliano, encontramos, nas páginas iniciais dos registros, a primeira protagonista da nossa pesquisa, hoje moradora da Residência Terapêutica: Violeta**,** brasileira, natural de Caaporã, doméstica, solteira e morena. Era, quase sempre, trazida por policiais para ser internada. As informações que encontramos sobre Violeta, nas fichas do Juliano, baseiam-se em relatos feitos por ela mesma ou por aqueles que a internavam, porquanto ela não tinha documentos e nunca

estava acompanhada de parentes ou amigos que pudessem prestar informações sobre a sua vida. De acordo com os registros, as internações sucessivas de Violeta no Complexo se devem, entre outros motivos, ao fato de ela achar que era santa, que engravidou de Jesus Cristo e que roubaram sua filha. Além disso, perambulava pelas ruas, falava sozinha, chorava bastante, discutia com as pessoas e era motivo de gozação das crianças. Nas observações sobre sua entrada do Hospital, constam os seguintes motivos que justificam o seu internamento: fuga de ideias, insônia, ideia de perseguição, alucinações visuais, psicose esquizofrênica, fala sozinha; anda nua pelas ruas, agride as pessoas, periculosidade, conduta antissocial; atentado ao pudor e falta de abrigo familiar (M.S. - Psiquiatra). Também, há informações de que Violeta chegou a trabalhar como prestadora de serviços de limpeza, em uma maternidade, em troca de abrigo e de comida, mas, devido a um surto psicótico, quebrou vários objetos e foi morar em um chafariz.

Nas anotações e nos diagnósticos sobre ela**,** além dos sintomas de desequilíbrio mental, também são enfatizados tipos de conduta que podem prejudicar a ordem social. A justificativa para o seu internamento evidencia uma preocupação com os possíveis perigos a que a sociedade pode estar sujeita, mediante a liberdade de uma pessoa com transtornos psíquicos. Tanto o diagnóstico quanto a doença podem ser imprecisos, porém a rotulação com o estigma da pobreza e da periculosidade já traz consigo um argumento bastante forte e imperativo de que o internamento é necessário, como atestam os fragmentos dos prontuários a seguir:

> Quebrou tudo na maternidade onde lhe davam alimentação (s/a e s/d).
> A paciente reside em um chafariz, pois não tem onde residir nem parentes (...) encontra-se seminua. Por vezes se torna agressiva (...) mostra-se um tanto arrogante (s/a e s/d).
> Paciente com inúmeros internamentos neste manicômio. Trazida por intermédio do Sr. I.J.N. Funcionário da prefeitura de Caaporã. Segundo o citado funcionário a paciente encontrava na cidade provocando as pessoas, andando bastante". Diz a paciente que já morreu, e hoje, se chama Santa Tereza, que já foi ao céu, conhece Jesus (s/a e s/d).

> Não dorme, deambulando excessivamente, tira as roupas no meio da rua. Hoje quis agredir uma pessoa após uma discussão numa construção. Está sempre falando sem parar, sobre os pais que morreram há mais ou menos dez dias. A paciente diz que quando 'ela morrer todo mundo vai descansar'. Está muito doente (s/a e s/d).

Seguindo as pastas, uma a uma, é possível perceber que a conduta antissocial é mencionada constantemente e permanece nos registros não somente de Violeta, mas também das outras mulheres do Complexo. Outro fato muito comum em relação aos demais pacientes é o abandono familiar. Como na maioria das vezes, a doença não permite que o sujeito possa dar informações seguras sobre si e não há parentes por perto para apoiá-los, suas identidades vão se deteriorando com o passar do tempo. Nas suas fichas, existem constantes registros de tristeza pelo abandono de seus familiares, como mostra este fragmento:

> Entrou na sala um pouco deprimida. Afirmando estar triste porque 'tenho tanta família e me jogam dentro desta Colônia pra acabarem comigo. Aqui só tem doido. Em Caaporã também o povo quer acabar com Violeta'. Sem Consciência da doença com franca produção delirante (M.S – psiquiatra). Paciente volta sozinha ao hospital depois de receber alta recentemente, como não tem familiares, fica perambulando pelas ruas da cidade, no momento encontra-se calma, desorientada no tempo e no espaço, fala monossilábica e sem anexos, não dorme e não se alimenta. Trajando roupas limpas, cuidado com higiene corporal. A mesma recebeu medicação no dia da alta, mas distribuiu com as pessoas da rua (M.S – psiquiatra).

Existem, ainda, constantes observações, sem justificativas, sobre a proibição ou a não recomendação de participação de Violeta nas recreações e nas atividades extra pavilhão. Há registros nos prontuários em que Violeta reclama por ter que ficar internada no hospital, do tratamento a que está sendo submetida e manifesta o desejo de sair da instituição, conforme as seguintes anotações:

> (...)'Violeta vai morrer a qualquer momento. Violeta está acabada. Ninguém tem pena de Violeta?' A paciente entrou

> na sala muito ansiosa querendo sair do hospital: 'Estão acabando comigo aqui dentro, essas assassinas, essas criminosas. Olhe como Violeta está acabada, o povo diz que Violeta está morta (M.S - Psiquiatra).

Consta, também, nos registros do hospital, que Violeta estivera grávida sob "circunstâncias misteriosas", sem informações sobre o suposto pai da criança, que nem ela mesma, tão pouco quem a conheceu sabia explicar algo sobre o fato, ou sobre quem seria o pai. Alguns funcionários do hospital chegaram a mencionar que ouviram rumores de que ela teria sido estuprada e que tal fato teria provocado nela um forte desequilíbrio mental, do qual não teria conseguido se recuperar até hoje e que, depois de vários anos, soube que a filha estava viva e a conhecera no Juliano, quando ela fora internada também com transtornos psíquicos. Depois desse breve encontro, a filha recebeu alta hospitalar, foi embora e nunca mais Violeta obteve qualquer notícia a seu respeito. As psicólogas que acompanharam seu tratamento nos informaram que ela se reportava muito à filha, sempre pegando na barriga. Lembraram, ainda, de um episódio muito marcante, quando Violeta foi levada para assistir a um vídeo sobre a natureza no jardim botânico: "Ela viu um pássaro chegando no ninho e alimentando os passarinho com bico (...) ela se emocionou muito e disparou a chorar e pegava na barriga e só falava na filha que tinham levado dela (...) ficou desesperada. Tivemos que vir embora. Foi triste"(A. L. – psicóloga).

Os registros sobre Violeta, no arquivo morto do Juliano, constam somente até o ano de 1995. O restante dos dados foi encontrado no arquivo corrente, ou no arquivo vivo do Complexo, mas sem nenhum dado relevante sobre sua vida na Colônia, apenas prescrições médicas. Nas suas fichas, algumas datas e informações estão desordenadas. Sua cor, ora é apresentada como branca ora como preta, morena ou parda. Os nomes dos seus pais também variam de uma pasta para a outra. Há longas listas de medicamentos prescritos e poucas observações sobre o seu estado emocional ou sua história de vida. A voz da interna, suas

queixas, seus desejos quase não constam nas inúmeras fichas que somam mais de trinta anos de internamento no Complexo. Quase tudo o que as páginas dizem sobre Violeta é que ela é analfabeta, esquizofrênica e indigente.

Ao primeiro contato direto com ela, percebemos que ela é uma mulher de meia idade, bastante simpática e carinhosa. Quando cumprimentada, gosta que lhe beijem a mão. Não costuma conversar muito, mas quando fala, ainda toca a barriga e diz que acha que está grávida. Sempre pergunta se a pessoa tem mãe e onde ela mora. Caminha muito pela casa, sempre observando suas companheiras de moradia com um olhar um ingênuo e desconfiado. Quando se sente contrariada com algo, é comum vê-la balançar no ar o dedo indicador da mão, para um lado e para o outro, ao mesmo tempo em que diz a seguinte frase: "Tem boquinha não, viu? Apesar de várias tentativas, não houve possibilidade de diálogo para uma entrevista sobre a sua vida na casa e no Complexo. Na casa, seu dia a dia se resume a se alimentar, tomar a medicação e ficar na companhia das demais moradoras. O maior ganho de Violeta na casa, segundo a cuidadora que a acompanha, foi aprender a cuidar de sua higiene pessoal, porque quando chegou do Juliano não sabia tomar banho sozinha. No mais, Violeta não apresenta risco à sociedade, é uma pessoa dócil, fácil de cuidar e de manter dentro de uma casa. Contudo, no que diz respeito à sua recuperação, em termos de saúde mental e de reinserção social, Violeta apenas vive fora do hospital com um pouco mais de dignidade e conforto. Seu assunto preferido, até hoje, ainda continua a ser sua possível gravidez.

A segunda moradora chama-se Magnólia**:** branca, brasileira. Na sua ficha de entrada na instituição, constam três cidades onde ela poderia ter nascido: Conde, Alhandra e Pedra Lavrada. Magnólia quase não tem dentes, anda com muita dificuldade, devido a dores crônicas na perna e no braço. Sua aparência é de uma mulher bastante idosa, maltratada pelo tempo. Como não tem documentos, sua idade é baseada na aparência física, assim como as demais que estão na mesma situação. Não existe

nenhum outro tipo de informação sobre profissão, grau de instrução ou filiação. Apenas o diagnóstico: "Psicose inespecífica + epilepsia F – 29".

O primeiro registro encontrado sobre Magnólia data do dia primeiro de junho de 1991. De acordo com a sua ficha de saída do arquivo corrente do hospital, a soma do seu tempo de internamento totaliza 24 anos, no entanto, funcionários do arquivo do hospital afirmam que ela está na instituição há muito mais tempo. Os motivos que justificam o seu internamento são os seguintes:

> Quadro psiquiátrico de desorientação. Atividade delirante. Crises convulsivas ocasionais. Conduta anti-social. Idéias de autodestruição (M.S. – psiquiatra).
> Paciente encontra-se interna neste hospital há vários anos tendo sido abandonada pela família. A mesma apresenta surtos periódicos de agressividade e no momento apresenta-se calma, parcialmente orientada, hipotenaz (s/a e s/d).
> Paciente ansiosa, crise de choro, humor tendendo à depressão. Por ter sido abandonada neste hospital pela família, a paciente, não tendo para onde ir, necessita permanecer internada apesar de ter condições de retornar ao convívio sócio-familiar (N.A. – assistente social)

A justificativa encontrada para o internamento de Magnólia coincide com as das demais pacientes, isto é, o mesmo quadro clínico: agressividade, depressão e abandono. No caso de Magnólia, por exemplo, mesmo tendo condições de sair do hospital, ela permanece internada, porque não tem para onde ir. Nesse sentido, a instituição passa a ser o seu abrigo, assim como é para a maioria dos que lá estão e já apresentam boas condições de saúde mental.

Tudo que encontramos sobre a vida de Magnólia fora da instituição é que veio para a cidade vender milho na feira, acompanhada do pai e do irmão, e acabou se perdendo deles. Segundo a psicóloga do Juliano, "talvez o choque de estar numa cidade onde não conhecia nada e também por ser ainda muito jovem, tenha deixado Magnólia doente" (M.C. – psicóloga). A família nunca apareceu a sua procura, apesar de a direção do hospital ter afirmado que fez um trabalho de procura dos parentes dos internos por meio de anúncios no rádio e na TV. Entre as mulheres que

foram transferidas do Complexo para a Residência Terapêutica, uma das mais enigmáticas e de cuja procedência menos se sabe é Magnólia. Os dados sobre a interna são ínfimos, e os funcionários que tiveram contato com ela quase nada sabem a seu respeito. Sua vida na instituição se resume a prescrições médicas e relatórios de enfermagem. Suas poucas falas registradas são queixas frequentes de cefaleia e dores causadas por hematomas no braço esquerdo. Porém, em nenhum momento, é esclarecida a causa dos hematomas, seu tratamento ou os resultados dele.

A professora de Educação Física, que visitava a Residência Terapêutica e praticava atividades com as moradoras, revelou que Magnólia, apesar das limitações do corpo, era muito participativa e que, nos momentos em que faziam as cirandas durante as aulas, ela gostava de cantarolar algumas músicas da época em que ajudava sua família no roçado. Segundo uma cuidadora que trabalha na Residência Terapêutica, Magnólia não dorme bem e, quase sempre, tem pesadelos em que acorda gritando: "Tem noite que ela acorda até gritando 'olha o meu pai tá aqui bêbo querendo me bater' eu acho que isso é que deixa a pessoa assim (...) eu acho que ela não era nem maluca assim, de ter problema de juízo, foi de tanto sofrer dentro de casa com a família" (cuidadora - 2).

Quando questionada sobre a sua vida ou seus sonhos, Magnólia nada fala, apenas fecha os olhos e sorri. A mesma cuidadora revelou que apenas uma vez ela chegou a dizer que gostaria de morar em um lugar só dela: "Ela dizia, 'eu tenho fé que eu ainda vou ter o meu cantinho, nem que seja um ranchinho'" (cuidadora - 2). Magnólia é pouco comunicativa, passa a maior parte do tempo no quarto, deitada, ou na sala assistindo televisão. Nas várias tentativas de contato para a entrevista, ela não demonstrou interesse em colaborar e, na maioria das vezes, estava com um semblante bastante triste. Segundo uma das cuidadoras, ela tem se comunicado cada vez menos.

A terceira moradora, que também se comunica pouco, é Margarida**.** Mulher de baixa estatura e cabelos grisalhos, é conhecida por todos como

Li. Tudo o que foi possível saber sobre seus dados pessoais, com base nos prontuários do Complexo Psiquiátrico, é que ela é morena, solteira e natural de Pedra Lavrada. Sua profissão consta como auxiliar de serviços. Em ação ao seu grau de instrução, está registrada como estudante. Sua data de nascimento e de endereço varia de uma ficha para a outra, portanto, não se sabe ao certo qual a data em que nasceu nem o seu endereço. A idade dela, registrada no seu primeiro internamento, teve por base aparência física - vinte e sete anos. A primeira admissão no Complexo foi registrada em quatorze de julho de 1981, quando foi encontrada na rua, cantando, chorando muito e falando que tinha se perdido e que queria voltar para casa. Consta nos registros que sua família também não foi localizada e que apresenta em seu quadro clínico "esquizofrenia e psicose inespecífica". Não constam relatórios de enfermagem nos seus prontuários. Existem apenas alguns pedidos de renovação de AIH. Nas suas pastas, foram encontradas fichas de outras pacientes da instituição que ainda estão internadas. Os registros encontrados nesse arquivo vão até o ano de 1998. Nos registros do arquivo corrente, também não encontramos dados novos, apenas prescrições médicas. Nas observações de entrada no Complexo, constam os seguintes motivos que justificam o seu internamento:

> Desorientação parcial, atividades delirantes, inquietação psicomotora. Conduta anti-social. Agressividade. Puerilismo. Instabilidade afetiva". (s/a e s/d)
> "Insônia, ausência de juízo de crítica (...) descuido do asseio corporal. Anorexia, agressividade". (N.A. – psiquiatra, s/d)
> "Paciente não poderá voltar ao convívio social porque não tem familiares. Apresenta quadro psiquiátrico estável no momento. (M.S. – PSIQUIATRA, s/d)

Esses fragmentos expostos acima foram retirados das fichas onde são solicitadas as renovações de internação hospitalar. Nos dois primeiros textos, além dos sintomas de desequilíbrio mental, são ressaltadas também as características agressivas da paciente. Na última anotação, no entanto, o quadro psiquiátrico é favorável a sua alta hospitalar, mas a

paciente deve permanecer internada porque não tem parentes ou amigos que possam acolhê-la. A periculosidade e a falta de familiares são duas características que prevalecem e são bastante comuns entre Margarida e as demais mulheres que hoje habitam a Residência Terapêutica. Outra observação peculiar é que das oito ex-pacientes, metade foi encontrada na rua por terceiros, que as levaram para o Complexo Juliano Moreira, alegando que elas se encontravam perdidas e desequilibradas emocionalmente.

Na casa onde vive hoje, Margarida passa a maior parte do tempo caminhando pelos cômodos. Tem o hábito de apanhar as folhas que caem da árvore do jardim, recolher uma por uma e colocá-las no lixo. Sempre se reporta a sua cidade natal de maneira muito saudosa e com uma expressão de tristeza, dizendo que ainda quer voltar a morar com a família. Quando as pessoas na casa estão conversando, olha fixamente, aproxima-se para ouvir, mas, apesar do interesse, não consegue participar da conversa. Quando se cansa de observar, sorri e se retira. Segundo uma das cuidadoras, Margarida, depois que passou a morar na Residência Terapêutica, ganhou muito peso e continua fumando bastante, seu passatempo preferido.

Assim como as outras duas moradoras mencionadas anteriormente, também não foi possível entrevistá-la, porquanto ela não conseguia manter qualquer diálogo com o mínimo de coerência. A maior parte do tempo, Margarida parece estar distante e evasiva, quando se comunica, geralmente é para pedir café, cigarro ou comida. Tem pouca recordação sobre a sua vida antes e depois do internamento no Complexo. Lembra apenas que é de Pedra Lavrada e, algumas vezes, chegou falar que teve uma filha e que a entregou a um homem chamado Seu Manu.

Diante do exposto, é preciso considerar que Margarida, Violeta e Magnólia são mulheres idosas, que não frequentaram a escola, foram abandonadas por suas famílias e viveram por mais de duas décadas em uma instituição psiquiátrica, onde o largo uso de medicamentos psicotrópicos era a base do tratamento cotidiano. Esses, entre outros

fatores, terminam por causar uma cronicidade da doença, que limita bastante o grau de autonomia para a reconstrução de uma vida em sociedade.

A quarta moradora pesquisada é Lis, brasileira, casada, parda**.** Foi internada, pela primeira vez, em dois de novembro de 1961, aos vinte e oito anos de idade. Consta nos registros que ela informava que veio para uma festa na cidade de João Pessoa com o marido e se perdeu. Não há registro sobre o paradeiro dele ou de sua família. Os registros de Lis são pouquíssimos, quase nada. Na pasta, a ex-interna está diagnosticada como paciente crônica, e seus dados no arquivo morto ou permanente estão registrados, somente, até 1997, embora ela tenha permanecido na instituição até o ano de 2007, quando foi transferida para a Residência Terapêutica. Na sua ficha, ora consta que era doméstica, natural de Araruna – PB, ora que era natural de Macau – RN, onde trabalhava com o marido em uma salina. Segundo a própria, no entanto, sua cidade natal é Bananeiras. Seus diagnósticos variam entre "psicose não orgânica inespecífica e anorexia". Nas observações de entrada do Complexo, constam os seguintes motivos que justificam o seu internamento: "Desorientação. Idéias delirantes. Conduta anti-social. Periculosidade" (J.N. – psiquiatra); "Paciente internada e abandonada por familiares, neste Hospital há vários anos" (M.S.- psiquiatra).

Assim como os das demais pacientes, os dados sobre Lis estão incompletos, e os motivos que a levaram ao internamento são semelhantes, conforme demonstrado anteriormente. Entretanto, apesar de ter seguido praticamente a mesma trajetória que as demais ex-pacientes do Complexo Juliano Moreira, hoje moradoras da Residência Terapêutica, Lis apresenta uma postura diferente das demais. Participa ativamente das tarefas domésticas da casa, realiza pequenas compras no mercadinho da rua, tem um bom relacionamento com a vizinhança, uma memória razoável e é bastante comunicativa. Quando questionada sobre as suas lembranças antes do internamento, disse não recordar muitos fatos, mas fez um breve resumo da sua vida:

> (...) Eu tinha onze anos aí fiquei moça, aí me casei, aí fiquei mulé e agora eu tô veia com num sei quantos anos. Quando eu era nova, eu passeava, passeava (...) e ia pro roçado buscar milho e melancia pra comer e feijão verde, disbulhava, botava no fogo (...) a gente morava na Alvorada, eu ajudava meu pai, limpava mato e plantava. Eu saí de lá porque fui pro Henrique Roxo e do Henrique Roxo vim praqui e nunca mais fui pra Bananeiras (Lis - moradora).

Lis também afirmou que se casou e que seu marido a abandonou. Depois chegou a casar-se novamente e teve cinco filhos, que entregara ao seu pai para cuidar. Sempre fala em um grande amor chamado Pedro, que era seu noivo: "ele foi embora pra Piauí e num quis saber mais deu. Aí fiquei solteira sem saber de homi". A narrativa de Lis segue uma ordem cronológica bastante pessoal, em que a sequência dos períodos relatados se reporta ao processo de crescimento e de vida social da mulher, em uma lógica coerente, como separação entre infância e adolescência, com a menstruação, casamento, maternidade e velhice. O depoimento de Lis, salvo pequenos esquecimentos de datas e nomes, segundo as cuidadoras e alguns profissionais da saúde que a conhecem há bastante tempo, é contundente. Em suas lembranças anteriores ao internamento no Pavilhão Henrique Roxo do Complexo Psiquiátrico, sempre destaca a vida na roça, os casamentos mal sucedidos e os filhos que não vê mais há muitos anos.

Lis descreve o dia do seu internamento no Complexo Psiquiátrico, da seguinte forma:

> A assistente social me trouxe no carro da polícia porque eu tarra andano no mei da rua, aí foi a polícia pegou eu e botou dentro do camburão, aí pisou o pé comigo, aí levou pro Juliano.Chegou no Juliano abriro a porta, eu desci e mandaro eu entra. Entrei e fiquei lá dentro e dei meu nome e fiquei mais um bucado de mulé, essas aí também tava lá[38] num quisero levar eu de volta (Lis - moradora).

38 A entrevistada se referia nesse momento, às moradoras do SRT que estavam presentes no quarto.

A ex-paciente ressalta que não estava doente e que não tinha feito nada de errado para ficar internada. Também afirma que não foi examinada por nenhum médico da instituição e, bastante emocionada, disse que passou mais de vinte anos no hospital e que sofreu muito com a ausência de sua família: "(...) eu alembrava de pai e de minha mãe e tinha muita vontade de pontá ela". Apesar do tempo que passou internada no Complexo Psiquiátrico e do desgosto pelo isolamento e da saudade dos parentes, Lis não depreciou, totalmente, o tempo que passou na instituição. Disse que era bem tratada pelas pessoas e até lembrou os nomes de algumas psicólogas com carinho. Falou que gostava das festas, mas que a comida era restrita, e que o horário das refeições era preestabelecido. É comum a relação de apego ao hospital continuar a existir de alguma forma, por parte de ex-pacientes, mesmo depois que saem da instituição, devido ao fato de que, durante o longo período de internação, o hospital termina por ser visto como um espaço de proteção contra as adversidades a que poderiam estar sujeitos fora dos seus muros.

Sobre o cotidiano na instituição, Lis relatou que, todos os dias, fazia praticamente a mesma coisa: "Acordava, varria o chão, lavava os banheiro, ia jantar, ia lanchar, tomava a medicação e olhava a televisão e ia durmir". O relato de Lis sobre as suas ocupações cotidianas no Complexo permite-nos uma observação sobre a interpretação que os hospitais psiquiátricos, em geral, fazem a respeito do trabalho, conhecida oficialmente como laborterapia. Nela, os pacientes recebem a incumbência de realizar tarefas como as que Lis descrevera em sua narrativa. Para Goffman (2005), essa prática é comum em instituições totais como: prisões, asilos e conventos. Os serviços, frequentemente, são de natureza inferior[39] em decorrência da própria necessidade de pessoal da instituição para fazê-los. Para que os pacientes cumpram esses afazeres, o hospital justifica que, por meio do trabalho, eles poderão reaprender a viver em

39 Os serviços de natureza inferior que nos reportamos são aqueles que não precisam de habilidade específica para desenvolvê-lo, como é o caso da faxina.

sociedade, e sua dedicação pode ser diagnosticada como um sintoma de melhora. Assim, a instituição termina por economizar em mão de obra, posto que os pacientes não são remunerados pelos trabalhos que realizam e, ao mesmo tempo, consegue mantê-los ocupados e sob controle, sem que, para isso, seja necessário criar tratamentos terapêuticos mais diferenciados e direcionados às necessidades individuais de seus internos.

Ao ser questionada sobre a diferença entre viver no hospital e viver na Residência Terapêutica, Lis assegurou que preferia a casa: "Aqui é mais mior do que o Juliano, porque lá a gente só era trancada, gradeado sem poder sair. Era na chave, botava o cadeado e fechava o portão e nois vivia lá pra dento nera Rosa? 'Era uma vez eu fugi pra toma água de coco'". Aqui, a narrativa de Lis enfatiza a oportunidade de poder viver em liberdade. A importância de se sentir livre é o que faz da casa um lugar melhor para morar que o Complexo psiquiátrico. A fala de Rosa, sua colega de quarto, que hoje também é moradora do SRT, sobre a fuga do hospital para tomar água de coco, põe, mais uma vez, em xeque, o hospital como lugar de vigilância e de controle, onde a falta de domínio sobre pequenos desejos faz com que o paciente perca, a cada dia que passa dentro da instituição, um pouco de sua personalidade. A possibilidade de resgatar o poder de escolha e o direito de ir e vir, ainda que limitada, representa para a moradora um dos maiores atrativos da Residência Terapêutica.

Quanto ao seu relacionamento com as demais moradoras da casa, Lis se dá bem com todas as pessoas que lá moram e trabalham e gosta de ajudar nos serviços domésticos. Ela também demonstra um bom grau de autonomia para realizar pequenas tarefas dentro e fora da casa, conforme descreve a seguir: "Ajudo, passo o pano, boto a mesa, areio as panela, lavo os prato, quando elas manda eu vou no mercadinho fazer compra (...)". Entretanto, apesar de sua boa participação nas atividades da casa, ela não sabe de onde vem nem como são geridos os recursos que a mantêm. Não tem queixas sobre sua saúde nem sobre o SRT, mas lamenta não ter ainda nenhum tipo de documento pessoal e o fato de não

poder ir à igreja porque não há quem a leve, e ela não pode ir sozinha. Assim, as celebrações da missa são assistidas sempre através da televisão.

No tocante aos seus familiares, diz que não os vê há muitos anos e que sente desgosto porque nunca vieram resgatá-la. Diz sentir muita saudade deles, principalmente da sua mãe, a quem nos solicitou que escrevêssemos uma carta que fala da sua saudade, a qual segue transcrita, logo abaixo:

> D. Rosa, minha mãe, eu tô com saudade da senhora. Quero que minha mãe venha me buscar. Tô aqui na residência terapêutica. Tô triste porque você não vem me buscar. Minhas irmãs, tô com saudade delas, da Sueli, da Chica, da Fátima, da Neusa e da Arlinda. Tô com saudade dos meus filhos. Minha mãe me abençoe. Quero mandar um abraço pra minha mãe e pra as minhas irmãs. Assinado, sua filha, Lis.

Mesmo com todas as marcas e limitações de uma vida de abandono e solidão dentro de uma instituição psiquiátrica, Lis não esquece a família e sempre manifesta um grande desejo de voltar a se relacionar com seus parentes. Apesar de todo o distanciamento causado pela doença e pela internação, ela não se esqueceu da sua cidade natal e dos bons momentos que passou junto com suas irmãs no roçado. A tentativa de estabelecer contato, por meio da carta ditada por Lis, revela uma grande tristeza causada pela saudade que sente. O endereço de destino da carta ainda não foi confirmado, porém a moradora citou com bastante confiança: o nome da destinatária, da cidade, do bairro, da rua e até o número da casa onde esta deveria ser entregue.

Hoje, apesar de suas mágoas, diz estar satisfeita com a vida que leva e conserva uma boa dose de vaidade. É comum encontrá-la dentro de casa, sempre com as unhas pintadas, maquiada e usando roupas e bijuterias coloridas. Seu passatempo preferido é fumar e assistir à novela da tarde. Costuma cantar enquanto caminha pela casa ou quando realiza alguma atividade doméstica. Ao ser indagada sobre os sonhos que ainda

gostaria de realizar, pensou um pouco, sorriu e respondeu: "Eu tô veia já, num tenho vontade de fazer nada mais". Segundos depois, voltou atrás dizendo que ainda tinha vontade de casar novamente, desta vez, com Pedro, seu antigo noivo, que foi embora e nunca mais a procurou.

Durante boa parte do tempo em que conversávamos, éramos observadas por outra ex-paciente do Complexo, que hoje também mora no SRT. Rosa: brasileira, solteira, parda, doméstica, analfabeta, natural de Pedras de Fogo - PB. No seu prontuário, constavam três diagnósticos diferentes: "deficiência mental; psicose inespecificada e psicose tóxica". A data do seu primeiro internamento é vinte e três de abril de 1979, quando tinha apenas dezoito anos de idade. Segundo os prontuários, Rosa contava que veio para uma festa em João Pessoa com seus familiares e não sabe como, mas acabou se perdendo deles. Consta nos dados dos arquivos que seus parentes nunca foram encontrados, apesar dos anúncios feitos na TV e no rádio a pedido da instituição. Entretanto, uma paciente contou que as estagiárias do Hospital localizaram seus familiares, mas eles não a quiseram de volta.

O prontuário da ex-paciente tem longas fichas, com relatórios de enfermagem, que tratam apenas da sua medicação e alimentação. Nesses registros, o seu sobrenome varia muito, e isso causa uma confusão identitária de informações cruzadas entre três pacientes, fato que revela o descuido da instituição em relação aos dados sobre a saúde dos seus internos. Os dados pessoais e históricos da doença de Rosa não foram preenchidos. Nas observações de entrada do hospital, estão explanados os seguintes motivos que justificam o seu internamento:

> Desajuste sócio-familiar. Conduta pueril. (s/a e s/d)
> Paciente se internou em frenocômios inúmeras vezes. Ultimamente apresenta insônia, anorexia, conversa incoerente, comportamento inadequado, agressividade ocasional, atividade delirante alucinatória. (s/a e s/d)
> Sem que houvesse motivo aparente passou a ficar agitada, agressiva, com conversação incoerente, sem dormir, pedindo sal e açúcar para comer, falando demais. Diz estar

> com AIDS dada pela patroa (Sic). Nega etilismo[40]. (s/a e s/d)
> Paciente tentou suicídio duas vezes hoje. Tem que ser realizada contenção da vigilância (s/a e s/d).

A maioria das observações encontradas está sem a assinatura do médico responsável, e algumas não são confiáveis devido a uma confusão de nomes de internas, que variam de uma ficha para a outra. Não foram encontrados registros posteriores sobre quaisquer providências tomadas no sentido de proporcionar algum tipo de tratamento para as queixas da paciente. Se as anotações encontradas pertencem todas à mesma pessoa, o estado físico e psicológico dela seria um caso que mereceria uma atenção especial. No entanto, na ficha dessa pasta, além de não constar o nome correto da paciente, nem da pessoa que teria registrado essas informações, também não há explicação sobre os motivos de sua tentativa de suicídio. Existe apenas uma indicação para contenção e vigilância dela. A fala da paciente sobre seus problemas com o pai, a mãe e a patroa é registrada de forma muito limitada e para as investidas da interna contra a própria vida é tomada apenas a providência de contê-la sem que seja esclarecido de que forma esse procedimento é executado. As falhas encontradas nos prontuários são bastante graves, porque faltam assinaturas médicas, e as fichas das pacientes se encontram em total desordem. O que põe em evidência, cada vez mais, a incapacidade da instituição de tratar com responsabilidade e dignidade seus usuários.

Ao entrevistar Rosa sobre o tempo em que passou no Complexo Juliano Moreira, ela informou que só recordava que foi levada para a instituição por um homem chamado Mário. Sua maior queixa sobre o Hospital era sobre o isolamento a que era submetida e a ausência de seus familiares. Contudo disse que, mesmo assim, não era ruim morar na instituição. Em sua ficha, consta a informação de que Rosa costumava procurar e retirar comida do lixo do Complexo para se alimentar. Quando questionada sobre esse fato, ela se explicou da seguinte forma: "Eles

[40] Essa ficha pode ser de outra paciente, pois os nomes dos pais não são os mesmos apresentados nas fichas anteriores.

botava uns negócio no lixo lá, aí eu aproveitava e comia lá alguma coisa (...) um pedaço de melancia (...)". A atitude de Rosa permite a inferência de que ela poderia estar passando fome no Complexo e que, em virtude disso, sem qualquer escrúpulo, catava no lixo algo que pudesse satisfazê-la. Considerando que, na instituição, há um controle sobre os horários das refeições, a paciente encontrava nas sobras descartadas o complemento alimentar desejado. Na medida em que procurava satisfazer a alguma necessidade nos refugos do hospital, Rosa terminava por se confundir com eles e, de sujeito, passava a ser também refugo, um refugo humano (BAUMAN, 2005).

Hoje, na residência, o seu hábito de comer restos retirados do lixo, vez por outra, ainda insiste em voltar, mas, segundo as cuidadoras da casa, esse problema já está sob controle. Sobre a sua vida na casa, Rosa disse que a sua chegada foi um pouco antes do natal. Ao comparar a Residência com o hospital, ela afirma:

> É melhor ficar aqui, porque aqui é aberto e lá é fechado. Aqui as vezes eu olho a rua, eu faço compra, trago o troco (...) lavo a roupa de Magnólia, de Lis e de Violeta (...) Violeta não sabe nem cuidar nem dela! Quanto mais lavar a roupa! Eu lavo os prato, deixo tudo limpim aí vou fumar (Rosa – moradora).

O depoimento de Rosa, assim como o das demais moradoras, revela, mais uma vez, que morar na residência é melhor que morar no Hospital, em virtude da maior liberdade que a casa proporciona. No entanto, ela lamenta o fato de ainda ter algumas ações que são limitadas dentro da casa, como é o caso de não poder cozinhar, pois as cuidadoras justificam que, por precaução, a fim de evitar acidentes domésticos, essa é uma norma da casa. Nesse sentido, percebemos que, se a rotina de Rosa na casa fosse mais orientada e menos limitada, ela poderia ter uma vida mais independente e produtiva, porém o excesso de cuidados termina por prejudicar o desenvolvimento da sua autonomia.

Para as mulheres do SRT que têm um perfil de donas de casa, com baixa condição econômica, sem instrução e provenientes da zona rural, o processo de retomada das atividades da vida diária deve ser compatível com essa realidade, no sentido de promover o máximo de aproximação desta. Reaprender a cuidar de si e da própria casa também deve incluir uma maior orientação a fim de proporcionar, gradativamente, um maior grau de liberdade para agir e criar de forma coletiva ou individual. No caso de Rosa, uma atividade doméstica simples, como cozinhar, é também um resgate importante, que não deveria ser negligenciado ou negado, pois é fundamental para o seu crescimento pessoal e o desenvolvimento da sua autoconfiança.

Quando questionada sobre sua família, Rosa disse não ter muitas recordações. Falou que morava com a mãe na zona rural de Pedras de Fogo. Apesar de manter, durante a entrevista, um diálogo bastante coerente, por um breve momento, ela passou a falar que havia sido casada com o seu irmão. Devaneio ou verdade, a história por ela relatada condiz com um fragmento encontrado em seu prontuário. Porém, a relação incestuosa descrita nele é com o próprio pai, como podemos constatar no fragmento a seguir: "Refere ter sido caluniada pela mãe, dizendo haver incesto com o pai" (S.O.)[41]. Como há ausência de qualquer outra informação que esclareça ou complemente tal fato, não se pôde averiguar o que realmente teria ocorrido com a paciente. No entanto, a lembrança confusa, mas ainda presente em sua memória, juntamente com a nota do prontuário, é um registro de que, possivelmente, houve alguma relação de abuso sexual dentro da sua família, que pode ter sido um dos elementos causadores do seu transtorno mental.

Rosa afirma que não tem amigos no bairro, mas que se relaciona muito bem com as suas colegas da casa, principalmente com Lis e Violeta, a quem adotou, praticamente, como sua filha. Fala com saudade da sua amiga Acássia, que também morava no SRT, hoje falecida. Apesar de ser

[41] Encontramos apenas a assinatura da pessoa que teria feito esse registro, no entanto, não há referências sobre que profissão teria o informante que assinou o prontuário.

bastante ativa nos afazeres domésticos, ela desconhece como se dá o processo de administração dos recursos da casa. Rosa é, nitidamente, a moradora mais jovem da casa, entretanto a sua jovialidade não é sinônimo de entusiasmo em relação ao futuro. Quando questionada sobre as suas perspectivas, diz apenas que tem vontade de sair um pouco mais para ir à missa ou à praia e que não pretende mais trabalhar, estudar ou se casar.

A amiga mencionada acima por Rosa é Acássia, sexta moradora do SRT, brasileira, morena, solteira. Foi abandonada no orfanato Menino Jesus de Nazaré com sete meses de idade. Aos nove anos, foi encaminhada pelo Juizado de Menores da unidade feminina do orfanato, para a ala infantil do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, local onde permaneceu por quase toda a sua vida. Quanto a sua naturalidade, há controvérsias. Em seu prontuário, ora consta como sendo natural de Mamanguape – PB, ora como natural de Bananeiras – PB, não se sabe ao certo qual o município em que ela teria nascido. Já em relação ao seu quadro clínico, nas anotações em suas fichas de diagnóstico psiquiátrico, constam as seguintes informações: "Déficit intelectual; Psicose maníaco-depressiva e Transtorno de desenvolvimento". As datas dos prontuários também estão dispostas de forma desordenada, e poucas são as assinaturas dos responsáveis por diagnóstico ou prescrição médica. Cabe ressaltar que os prontuários não seguem um padrão único ou sequência uniforme e, portanto, variando de uma paciente para a outra, como podemos constatar nas observações de entrada da instituição, expostas abaixo:

> Paciente crônica (...) chegou aqui com 6 anos. Não tem familiares, nunca recebeu visitas de ninguém (M.V. – Serviço Social).
> Paciente emocionalmente descontrolada. Deseja morrer, porque se sente sozinha no mundo (...) paciente chora. Não tem se alimentado. Paciente perdeu peso. O olho está ardendo. Quer casar com Manelzinho (s/a).

> Paciente ansiosa por não poder casar. 'Não tem quem faça o casamento'. Quer casar. Está se sentindo presa, infeliz (SERVIÇO DE PSICOLOGIA – s/a).
> Boa conduta. Calma, orientada. Autorizada a ficar na sala de espera do pavilhão (SERVIÇO DE PSICOLOGIA – s/a).
> Paciente se diz estar triste. Chora. Paciente muito revoltada, por viver presa (SERVIÇO DE PSICOLOGIA – s/a).
> Paciente apresenta o mesmo quadro psicológico. Sua vida no pavilhão é um inferno. Segundo a mesma (RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – S/A).
> Paciente deseja sair do Hospital, quer casar. Diz nunca ser feliz, pois só vai viver no Hospital. Paciente diz não ter ninguém por ela (RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – s/a).

Nas anotações acima, percebe-se que, diferentemente dos das demais ex-pacientes já mencionadas, o prontuário de Acássia tem alguns dados preenchidos a mais, fornecidos por meio do serviço de psicologia e do relatório de enfermagem. O diagnóstico inicial aponta: déficit intelectual; psicose maníaco-depressiva e transtorno de desenvolvimento, o que, por si só, ainda não justifica um internamento que durou basicamente a vida inteira. As informações encontradas sobre o seu comportamento e estado de saúde não registram atividades delirantes, sintomas de periculosidade ou qualquer tipo de comportamento psicótico, mas um sentimento constante de tristeza e de revolta, devido a sua solidão e ao isolamento dentro do hospital. Além do isolamento social, a convivência no pavilhão também não era boa, pois as queixas de Acássia comparando-o a um inferno eram enfáticas e constantes nos prontuários. As anotações encontradas são breves, porém claras e significativas. Há um desejo manifesto de sair do hospital para tentar recomeçar sua vida. Consta, também, uma preocupação com o fato de não poder se casar com Manelzinho. Nenhum informante soube nos esclarecer quem seria essa pessoa ou que tipo de envolvimento tivera com ela.

Igualmente ao prontuário das demais ex-pacientes do Complexo, nos de Acássia, também existem referências a problemas de saúde, como por exemplo: cistos, edemas e ferida operatória, mas sem nenhum esclarecimento sobre como foram adquiridos ou tratados. Segundo uma funcionária da instituição, Acássia era uma boa pessoa e até costumava

passar um tempo ajudando nos serviços do arquivo, mas, apesar disso, eram constantes as agressões sofridas por ela no pavilhão. Em uma dessas agressões, teve a cabeça gravemente perfurada por uma pedrada e chegou a ficar muito doente.

Vítima de abandono ainda bebê, Acássia não frequentou a escola, não pôde exercer uma profissão, não se casou ou teve filhos. As amizades que fizera no Complexo e as bonecas que colecionava e das quais cuidava como se fossem suas filhas foram a única forma de organização familiar que chegou a conhecer. Durante toda a sua vida, teve apenas duas moradias: um orfanato e um hospital psiquiátrico. Era uma das pacientes mais ansiosas com a mudança para a Residência Terapêutica. Entretanto, não chegou a permanecer mais que dois meses na casa. Foi internada com graves problemas pulmonares e faleceu aos cinquenta e um anos de idade. Alguns funcionários ficaram bastante emocionados ao falar sobre a falta que Acássia fez quando foi embora do hospital e ao lamentar o seu falecimento quando ela, finalmente, teve a chance que tanto queria para reconstruir sua vida. Uma das psicólogas do Complexo contara que, após a sua saída do Juliano, Acássia "deixou de fumar e passou a sorrir" (M.C. – psicóloga).

A amiga mais próxima de Acássia no hospital foi transferida juntamente com ela para a Residência Terapêutica. A sétima moradora a que nos referimos é Camélia: cinquenta e dois anos, solteira, branca, estudante universitária, marroquina, natural de Casablanca. Ela é uma mulher alta, com olhos grandes e bastante expressivos, cabelos lisos e grisalhos à altura dos ombros, fala baixinho e, diferentemente das demais, não é vaidosa. Foi capturada na rua por policiais que a encaminharam para o Complexo Psiquiátrico, no dia quinze de outubro de 2004, aos quarenta e seis anos de idade. Está no Brasil desde 1974, quando veio acompanhada com sua família. O pai trabalhava como professor de tênis, e a mãe lecionava francês. Ambos passaram uma temporada no Brasil e voltaram para o Marrocos, mas Camélia decidiu permanecer no país para estudar.

De todas as oito mulheres, ex-internas do Complexo Juliano Moreira, que foram morar na Residência Terapêutica, ela é a que mais tem fichas preenchidas com seus dados pessoais, relatórios da equipe de profissionais e exames físicos mais detalhados. Camélia foi diagnosticada com esquizofrenia não especificada, seus dados, diferentemente do das demais, foram coletados no Arquivo vivo do Sanatório Clifford, onde permaneceu internada por mais de três anos, devido à indisponibilidade de leitos no Juliano Moreira. Nas observações de entrada do Hospital, constam os seguintes registros sobre o seu internamento: "(...) apresentava comportamento inadequado, higiene comprometida, fazendo uso de múltiplas drogas, agressiva, rebelde. Mora sozinha".

Segundo o parecer emitido pela coordenação de Serviço Social do Complexo Juliano Moreira, ela foi "criada dentro dos parâmetros valorativos positivos, tendo se desviado pelo caminho das drogas e promiscuidade por influência de 'amigos'. Contudo, não declara arrependimento em nada em sua vida" (C.G.A- Assistente Social). A assistente social solicita, ainda, em seu parecer que seja providenciada a sua repatriação, justificando que ela não tinha renda fixa para custear suas despesas no Brasil. Apesar dos pedidos de ajuda ao consulado francês em Recife - PE, não há registros de nenhuma resposta à solicitação do Complexo Psiquiátrico.

De acordo com informações obtidas com alguns funcionários do hospital, Camélia seria homossexual e teria entrado em depressão logo após o fim de um relacionamento amoroso, fazendo uso abusivo de várias drogas. Segundo as psicólogas entrevistadas do Complexo, ela estava sempre deprimida e quase não tinha contato com os seus familiares, que nunca foram à instituição para visitá-la. Durante todo o tempo em que esteve internada, Camélia só recebeu visita da sua tutora, a juíza de direito R.G, hoje falecida.

As observações encontradas sobre ela no hospital apresentam o perfil de uma pessoa calma, lúcida, orientada, com comportamento reservado, que quase não coopera com as entrevistas e não costuma

participar das festividades da instituição. De todas as internas, Camélia é a única cuja ficha de entrada esclarece, mais detalhadamente, o modo como chegou ao hospital, incluindo descrições sobre humor, aparência, orientação, comportamento e condições físicas. Nas anotações rotineiras dos seus prontuários, é comum encontrarmos sempre as mesmas observações: "Está calma; Fala pouco; Mantém-se isolada; Pouco participativa; Sentada pelos cantos" (S.N. - psiquiatra).

Em seus prontuários, consta o desejo de frequentar a biblioteca do Complexo e de sair dali para morar em sua própria casa. Embora seus registros também estejam desordenados, é clara a diferença de tratamento dispensado à Camélia em relação às demais mulheres do Complexo, as suas participações em eventos, assim como alguns fatos ou pedidos corriqueiros são registrados nos prontuários com muito mais detalhes e frequência.

Camélia falou pouco sobre o seu passado e, nas poucas informações que nos forneceu, constatamos que passou a infância no Marrocos e parte da adolescência na Espanha e no Brasil. Falou que não vê os amigos há muitos anos e lamentou não ter concluído o Curso de Arquitetura na UFPB, porque perdera o prazo de matrícula após um longo período de greve. Acrescentou, ainda, que, algum tempo depois, iniciou o Curso de Ciências Biológicas na mesma universidade e o abandonou devido ao seu internamento no Complexo Juliano Moreira. Quando questionada sobre os motivos do seu internamento, disse que morava e trabalhava na Associação Metropolitana de Erradicação da Mendicância-Abrigo (AMÉM), em uma loja de roupas usadas, e que ganhava muito pouco. Camélia afirmou que não teve doença alguma, tampouco fez uso abusivo de drogas, como é alegado entre os motivos de seu internamento.

Quando indagada sobre a relação com a sua tutora, falou-nos que eram muito próximas e que ela a levou para o hospital apesar de insistir para não ser internada. No que diz respeito a sua família, ela nos contou que tentou falar com os pais para pedir ajuda, mas que tinha perdido o

telefone e o endereço deles e que a única opção que lhe restou foi esperar para ver o que iria lhe acontecer:

> Eu lembro que foi em outubro de 2004 (...) foi doutora R.G. com o camburão porque ela era amiga da polícia. Eu fui à força, eu num queria ir não (...) aí depois eu me acostumei, fiquei vendo o tempo passar. Fiquei lá três anos. Foi um pouco ruim porque lá era fechado. Tinha grade em todo canto, os portões tinha grade pro povo num sair de lá. Aí eu conheci Acássia e outra senhora lá que eu tinha muita amizade. Eu num tinha muitos amigos não. Ficava mais no quarto vendo televisão (Camélia – moradora).

De acordo com as informações obtidas nos prontuários e por meio das entrevistas, foi possível perceber que Camélia foi levada para o hospital e lá permaneceu internada contra a sua vontade. Segundo os relatórios contidos nas suas fichas, a internação era necessária devido ao uso abusivo de drogas e ao seu estado de depressão e de mendicância. No entanto, a ex-paciente nega essas alegações, com exceção apenas da sua condição de pobreza, o que não justificaria, em hipótese alguma, o seu internamento.

Sobre o cotidiano na instituição, disse que não fazia nada, ficava apenas esperando o tempo passar e tinha que tomar a medicação prescrita de manhã, de tarde e à noite. No início da noite, já ingeria remédio para dormir: "de sete horas a gente já tomava o remédio e ia dormir". Assim como as demais, queixa-se da solidão e da ausência da família, que nunca foi visitá-la, durante todo o período em que esteve internada, mas fala que gostava dos passeios que a instituição permitia aos internos em datas comemorativas ou ocasiões especiais. No mais, afirma que preferia ficar no quarto lendo ou assistindo televisão a ter que participar das atividades oferecidas pelo Complexo.

Quanto a sua transferência do Complexo para o SRT, ela afirma que foi por vontade própria e que a sua adaptação ao novo lar foi tranquila. Contudo, sente muita saudade da sua antiga casa no centro da cidade que, segundo ela, foi derrubada por uma enchente: "Tenho saudade de lá,

tudo ficou lá, até minha roupa". Disse que gosta de morar no SRT, e que se relaciona muito bem com as cuidadoras e moradoras, mas que preferia morar em uma casa só dela. Disse também que não passeia muito pelo bairro, porque não tem para onde ir e que não tem amigos fora da Residência.

Sobre a diferença entre viver na casa e no Hospital, explica: "Aqui é uma casa né? Lá é um hospital (...) aqui dentro de casa eu me sinto mais livre. Tem sala, você quer ir pra sala, vai pra sala. Quer ir pro quarto, tem o quarto". Nesse sentido, para ela, a casa é um espaço para morar onde há mais liberdade e privacidade que o hospital, mas, na sua narrativa sobre o cotidiano da casa, ela não a diferencia muito da instituição: "A gente acorda, toma café e passa a manhã e almoça. Dorme um pouco e fica na sala (...) aí toma o remédio, janta e vai dormir". Na casa existem poucas atividades terapêuticas ocupacionais, que dependem da disponibilidade das cuidadoras. As atividades de lazer estão limitadas às poucas festas em datas comemorativas do CAPS, instituição à qual a casa está referenciada. Em vista disso, o cotidiano na Residência, assim como no Hospital, também fica praticamente limitado à alimentação e à medicação em horários determinados.

Camélia não tem queixas sobre a sua vida na casa e diz que o único fato que a deixou triste, desde sua transferência para o SRT, foi a morte de Acássia, sua colega de quarto e amiga mais próxima. Quando questionada sobre o que conhecia da vida de Acássia no Hospital, respondeu com apenas uma frase: "Ela foi deixada lá, aí o hospital criou ela". A curta frase de Camélia permite uma triste constatação sobre a dura realidade de Acássia e de todas as ex-pacientes do Hospital, que moram na Residência. O hospital foi a "casa" que abrigou, alimentou e, de certa forma, moldou valores e comportamentos. Os parentes que Acássia e as demais ex-pacientes do Hospital que hoje moram na Residência Terapêutica tiveram durante praticamente toda a sua vida de internamento foram as equipes de profissionais da saúde, funcionários e usuários do Complexo Psiquiátrico. Nesse sentido, podemos dizer que o

Hospital criou, de alguma maneira, todas as mulheres que lá permaneceram por anos e até décadas, porque não tinham lar ou parentes fora daquele lugar aguardando o seu retorno.

O comportamento de Camélia difere das demais moradoras por ser originária de uma camada social mais favorável economicamente. Gosta de se isolar no quarto para ler e de ouvir música brasileira, principalmente, as de Caetano Veloso e Roberto Carlos. Entre as moradoras, ela é a única alfabetizada e que tem conhecimento sobre a procedência dos recursos que recebe da prefeitura e da família, o que lhe dá o privilégio de usar alguns recursos que recebe em benefício próprio. Ela e Dália são as únicas da casa que podem "se dar ao luxo" de escolher o corte e a cor dos seus cabelos porque têm renda própria e podem cuidar deles com o auxílio de um salão especializado.

Camélia fala que sente vontade de rever seus parentes e visitar seu país. A última vez em que a sua mãe esteve no Brasil foi um pouco antes do natal, quando, na ocasião, foi até a Residência Terapêutica e a convidou para voltarem a morar juntas, mas ela ainda hoje aguarda a liberação do seu passaporte e confessa que, apesar da saudade, oscila entre o desejo de voltar ou não. Quando questionada sobre os seus planos para o futuro, diz não ter grandes metas para a sua vida fora do hospital, mas que gostaria de voltar a estudar e terminar o Curso de Ciências na UFPB. Todavia, justifica que não há como fazer vestibular novamente para voltar ao curso, porque teria que sair constantemente para frequentar um cursinho e, devido aos horários da casa, fica difícil. Também gostaria de voltar a trabalhar, mas não procura emprego porque sabe que seria pouco provável consegui-lo devido à situação estigmatizada em que ainda se encontra.

A oitava e última moradora pesquisada é Dália: brasileira, parda, doméstica, solteira, procedente de Campina Grande. Foi internada, pela primeira vez, aos 25 anos de idade. Sua data de admissão é de cinco de junho de 1951. Seu diagnóstico: esquizofrenia crônica. Não constam na sua ficha o seu endereço ou grau de instrução. Há informações de que

perdera os pais quando ainda era bastante jovem, e sem ter estrutura para se manter sozinha, passou a viver como agregada na casa de uma família, onde permaneceu trabalhando como empregada doméstica. Nos seus prontuários, consta a informação de que, quando apresentou problemas mentais, Dália foi levada pela justiça para o Complexo Juliano Moreira e, logo em seguida, foi abandonada pela família da casa onde morava. O fato que teria desencadeado a doença que a levou à internação não consta nos arquivos, e nenhum entrevistado que conviveu com ela soube dar explicações. Segundo a psicóloga da instituição, há rumores de que ela teria sofrido abuso sexual por parte do dono da casa onde morava, e que a família não a quis de volta, mesmo após a sua alta hospitalar: "A casa tava sempre fechada quando a gente tentava qualquer contato" (A.L. – psicóloga).

Diferentemente das outras mulheres pesquisadas, Dália tem documentos pessoais e recebe Benefício de Prestação Continuada, BPC[42]. Com exceção de algumas parcas observações, como essas citadas acima, tudo o que se encontra nas fichas de tratamento são listas de prescrições de medicamentos, e boa parte das prescrições médicas estão sem assinatura. As fichas da Fundação de Saúde do Estado da Paraíba, FUSEP e de encaminhamento de regresso ao Hospital não foram preenchidas. Identificamos que a paciente é registrada, ora como pensionista, ora como indigente. Nos seus registros, consta o recebimento de proventos de aposentadoria, que ela recebe com a ajuda de um funcionário. Como as demais mulheres internas participantes da nossa pesquisa, nas observações de entrada do Hospital, estão registrados, praticamente, os mesmo motivos que justificam o seu internamento:

> Pressupostos de periculosidade (S.M. – psiquiatra).

[42] O BPC é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988 e consiste no pagamento de 01 (um) salário mínimo mensal a pessoas com 65 anos de idade ou mais e a pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho. Só recebem o Benefício de Prestação Continuada os portadores de transtornos mentais que tenham documentos pessoais.

> Capacidade laborativa nula, porquanto não há entendimento e discernimento para qualquer ato da vida civil e convívio na sociedade (S.M. – psiquiatra).
> Quadro psiquiátrico de pobreza de pensamento. Indiferença afetiva. Alheamento. Conduta bizarra. Dificuldade no trato social (M.O. – psiquiatra).
> Paciente contando com vários anos de internamentos psiquiátricos, portadora de uma psicose endógena que evoluiu para a cronificação. No momento encontra-se com alucinações auditivas, delírios hipocondríacos, diminuição do nível da afetividade e dos impulsos (s/a).
> Paciente calma. Paciente muito calada. Paciente pede autorização para sair do pavilhão – ficar no jardim, ir na barraca (N. A. – serviço social).
> Paciente crônica, não tem familiares (N.A. - Serviço Social).

As anotações dos prontuários demonstram que a história de Dália também é marcada pelo estigma do internamento prolongado e pela rotulação de periculosidade, desequilíbrio mental, incapacidade de convívio social e abandono.

Sobre a sua vida antes do internamento, ela não quis falar. Contou apenas que veio da cidade de Campina Grande, que mora, há muitos anos, em João Pessoa e não tem mais contato com ninguém da família onde vivera como agregada. Também não lembra como se deu a sua internação, mas fala que não gostava de morar no Complexo, porque se sentia como uma indigente. Nesse momento, Dália parou de falar sobre a sua vida e nos fez a seguinte pergunta: "Você conhecia Dona Isabé? Eu me envolvi com o marido dela. Ele já morreu, ele trabalhava lá [Complexo] eu trabalhava mais ele. A mulher dele era enfermeira lá. Ele chamou eu pra passar o dia na casa dele. Eu ficava dentro de casa mais ele (...) já morreu ele e ela (...)". Bruscamente, com uma expressão muito triste, ela não quis mais falar sobre o assunto e encerramos a entrevista. A cuidadora de plantão nos falou, nesse dia, que ouvira essa história, e que o homem de que falava Dália era um médico do Hospital onde ela estava internada, e que ele teria abusado sexualmente dela, chegando até a engravidá-la. Dessa gravidez, Dália teria dado à luz uma menina, que recebeu o nome de Selma, sendo que, logo após o parto,

ficou sem saber do paradeiro da criança. Não há informações sobre nenhum tipo de investigação ou punição do abuso que o referido médico teria cometido.

Quanto à transferência do Hospital para a casa, Dália afirmou que, no início do processo de escolha e de preparação para a mudança, teve muito receio entre continuar a morar na instituição ou ir para a Residência Terapêutica, mas hoje conta que prefere morar na casa a voltar para o Hospital. No entanto, também se queixa da falta de lazer, assim como as demais entrevistadas. Diz que quase não sai de casa, a não ser para ir ao CAPS, ao posto de saúde ou ao salão para cortar o cabelo quando a funcionária do CAPS pode levá-la.

Em relação ao seu relacionamento com as demais moradoras da casa, ela afirma que gosta de todas e que a convivência com elas é muito boa. Porém, quando foi questionada sobre o porquê de seu isolamento durante as refeições, respondeu sorrido: "É porque elas briga". Dália explicou que é difícil se sentar à mesa ao lado das demais moradoras, porque elas comem de forma deselegante, sujando quase todo o ambiente em volta delas, e costumam disputar a comida como se esta fosse acabar antes mesmo de ser servida, e isso a incomoda. Uma das cuidadoras nos informou que, logo no início, quando elas chegaram do hospital, a situação era bem mais crítica, mas que hoje, já está sob controle e tem melhorado gradativamente. A cuidadora afirmou também que Dália sempre teve uma postura diferenciada das demais. Tudo o que pertence a ela tem que ser separado das outras e, se alguém tocar em algum pertence seu, seja ele qual for, tem que ser imediatamente lavado. Dália fala que só tem amigos na casa e que, fora dela, tem apenas conhecidos.

Quando questionada sobre a sua idade e sua aposentadoria, percebemos que ela não tem noção sobre quantos anos tem ou sobre o período em que foi aposentada. Apenas sabe que um funcionário do CAPS é quem recebe e administra o seu dinheiro. Com o estado físico bastante debilitado e um peso acima da média, Dália passa boa parte do tempo sentada ou deitada, sempre se queixando de dores nas pernas que,

segundo ela, ficam inchadas constantemente. Quando fala sobre o seu futuro, lamentar o fato de ter frequentado a escola sem ter conseguido aprender a ler e a escrever e acrescenta que não tem nenhum sonho a ser realizado. No entanto, poucos segundos após essa afirmação, disse que gostaria muito de rever sua família.

Com base nos dados encontrados nos prontuários pesquisados e nos relatos das entrevistas, pudemos inferir algumas questões importantes sobre as características do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, a saber:

1- O hospital recebe pessoas retiradas das ruas, que geralmente são trazidas por policiais e não sabem onde estão seus familiares, nem como voltar para casa;

2- Os pacientes, comumente, são diagnosticados como desequilibrados e agressivos, sendo, portanto, considerados incapazes de estabelecer um bom convívio social;

3- Recebe mulheres apenadas, e quando elas não podem ser instaladas no manicômio judiciário, são alojadas no pavilhão, junto com as demais, sem qualquer tipo de precaução, o que gera muitos conflitos e violência entre as internas[43];

4- Os pacientes permanecem no hospital, mesmo depois da alta hospitalar, por não terem para onde ir.

[43] Segundo funcionários do hospital, são os apenados e os usuários de drogas que tornam a vida na instituição mais perigosa e violenta. Durante o período da pesquisa, ocorreram dois casos violentos de grande repercussão no Juliano, um levou a óbito uma paciente e, o outro deixou duas pessoas mutiladas. Esses fatos foram apontados, como sendo decorrentes da mistura indiscriminada de pacientes. No dia 16 de março deste ano, representantes da Comissão Permanente de Fiscalização dos Hospitais Psiquiátricos inspecionaram diversos setores do Complexo. Na ocasião, um paciente atendido na unidade denunciou aos integrantes do Conselho Regional de Medicina (CRM/PB) e ao promotor de Justiça do Cidadão, Valberto Lira, que foi vítima de violência sexual dentro da unidade. (Portal Ministério Público da Paraíba Publicado em 05/04/2010 12:15 http://www.mp.pb.gov.br/index.php?limitstart=2) Além desse caso, segundo o jornalista Fábio Cabral Bernardo, também foram denunciados por um funcionário da instituição, estupros contra pacientes, tráfico de drogas e espancamento de idosos. Todas essas acusações, ainda estão sob investigação.

Isso posto, como funciona como instância de controle e de ordem social, porque recebe pessoas alegando conduta antissocial, abriga pessoas sem-teto e detém apenados para tratamento, o Complexo se assemelha bastante às Casas de Internamento anteriores ao Século XIX. Como mencionamos anteriormente, nessa época, a loucura não havia sido ainda associada a uma doença e não havia uma instituição exclusiva para o seu estudo e tratamento, razão por que, era difícil distinguir hospitais de albergues e prisões, já que estes davam assistência a toda sorte de necessitados (MACHADO, 2001; FOUCAULT, 2004). Considerando as questões colocadas acima, o Complexo reúne, entre seus internos, não somente uma gama de pessoas que sofrem com transtornos psíquicos, mas também indigentes, usuários de drogas e criminosos, o que evidencia que a associação da loucura à pobreza, ao crime e ao vício é ainda muito comum. A permanência desse tipo de prática e tratamento em relação à doença mental não é apenas inadmissível como também é ilegal, em virtude das novas leis aprovadas com a reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, é preciso avaliar se as ações desenvolvidas pelos serviços hospitalares para implementar as propostas do movimento de reforma psiquiátrica requerem uma atenção bastante sensível à condição em que é recebido e tratado o paciente. Outra questão importante a ser levantada é que, mesmo considerando que o tratamento no hospital psiquiátrico não implique em internação compulsória, o indivíduo deve ser respeitado como um cidadão. No entanto, mesmo funcionando sem o viés do internamento obrigatório, o problema do hospital psiquiátrico, segundo algumas teorias críticas da Psiquiatria, está na questão de que, ao tratar o usuário, ele também está aplicando normas. Assim, diversas teorias têm procurado desenvolver novas formas de compreender e enfrentar o problema dos distúrbios mentais. Nesse embate, surgem não apenas postulados teóricos comuns, mas também outros com ressalvas e bastante diferenciados que, em meio às discussões, vão contribuir para amadurecer a questão de como as mudanças pertinentes à reforma devem ocorrer.

A antipsiquiatria, por exemplo, vertente mais radical entre as teorias críticas da psiquiatria, propõe como ponto de partida para essa discussão a destruição sistemática da instituição manicomial. Ela concebe que qualquer alternativa que possa ser criada para fazer frente ao asilo\manicômio não poderia, nem deveria ser pensada do ponto de vista de uma institucionalização, isto é, com as características de uma instituição. A simples existência de normas já demonstraria o mascaramento de um poder que, na verdade, está substituindo o que antes já atuava de forma aberta. Nessa vertente, assim como a doença mental é negada, nega-se também toda forma de intervenção. (FOUCAULT, 2004)

Já a interpretação basagliana (1985) tem uma proposta menos radical para tratamento e doença. Ela defende um objetivo comum como pré-requisito fundamental para a transformação da instituição, através de um processo de responsabilização e engajamento de todos que dela participam direta e indiretamente. A negação do manicômio tem que ser incontestavelmente marcada pela negação de seus valores, e realizar essa tarefa, talvez, seja a parte mais difícil, uma vez que isso significa modificar as referências de todos os que fazem parte dessa instituição. A desinstitucionalização, vista a partir desse entendimento, é bem mais complexa, pois se deve começar uma transformação não apenas de dentro para fora do manicômio (no sentido planejado de aproveitar a estrutura existente), mas também de dentro para fora de si, estabelecendo novas relações sociais.

Deve-se, portanto, negar, destruir e superar a instituição psiquiátrica em vários sentidos, não apenas os coercitivos, mas também os ideológicos e sociopolíticos, recusando qualquer tipo de instrumentalização do portador de transtorno mental. Daí a pertinência da crítica basagliana à transformação do asilo, pensada como uma simples desospitalização que, sendo mal planejada, apenas substitui, de uma forma pouco diferenciada em alguns aspectos, a estrutura antes montada.

Para a antipsiquiatria e, de certa forma, também para Basaglia, a opção pelo hospital psiquiátrico acabaria por incorrer numa situação tão alienante quanto à do asilo, por também estabelecer normas que, sob seu ponto de vista, estão sempre ligadas a estratégias de poder. Assim, nega-se a norma e também qualquer tipo de organização, pois, uma vez que a segunda não pode prescindir da primeira, poder e dominação estariam sempre presentes em todas as instituições.

No entendimento de Perrusi (2004), a opção basagliana de uma constante dialética é "asfixiante", e a opção antipsiquiátrica é "paralisante e niilista". Ainda que de pontos de vistas diferentes, existe para ambas uma alienação imanente a qualquer processo de objetivação institucional. Para ele, as vertentes que defendem uma transformação, a partir de uma desinstitucionalização incondicional, não conseguem visualizar os alcances significativos da psiquiatria nos últimos anos, pois interpretam tudo o que está organizado à sua volta a partir das normas, logo, como estrutura de dominação e poder: "o problema da palavra de ordem de 'desinstitucionalização' é atropelar os avanços da hospitalização em relação à situação asilar e não perceber que combater o hospitalocentrismo é diferente politicamente da luta contra a estrutura manicomial" (PERRUSI, 2004, p.144).

De fato, ocorreram transformações institucionais importantes nas últimas décadas, como as novas formas de intervenção no tratamento, com profissionais cada vez mais especializados. No entanto, apesar de a reforma psiquiátrica ser um processo lento e ainda em construção, é possível afirmar que a psiquiatria e o seu modelo de assistência aos doentes mentais ainda são preocupantes, porém, isso já não é tão assustador como antes.

Longe de negar a existência da doença mental ou de repudiarmos completamente qualquer tipo de norma como imposição de poder despótico, nosso ponto de vista epistemológico critica a permanência da combinação entre características inerentes a instituições totais e organizações terapêuticas reformuladas, pois compreendemos que, nessa

junção, reside um paradoxo que permite a continuidade da maior contradição do asilo, que é agrupar repressão e terapia. Considerando a falta de comunicação e de diálogo entre psiquiatra e paciente, nos prontuários pesquisados do Complexo Juliano Moreira, entendemos que o olhar médico na instituição ainda evita o envolvimento com o paciente, como sujeito comunicativo. Essa interpretação puramente orgânica da doença termina por naturalizar o paciente e o enquadra em um tratamento que desconsidera o seu sofrimento psíquico.

Assim, o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, teoricamente, não é considerado um asilo ou manicômio, visto que, há alguns anos, vem, gradativamente, passando por reformas para se adequar às diretrizes e às leis que surgiram como resultado da luta pela reforma psiquiátrica[44]. Na prática, no entanto, não é possível afirmar que a lógica asilar da instituição tenha se esgotado em virtude apenas dessas mudanças, pois entendemos que a lógica asilar, compreendida como prática, não se extingue por inteiro com o fim do asilo, pois pode envolver outras estruturas psiquiátricas, sejam elas hospitalares ou extra-hospitalares. No caso do Complexo, mesmo com os avanços da Reforma, vimos que o paciente não consegue se esquivar de uma carreira moral durante o internamento e se transformar em um simples usuário ou cliente. O Complexo ainda funciona dentro dos moldes de uma instituição total, que controla, objetiviza e estigmatiza tanto o sujeito que sofre quanto a doença.

Em outras palavras, o Complexo Juliano Moreira está cheio. Cheio de internos profundamente estigmatizados. Observando a quantidade de pessoas abandonadas, que se encontram à margem da sociedade, e considerando a pouca perspectiva de sua reinserção social e o

[44] A secretaria estadual de saúde implementou reformas no Complexo Juliano Moreira para se adequar à Portaria 224/92 do Ministério da Saúde. Diversas alterações foram feitas na sua estrutura no espaço físico, no entanto, não há informações sobre investimentos na melhoria do quadro de pessoal para um tratamento mais humanizado. http://www.saude.pb.gov.br/

funcionamento da instituição, percebemos que ela é mais um lugar de coleta de refugo humano do que uma instância de tratamento.

Cabe ressaltar que a reforma psiquiátrica procura inverter justamente a situação dos manicômios como um "lugar zero da troca" [45], em novas formas de assistência que priorizem exatamente o contrário. O que se deseja alcançar, a partir dessa ótica, não é apenas proporcionar ao portador de transtorno mental a sua liberdade, antes vetada, pois a liberdade pura e simples, sem nenhum tipo de apoio, seria um ato irresponsável. No entanto, criar uma dependência como forma de proteção ou caridade poderia tirar seu poder de escolha. Gerar oportunidades é imprescindível para que o usuário, ao deixar o tratamento, não se torne mais um excluído, sem trabalho e sem perspectiva, abandonado à própria sorte, até mesmo por seus familiares, o que é comum em vários casos. Se um dos seus principais objetivos é conseguir a reinserção social do portador de transtorno mental, não é somente através da hospitalização dos asilos e da criação de estruturas extra-hospitalares que isso irá acontecer. O apoio e a participação da sociedade são de fundamental importância para derrubar "alguns muros" construídos em torno da condição do doente.

É dentro dessa problemática que chegamos à Residência Terapêutica e sua proposta de se constituir como um dispositivo que funcione como uma espécie de ponte entre o hospital e a comunidade, colaborando como um lugar de moradia e de acolhimento das pessoas egressas de longas internações psiquiátricas e como um espaço facilitador da reinserção social.

[45] Expressão usada por Rotelli para criticar a ausência de relações sociais entre os profissionais da saúde mental e seus usuários (ROTELLI, 2001, p. 61).

5.2 A CASA

5.2.1 ORIGEM, ESTRUTURA E MANUTENÇÃO

Inaugurado em dezembro de 2007, o Serviço Residencial Terapêutico de João Pessoa abriga hoje sete mulheres egressas do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira. Situada no Bairro Jardim Ester, Alto do Céu, à Rua João Moura de Brito nº 216, a casa está há mais de dois anos em funcionamento. Primeira Residência Terapêutica da cidade, foi criada com o objetivo de responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais que perderam o vínculo familiar ou cuja convivência com seus parentes se tornou inviável.

Segundo a coordenadora Sandra Lima, do CAPS III, que faz parte do Distrito Sanitário IV, ao qual a casa está referenciada, após fazer um levantamento dos moradores que se enquadrariam nas características do perfil de usuário da Residência, preconizado pelo Ministério da Saúde, o município constatou que havia uma demanda feminina pelo serviço superior à masculina. A coordenadora acrescentou, ainda, que o município tem a intenção de abrir outras Residências Terapêuticas, inclusive masculinas e mistas.

Os recursos para a manutenção da casa são providos pelo Ministério da Saúde via Município. Além desses recursos, parte dos auxílios recebidos pelas moradoras é utilizada para complementar as carências da casa. Nela há uma moradora inscrita no Programa de Volta para Casa, que recebe auxílio financeiro da família, e outra que recebe o Benefício de Prestação Continuada. Elas são representadas, legalmente, pela coordenadora e pela assistente social do CAPS, que administram o dinheiro desses benefícios. Segundo a coordenadora, esse dinheiro é utilizado em beneficio de todas as moradoras para comprar a medicação que não está disponível na rede, e alguns itens que não vêm normalmente na feira encaminhada para a residência pelo município. Em geral, são

gastos mais de trezentos reais por mês para o complemento da medicação, por exemplo.

Entre as moradoras que recebem beneficio financeiro, apenas uma tem consciência do valor e de como ele é utilizado. No entanto, a sua representante legal afirmou que não pode discriminar totalmente esses gastos, porque nem todas as moradoras têm outra fonte de renda, e as que os recebem por direito não concordariam em dividi-lo com as demais. Nesse sentido, a prestação de contas desses recursos termina não ocorrendo, em virtude da falta de entendimento das moradoras e da necessidade de socializá-los.

A inserção das demais moradoras no PVC ainda não foi possível, devido à própria burocracia do país que atrasa o processo de emissão dos documentos necessários para a obtenção desse benefício. Por não terem certidão de nascimento, identidade ou CPF, essas moradoras, provavelmente, usam nomes fictícios, devido ao fato de que, quando foram internadas, não se lembravam de seus nomes e não tinham documentos ou familiares que auxiliassem na sua identificação. Segundo a coordenadora, nunca se soube nada a respeito do paradeiro dessas mulheres, antes ou mesmo durante o internamento no Juliano Moreira. É como se as suas histórias de vida tivessem caído em um grande vazio:

> Nos prontuários deveria existir: ignorado um; ignorado dois e assim em diante (...) a gente não sabe nada, nada! Até o nome é difícil! Antigamente, toda pessoa que tivesse na rua e chegasse lá desorientada, entrava lá e pronto e num saía mais nunca (...) (S.L. – coordenadora do CAPS III).

A casa é supervisionada por quatro cuidadoras que se revezam diariamente em plantões de doze horas. Antes de ser contratadas, elas fora submetidas a entrevistas e à avaliação de seus currículos na Secretaria Municipal de Saúde. Das quatro funcionárias admitidas, apenas uma não está na casa desde a sua fundação. Quanto ao grau de escolaridade, nenhuma delas concluiu o ensino fundamental. Porém, todas

já tinham alguma experiência de trabalho com pessoas idosas ou excepcionais.

De forma geral, o serviço dessas mulheres se resume a limpar a casa, preparar as refeições e dar a medicação às moradoras nos horários determinados pelos profissionais do CAPS que acompanham seu quadro de saúde mental. A cuidadora 1 descreve o dia de trabalho na casa da seguinte forma: "Ah! A gente chega vai fazendo o almoço, vai arrumando a casa, vai dando o remédio e dá a aplicação e vai pro posto e presta atenção pra ver como elas estão, o que é que estão fazendo e é o dia todinho dessa forma". Ela confessa que, quando dispõe de tempo, procura desenvolver algumas atividades com as moradoras, para retirá-las do ócio:

> Eu faço atividade de artesanato com elas, de costura e até mesmo com o meu pouco estudo, eu ainda coloco o papel na parede como se fosse um quadro, e com um lápis eu faço desenho e faço o alfabeto, e elas gostam muito. Vou pra praça com elas, também ligo o som e danço forró com elas (...) (cuidadora - 1).

Das quatro cuidadoras, essa é a única que tem a iniciativa de praticar algumas atividades ocupacionais com as moradoras, que não se restringem à vida doméstica. Entre as demais funcionárias da casa, duas trabalham durante a noite e justificam que não podem realizar atividades extras como gostariam, devido ao horário do seu plantão ser à noite e ao fato de que as mulheres se recolhem para dormir muito cedo. A única funcionária que se reveza com a cuidadora 1, no plantão diurno, é a cuidadora 4, que já é a quarta pessoa contratada para dessa função em dois anos de funcionamento da casa. Ela declara, no entanto, que apenas cumpre exclusivamente com as obrigações comuns que lhe foram atribuídas quando foi contratada. Durante a entrevista, deixou claro que o seu trabalho na residência é apenas conservar o ambiente limpo e manter as mulheres alimentadas e medicadas.

Sobre os primeiros dias de trabalho, as profissionais, exceto a cuidadora 2, revelaram que não sentiram medo algum de entrar na casa e tentar conviver com suas moradoras, mas que sentiram falta de preparo para lidar com as tarefas da residência, por ser, de fato, um lar diferente. Quando a cuidadora 2 foi trabalhar no SRT, não sabia ainda que se tratava de uma casa para pessoas com problemas mentais, confessou que apenas lhe avisaram que as moradoras não eram pessoas perigosas. Relatou, também, que a primeira noite das mulheres na casa foi em seu plantão e que sentiu certo temor, conforme expôs: "Eu fiquei com muito medo porque elas ficavam pegando demais na gente (...)". A falta de preparo e planejamento com as cuidadoras para o trabalho na casa fica evidente com o caso exposto acima. A cuidadora sequer sabia as necessidades das pessoas com quem iria trabalhar.

Desde a fundação da residência, ainda não lhes foi oferecido nenhum curso de capacitação ou orientação sobre como desenvolver as tarefas na casa ou cuidar das moradoras. Nenhuma delas soube conversar sobre qualquer tema ligado à reforma psiquiátrica. Quando questionadas sobre o assunto, a resposta era sempre a mesma: "não, nunca ouvi não falar nessa reforma (...) seria ótimo, mas essas informações nunca chegam pra cá. A gente aqui é só pra trabalhar e fazer o que manda" (cuidadora – 1). Cabe ressaltar que, segundo a coordenadora, as cuidadoras também devem ser consideradas "responsáveis pelo resgate da vida diária e devem trabalhar como uma ponte entre as moradoras e o mundo fora da casa". No entanto, não constatamos qualquer investimento em capacitação com informações e treinamento para esse tipo de trabalho.

Hoje, existe um livro onde é anotado, literalmente, tudo o que acontece na casa, para que a cuidadora do plantão seguinte possa tomar conhecimento sobre tudo o que se passou, durante o plantão da funcionária que a antecedeu. Vez por outra, o livro é enviado ao CAPS ou é lido nas reuniões, para uma prestação de contas à coordenadora. Segundo as cuidadoras, praticamente não existem reuniões para planejar

algum trabalho em equipe ou dialogar sobre a evolução do grau de autonomia das moradoras, como demonstram os fragmentos a seguir:

> Olha, a gente já passou aqui de cinco a seis meses sem ter reunião. A gente conversa quando uma passa o plantão pra outra, o que é que precisa, o que ta acontecendo e assim em diante. Reunião só em casos extraordinários (cuidadora - 1).
> Só quando tem algum problema na casa de uma cuidadora não se dá com a outra ou deixar de cumprir alguma coisa (cuidadora - 2).

Com base nos relatos acima, constatamos que, na casa, só ocorrem reuniões quando algo extraordinário acontece, como por exemplo, um desentendimento entre as cuidadoras ou o descumprimento do dever por parte de alguma delas. Uma delas revelou que, certa vez, em uma dessas reuniões, uma das funcionárias foi denunciada por estar levando parte da feira da residência para a própria casa e que e, em virtude disso, foi imediatamente demitida. Segundo a coordenadora Sandra, inicialmente, as reuniões eram realizadas mensalmente, mas hoje não consegue ter tempo suficiente para fazê-las de forma sistemática. Considerando o pouco grau de instrução e de preparo das cuidadoras e a excepcionalidade das moradoras, não é difícil perceber o quanto essas pessoas podem ser prejudicadas, em decorrência da falta de investimento em melhoria de pessoal e desvalorização do trabalho das cuidadoras, que terminam por desempenhar as suas funções sem nenhum tipo de orientação, planejamento ou remuneração satisfatória.

Outra questão que desestimula as funcionárias da residência diz respeito à sobrecarga de serviço, já que cada uma realiza o seu trabalho individualmente. Como veremos no decorrer deste capítulo, as cuidadoras têm que se desdobrar para conseguir levar as moradoras ao posto de saúde ou a qualquer outro lugar fora da casa, devido ao fato de que ficam sozinhas em seus plantões para dar atenção a sete mulheres, cujo grau de autonomia é bastante limitado. Além disso, elas recebem apenas um salário mínimo e não têm direito a férias ou décimo terceiro. Elas ainda acrescentaram que não administram nenhum tipo de recurso financeiro da

casa. "A direção é que cuida de tudo o que diz respeito ao dinheiro e compras da casa, a gente faz uma lista do que precisa e eles mandam pra cá" (Cuidadora 1). Ela informou também que os recursos que mantêm a casa vêm da prefeitura da cidade e são administrados pela coordenadora do CAPS III.

Quanto à rede de atenção que deve dar suporte a casa, é preciso enfatizar aqui o que já mencionamos anteriormente. Uma Residência Terapêutica deve ser de natureza pública e estar integrada à rede do SUS. O suporte de caráter interdisciplinar deve ser oferecido pelo CAPS, nos municípios onde esse serviço estiver em funcionamento. Deve haver um acompanhamento sistemático, com suporte profissional competente e sensível, levando-se em consideração as demandas e as singularidades de cada morador. A equipe de acompanhamento deve ser constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais: um profissional de nível superior da área de saúde mental e dois profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004a). Segundo a coordenadora, toda a equipe do CAPS está ligada, direta ou indiretamente, à Residência Terapêutica:

> Uma Residência Terapêutica normalmente ela precisa de um CAPS que possa fazer referência. E fazer a referência de uma Residência Terapêutica é ter todo um cuidado com toda a logística da casa, atenção à saúde incluindo a saúde mental e todas as outras questões de todas as outras políticas de saúde. Então, nós da equipe do CAPS a gente tem essa missão. A missão de dar um suporte, tanto suporte técnico, quanto fazer todas as referências (S.L. – coordenadora do CAPS).

Apesar da afirmação de que a casa está assistida pelos profissionais do CAPS, que devem providenciar todo o suporte de atenção que de que ela necessita, a rede de atenção na qual a residência está incluída é ainda bastante deficiente. Segundo as informações dadas pela cuidadora 1, quase não há visitas regulares de profissionais da saúde: "Antes, uma médica do posto de saúde visitava a casa uma vez por semana, mas hoje

ninguém vem não sei por quê. A psicóloga tem que vir duas, três vezes por semana, mas ela vem uma vez por mês e o PSF, já faz uns três ou quatro meses que o agente de saúde não vem".

Ela afirma que o atendimento no posto não é preferencial, apesar de as mulheres serem idosas e terem problemas mentais, e que é preciso chegar muito cedo ao posto, para pegar a ficha de atendimento e enfrentar a fila[46]. Disse que, algumas vezes, teve que deixar umas moradoras sozinhas em casa, esperando o seu retorno para tomar a medicação e que atrasou mais de uma hora porque ficou esperando pelo atendimento na fila do posto, com outras duas moradoras. As demais cuidadoras também se queixaram das filas de espera no posto e confirmaram que as visitas de agentes a casa diminuíram bastante. Afirmaram que, no início, logo quando a casa começou a funcionar, eram todas muito bem atendidas, mas que agora tudo muda. Outra cuidadora acrescentou: "(...) do CAPs só vem alguém quando elas estão com problemas. Eu pensei em dá sugestão né? Mas aí vão dizer que eu tô querendo mandar. A gente não pode falar nada" (cuidadora – 2).

A fala exposta acima revela dois aspectos preocupantes em relação à vida na casa. Primeiro, o fato de que as visitas de profissionais do CAPS a casa ficam restritas aos casos de necessidade de alguma moradora, já que deve haver um acompanhamento sistemático. E segundo, o fato de as funcionárias que foram admitidas para conduzir e apoiar as moradoras nas tarefas e nos conflitos cotidianos, não terem o direito de expressar suas opiniões sobre os problemas rotineiros da casa. A sugestão de todos os que estão envolvidos com o processo de cuidado e a reinserção social dessas mulheres deve ser discutida e considerada. No caso das cuidadoras, que fazem parte diretamente desse processo, poderia haver

[46] A Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o estatuto do idoso e o seu direito quanto ao atendimento preferencial.

uma colaboração muito mais rica quando em sintonia com os demais profissionais da saúde que visitam a casa.

5.2.2 CONHECENDO A CASA

A casa situa-se entre um depósito de material de construção e uma loja de ferragens, em uma rua bastante movimentada, cruzada por uma linha de trem que vai dar na estação. À sua frente, há um depósito de urnas funerárias, que pertence à Prefeitura da cidade, e uma lanchonete. Na entrada, há um pequeno jardim, com uma árvore enorme e bastante antiga, cuja sombra abriga boa parte da frente da casa. De acordo com as informações prestadas pela coordenadora Sandra, do CAPS III, o imóvel já era locado à Prefeitura de João Pessoa. Nesse mesmo local, funcionava, anteriormente, uma unidade de saúde da família e, para transformá-la em residência terapêutica, foi preciso um novo contrato. Apesar de ser comum certa resistência para alugar um imóvel quando se vai abrir um serviço de saúde mental, não houve problema de renovação de contrato de aluguel com o proprietário, mas o prédio precisou passar por uma reforma, para que voltasse a ter características de residência.

De acordo com a cuidadora 3, a casa tinha uma boa estrutura quando foi inaugurada, mas ainda teve que ser modificada após a visita dos fiscais da saúde, quando foi sugerida a instalação de grades nas janelas e na área que fica entre a casa e o jardim e de um corrimão no banheiro para evitar acidentes, entre outras alterações que eram necessárias para a segurança das moradoras. Questionada sobre a existência de grades na casa, a informante atribui o uso de grades ao fato de o bairro, onde está localizado o SRT, ser considerado um dos mais violentos da cidade.

A chegada das moradoras a casa ocorreu na tarde do dia 20 de dezembro de 2007, quando, escoltadas por duas psicólogas que acompanhavam seu tratamento, há vários anos, seguiram em um carro que faria o trajeto do Complexo Juliano Moreira à Residência Terapêutica. Para recebê-las, havia uma equipe de cuidadoras que as auxiliariam na

adaptação à sua nova rotina e profissionais do CAPS, que passariam a prestar-lhes assistência médica. Uma das cuidadoras falou que estava presente no momento da chegada dessas mulheres e que, logo na entrada da casa, havia uma mesa farta e bem preparada, fato que proporcionou uma recepção acolhedora.

A estrutura física desse espaço contempla até oito usuários e é composta por quatro dormitórios, sala de estar, copa e cozinha, todos equipados com mobiliário adequado. Nos quatro cômodos da casa, essas mulheres se dividem por afinidade, como irmãs em uma família. Desde que se mudaram do Complexo Psiquiátrico, as companheiras de quarto se dividem da mesma maneira: em um quarto, estão acomodadas Magnólia, Lis e Dália, aparentemente as mais velhas da casa; em outro, estão Rosa, Margarida e Violeta; no terceiro quarto, Camélia e Acássia. Esta última, como mencionamos anteriormente, faleceu dois meses após sua chegada na casa. Sua cama vazia ainda se encontra no quarto de Camélia, onde Margarida se acostumou a revezar suas noites de insônia ficando entre sua cama e a cama de Acássia; no quarto dormitório, fica a cuidadora que estiver de plantão. A decoração da residência, dois anos depois de sua fundação, revela pequenas impressões sobre o gosto e o passatempo das moradoras. Pela sala, estão espalhadas várias almofadas coloridas, feitas com um artesanato regional chamado fuxico, bonecas de pano e algumas pinturas.

É nesse espaço que deverão ser implementados os objetivos do SRT, previstos na Portaria Nº. 106/2000 do MS, criada para "garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional" e "promover a reinserção dessa clientela na vida comunitária". Nessa Portaria, também está prevista a elaboração de um Projeto Terapêutico que seja "centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social" e tenha "como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas

de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários".

Portanto, é no espaço da casa onde começa o processo de readaptação social, que rompe com a situação de subordinação institucional anterior e inicia um processo de emancipação, no sentido de buscar estratégias que favoreçam o desenvolvimento da autonomia dos seus moradores, em direção à recuperação e ao implemento de atividades da vida cotidiana e de criar novas bases sociais, políticas e comunitárias.

5.2.3 ADAPTAÇÃO E COTIDIANO

Nas primeiras visitas a casa, as cenas cotidianas observadas eram, quase sempre, as mesmas: algumas mulheres recolhidas, deitadas no quarto ou sentadas no sofá da sala, assistindo televisão, que é o lazer básico de todos os dias, por meio do qual as moradoras assistem a novelas, missas, filmes e desenhos animados. Muito raramente, havia outro tipo de ocupação terapêutica ou educativa. A participação das moradoras nas tarefas domésticas também era bastante limitada, e o momento de maior movimentação se dava quando as refeições iam ser servidas ou quando os cigarros eram distribuídos.

A adaptação das moradoras à vida no SRT foi um processo muito difícil, segundo as cuidadoras. Elas revelaram que, das oito mulheres, duas quase desistiram de permanecer na casa. Contaram que os três primeiros meses foram os mais complicados, principalmente em relação às questões de higiene pessoal, como demonstram os fragmentos das entrevistas expostos abaixo:

> Ah, elas chegaram aqui muito marcadas, sem noção de como se cuidar, se comportar mesmo. Elas vieram do Juliano, elas não tinham noção de nada da vida e tinha umas que fazia muitas vezes até necessidade no meio da casa (...) Quem cuida dessas menina mesmo, de cuidar, de ensinar de como elas cuidar delas, de ter higiene é a gente, as cuidadora (cuidadora – 1).

> Davam trabalho quando chegaram. Faziam xixi no meio da casa. Rosa comia lixo, a gente não podia deixar o lixeiro na cozinha. Eu acho que ela tinha vontade de comer alguma coisa lá no Juliano e não davam e sobrava o resto que jogavam no lixo, aí ela ia lá e catava. Hoje ela não faz isso. Quando elas chegaram aqui, Deus me perdoe, mais elas fediam, era tudo cheia de piolho (cuidadora – 3).
> No início, logo quando elas chegaram, elas brigavam pelas coisas. Umas pegavam as coisas das outras (...) pediam cigarro a todo mundo na rua, mas aí depois a gente foi falando, aí foi diminuindo, agora o chinelo de Margarida até hoje fica embaixo do travesseiro, se tirar ela pega e bota de novo (cuidadora – 2).

Esses relatos denotam que as mulheres vindas do Complexo Juliano Moreira não manifestavam independência em relação a quase nada, uma vez que não sabiam como cuidar de uma casa, nem de si mesmas. Não sabiam tomar banho sem estar sob a supervisão de outra pessoa, nem realizar uma simples tarefa doméstica, como lavar as próprias roupas. Também se desentendiam por comida e outros objetos pessoais[47], e algumas até chegavam a fazer suas necessidades fisiológicas no meio da casa. É importante destacar também o fato de uma moradora ter o hábito de comer as sobras de alimentos encontradas no lixo, mesmo existindo comida suficiente para todas na Residência. Como o lixeiro usado dentro da casa passou a ser escondido para evitar as investidas de Rosa, ela aproveitava o fim de tarde, para remexer o lixo que ficava do lado de fora da casa, enquanto todas se sentavam na calçada para conversar e observar a rua. Assim que soube desse tipo de comportamento de Rosa, a coordenadora proibiu as saídas da casa no fim da tarde e em qualquer outro horário sem acompanhamento ou por necessidade. Uma medida drástica, que visava evitar o comportamento autodestrutivo da moradora,

[47] Uma cuidadora afirmou que, entre os piores hábitos trazidos do hospital, está o costume de brigar por objetos pessoais, e que tal costume causou a internação de uma moradora que foi agredida por sua colega da casa, e que, muito contrariada, fugiu do SRT. Foi encontrada na linha do trem que fica bem próximo a casa e estava muito perturbada dizendo que não queria voltar para lá. Após alguns dias de internamento no CAPS, recebeu alta e voltou para a residência. A cuidadora acha que essa disputa por objetos pessoais se desenvolveu ainda no hospital onde não há controle ou segurança sobre eles.

acabou prejudicando a todas, pois as saídas de casa, que já não eram muitas, foram reduzidas ainda mais.

Os relatos das cuidadoras sobre o processo de adaptação dessas mulheres à rotina da casa demonstram como elas estavam despreparadas para a mudança do hospital para a casa e evidenciam o quanto estavam profundamente estigmatizadas pela instituição onde viveram durante muitos anos. Esse estigma não estava restrito apenas à falta de autonomia, mas abrangia também as condições físicas das ex-pacientes. Chamando uma das moradoras que passava curiosa pela sala nos vendo conversar, a cuidadora abaixou parte do seu vestido e mostrou uma enorme cicatriz de queimadura que havia nas suas costas, explicando que marcas de machucados como aquela e outras como cortes ou cirurgias de urgência por fraturas eram comuns nos corpos dessas mulheres. A falta de cuidado com a integridade física ia além dos machucados, uma vez que as ex-pacientes também chegaram à casa com péssimas condições de higiene pessoal. As cuidadoras comentaram que as moradoras se queixavam muito de maus-tratos sofridos no Juliano, principalmente Acássia, que fora criada na instituição.

A noite na residência é sempre um turno que exige muita atenção das cuidadoras que fazem o plantão. Elas contam que precisam ficar acordadas, porque algumas moradoras têm insônia e ficam inquietas andando pela casa:

> Elas se levantam pra mexer nas coisas, ficam andando (...) uma vez uma delas quebrou uma torneira. Violeta quando não dorme, canta, chama palavrão, bate nas outras, aí tem que ligar pro CAPS pra eles trazer a ambulância (cuidadora – 3).
> A gente tem que ficar acordada né? Porque se não elas pegam as cadeiras pra subir pra tirar as coisas e podem se machucar (cuidadora-2).

Apesar de idosas, as moradoras precisam ser observadas como se fossem crianças. A falta de noção sobre a ordem das coisas entre elas, como o respeito ao descanso das demais companheiras e os riscos de

acidentes domésticos aos quais elas se sujeitam, são problemas constantes para as cuidadoras, que devem estar em alerta o tempo todo para assistir a todas elas. Além dessas questões, alguns pequenos costumes, em particular, também nos chamaram a atenção, como por exemplo:

1- Magnólia está sempre com uma bolsa ou uma sacola pendurada no braço, levando-a para todos os lugares em que anda pela casa. Vez por outra, tira dela um batom cor de carmim, passa nos lábios e, depois, volta a guardá-lo. Ela não quis falar sobre o uso constante da sacola, mas a cuidadora informou que ela veio morar no SRT com esse costume.

2- Margarida sempre guarda, com muito cuidado, os chinelos embaixo do seu travesseiro, antes de dormir. Ela não consegue confiá-los "sozinhos" e longe dos seus olhos, ao pé da cama. A lógica dessa atitude é de que, embaixo do travesseiro, é praticamente impossível que alguém os roube, sem que antes, ela se acorde e perceba.

3- Algumas moradoras não se importam com a presença de estranhos e se despem no corredor da casa antes de entrar no banho. O fato de haver pessoas desconhecidas na sala não as incomoda. Talvez por resquício da pouca importância dada à sua privacidade durante os anos em que estiveram internadas, já que as exposições frequentes do corpo diante de profissionais, funcionários e colegas de quarto se tornaram algo bastante comum. Assim, como se despem no meio da sala, antes de entrar no banheiro, elas também se vestem da mesma forma pela casa, sem nenhum constrangimento e, na maioria das vezes, não usam toalha para secar o corpo, pois não as utilizavam no Juliano, porque, na instituição, não havia quantidade suficiente disponíveis para todas elas.

Em hospitais psiquiátricos, há pouco ou nenhum domínio do paciente sobre a sua intimidade. A hora do banho ou das refeições, a escolha da roupa a ser usada, o modo como pode ser observado por pessoas da instituição ou visitantes, entre outras questões, enfim, tudo é

determinado rigidamente e escapa de qualquer escolha pessoal. A padronização do ser humano e a desvalorização da sua individualidade, em nome da otimização do tempo e da eficiência no trabalho dentro de instituições totais[48], causam tamanho esvaziamento no paciente que ele perde a capacidade de manifestar qualquer tipo de vontade própria, como é o caso do comportamento dessas mulheres que, mesmo após quase três anos em uma nova moradia, mantêm determinados hábitos adquiridos no hospital e ainda esperam que as cuidadoras tomem a iniciativa para qualquer atividade cotidiana.

As atitudes de Magnólia e de Margarida expressam, por exemplo, um medo constante de perder, por qualquer descuido, os pertences que tanto apreciam. No caso de Magnólia, o cigarro e o batom, e no de Margarida, os chinelos. Considerando o fato de que elas chegaram à Residência com esses hábitos, é possível perceber que o receio em se separar de seus pequenos "tesouros" tenha se desenvolvido dentro do Hospital, onde é comum ocorrerem pequenos roubos e desavenças por comida ou objetos pessoais entre os internos e não há segurança para os pertences de cada paciente.

No entanto, se, de um lado, muito do que foi incorporado da forma de viver na instituição psiquiátrica ainda permanece no comportamento cotidiano dessas mulheres, de outro, a casa também reproduz, em alguns aspectos, certas características do ambiente institucional em questão, conforme descrevemos abaixo:

1- A maioria das moradoras estava com os cabelos cortados de forma muito curta, com exceção de Camélia e Dália. Quando questionadas sobre a mudança repentina no visual das mulheres da casa, a cuidadora falou que a plantonista do dia anterior era a responsável pelos cortes e

[48] Segundo Goffman, vários danos são causados à aparência e à saúde dos internos nas instituições totais, a fim de aumentar e facilitar a eficiência do trabalho na instituição, uma vez que determinados procedimentos, como raspagem de cabelos, lobotomias e histerectomias, permitem classificar melhor os pacientes e evitar conflitos, que possam ser causados por estes (GOFFMAN, 2005, p.74).

que era costume manter os cabelos curtinhos para evitar piolhos, já que as moradoras não sabiam cuidar deles devidamente. Ela acrescentou que, por terem renda própria, Camélia e Dália têm a opção de não cortá-los, já que podem pagar um cabeleireiro em um salão de beleza.

2- Os cigarros são distribuídos em horários determinados, todos os dias. Esse horário é sempre aguardado pelas moradoras com muita ansiedade, é como se fosse uma verdadeira atividade de lazer. Enfileiradas, com exceção de Violeta e Dália, que não fumam, esta ultima por ordem médica, cada uma delas recebe o seu cigarro das mãos da cuidadora e se dirige para baixo de uma árvore, que fica no centro do jardim, e se aglomeram, algumas até cantam, enquanto fumam[49].

3- Em algumas ocasiões, depois da "hora do cigarro", são distribuídos lanches, ainda no jardim, a fim de evitar que as moradoras sujem a casa. A cuidadora 3 falou que essa prática era necessária porque elas ainda não haviam aprendido a "comer algumas coisas direito" e, se fossem servidas dentro de casa, deixariam o chão bastante sujo.

4- Após as refeições, feitas à mesa, como o café da manhã, o almoço e o jantar, as moradoras sempre recolhem os pratos, limpam a mesa, varrem o chão e lavam a louça. Há um revezamento dessas atividades entre elas para que todas possam colaborar, porém sempre supervisionadas pela cuidadora.

5- Quando o carro com os funcionários do CAPS chega com os suprimentos da semana à frente da casa, geralmente todas se dirigem ao jardim, para recebê-los. Cada moradora apanha algo de dentro do carro e

[49] Em um desses episódios, uma moradora que, segundo a cuidadora, estava em crise depressiva há mais ou menos uma semana, começou a dançar e cantar uma música bastante popular enquanto fumava: "(...) eu vou deixar a casa e vou morar no cabaré (...)". Curiosamente, a moradora tinha passado boa parte da tarde afirmando que queria ir embora da residência para a casa da sua família em Pedra Lavrada, cidade que diz ser sua terra natal. Uma das moradoras que observava o seu comportamento perguntou imediatamente, com um ar bastante pueril, se a palavra da música que ela cantava era cabaré. Respondemos que sim e logo ouvimos da mesma, uma boa gargalhada. Apesar das histórias tristes, as moradoras ainda são capazes de brincar umas com as outras e fazer de algumas provocações, aparentemente bobas, momentos de descontração e diversão.

leva até a cozinha para que a cuidadora de plantão guarde no devido lugar.

Questionadas sobre as situações expostas acima, as cuidadoras afirmaram que ainda têm de enfrentar muitas dificuldades para ensinar-lhes alguns trabalhos domésticos, apesar de elas estarem a cada dia mais espertas. Afirmaram que, mesmo com algumas limitações, cooperam bastante nas tarefas da casa, mas somente em serviços domésticos simples, quando há necessidade, pois ainda não sabem "fazer nada muito bem feito não".

Contudo as cenas descritas acima nos remetem a determinadas características de uma instituição total, como as que encontramos no Complexo Psiquiátrico. Em primeiro lugar, constatamos a desconsideração pela individualidade, mediante os cortes de cabelos padronizados, em virtude da busca pela eficiência do trabalho, no Serviço Residencial Terapêutico. Os cabelos curtinhos, padronizados, quase sem tamanho e forma, lembravam o processo de despersonalização e a falta de liberdade de escolha que muitas pessoas enfrentam ao ingressarem em uma instituição psiquiátrica. Considerando que boa parte da vaidade da mulher está concentrada em seus cabelos, uma atitude dessas por parte da cuidadora pode até ser bem intencionada, mas, ao invés de contribuir para estimular e despertar o gosto pela vaidade, em cada moradora, por meio do cuidado com os cabelos, tolhe, ainda mais, a autoestima já bastante prejudicada por tantos anos de internamento.

Em segundo lugar, a distribuição dos cigarros e da comida, de maneira controlada, e em horários e lugares determinados, apesar de ter como finalidade evitar os excessos, terminam por subtrair da vida cotidiana na casa a possibilidade de escolha e o livre gozo da espontaneidade, dentro de um espaço onde justamente deveria ocorrer o contrário. A casa deve ser pensada numa perspectiva que valorize a personalidade de cada moradora, considerando seus sentimentos e necessidades particulares. O grupo que ocupa esse ambiente privado,

ainda que não esteja ligado por laços de sangue, tem uma identidade comum, por ter compartilhado um longo período de internamento no mesmo Complexo Psiquiátrico. Nesse sentido, todo trabalho de apoio oferecido àquelas mulheres deve ter como meta principal a construção de um ambiente, o mais próximo possível de um lar, em detrimento de qualquer traço que o assemelhe a uma instituição asilar.

Em terceiro lugar, a falsa valorização da colaboração dessas mulheres nos serviços domésticos, na medida em que camufla uma tarefa mal sucedida, considerando-a como boa ou correta, embora com o intuito de não desvalorizar o seu trabalho, a fim de incentivá-las a continuar participando e ajudando, não as estimula ou orienta a realizá-las de forma correta. Nesse sentido, mais uma vez, a casa reproduz uma característica da instituição onde essas mulheres estavam internadas[50]. Outra questão interessante a ser observada é que as moradoras estão acostumadas a esperar pelas decisões das cuidadoras, em uma relação de dependência que quase não regride. O episódio em que elas entregam as compras recebidas pelo carro do CAPS à cuidadora, para que ela as guarde, é um bom exemplo, entre tantos outros, de que essas mulheres não têm iniciativa nem sabem tomar decisões em relação às tarefas da casa. Entretanto, apesar de a rotina diária do SRT ainda ser marcada por horários delimitados e algumas regras rígidas, é possível perceber, também, a existência de carinho e de solidariedade entre as pessoas da casa. As moradoras costumam cooperar entre si nas tarefas cotidianas. Rosa, por exemplo, voluntariamente, lava as roupas intimas de suas colegas de quarto, justificando que elas precisam de ajuda, principalmente Violeta, a quem diz auxiliar até na hora do banho. Os pequenos desentendimentos por comida e objetos pessoais são rapidamente

[50] Esse tipo de ação em relação às atividades realizadas pelas moradoras da casa se assemelha à atitude dos funcionários do Complexo em relação aos trabalhos produzidos pelos pacientes. Conforme já mencionamos anteriormente, os trabalhos manuais dos internos produzidos nas oficinas terapêuticas do Complexo Juliano Moreira não eram todos expostos à venda porque não ficavam tão bem acabados quanto os trabalhos das ministrantes.

superados sem deixar intrigas. A moradora mais arredia ao entrosamento com o grupo é Dália, que ainda se recusa a fazer as refeições junto com as demais mulheres, alegando que elas não sabem se comportar na mesa. Desde que chegou ao SRT, Dália faz as suas refeições em uma mesinha separada, que fica no canto da cozinha, enquanto as outras permanecem na sala se jantar. No entanto, nenhuma delas manifesta qualquer crítica à postura individualista e diferenciada de Dália.

No que diz respeito às cuidadoras, o convívio entre elas demonstrou ser um tanto conflituoso e competitivo em relação ao desenvolvimento do trabalho de cada uma. Se uma cuidadora se dedica um pouco mais ou inova em uma refeição, modifica a decoração da casa ou até mesmo o posicionamento dos móveis, isso já é motivo de discórdia e de crítica. Apesar do convívio entre elas ser um pouco conflituoso, em relação às moradoras, elas afirmaram que, apesar de o trabalho na casa ser muito fatigante e pouco reconhecido, gostam do que fazem e se relacionam muito bem com elas, como é o caso da cuidadora 1, que demonstra bastante estima pelas moradoras. Ela assegura que, quando sobra um pouco de tempo dos seus afazeres, costuma tentar incentivar a vaidade e o cuidado com a higiene pessoal daquelas mulheres, pintando suas unhas, adornando seus cabelos com flores artesanais, fazendo maquiagens e até depilação. Em algumas ocasiões, a cuidadora também liga o som para dançar com as moradoras e, geralmente, as que não participam se divertem apenas observando. Os poucos artesanatos que decoram a casa são de fuxicos coloridos, que foram feitos pela cuidadora 1, com a ajuda de algumas moradoras. Ela contou que, no início, foi um pouco difícil de ensinar porque ainda não tinham muita habilidade, mas que depois foi ficando cada vez mais rápido.

Segundo a cuidadora 3, a convivência com as moradoras também fez com todos se apegassem a elas, devido ao fato de serem muito sozinhas e carentes: "(...) às vezes elas falam de algum parente, assim, do nada, aí pedem um abraço. Se você faz o seu trabalho com amor, você encontra amor (...) elas são muitos carentes, a gente se apega". Na casa,

sempre há demonstrações de afeto entre cuidadoras e moradoras. Algumas cuidadoras até ganharam alcunhas carinhosas por parte delas, como por exemplo, boneca de pano e boneca de louça. Entretanto, os laços afetivos construídos durante pouco mais de dois anos de moradia no SRT parecem ter ficado restritos ao ambiente da casa, apenas entre as cuidadoras e as moradoras. Sua vida íntima na casa é razoavelmente tranquila e aconchegante ao ponto de haver apego entre as mulheres, contudo, em relação à sua vida social, a casa não fez grandes progressos.

5.2.4 A CASA E A RUA

Como vimos, o dia a dia das moradoras na casa fica praticamente restrito a assistir televisão, ajudar um pouco nas tarefas domésticas das cuidadoras, fumar um cigarro, fazer as refeições e tomar os medicamentos no horário correto. Muito raramente, quando as cuidadoras têm tempo disponível, há outro tipo de ocupação terapêutica ou educativa, como ouvir música, desenhar ou fazer algum artesanato. As moradoras ganharam bastante peso desde que chegaram a casa e, atualmente, estão seguindo uma dieta indicada por uma nutricionista que atende às pessoas do bairro, em um posto de saúde próximo à Residência. No entanto, a dieta não é seguida rigidamente, porque elas vivem pedindo lanches constantemente e, em virtude dessa insistência, é cada vez mais difícil controlar os excessos na alimentação, pois as cuidadoras acabam cedendo. Algumas moradoras também chegam a esconder comida nos quartos, para consumirem sozinhas, outro fator que prejudica ainda mais a dieta.

Com o intuito de evitar a ociosidade e a obesidade das moradoras, o CAPS III contratou uma professora de Educação Física para praticar atividades terapêuticas com elas, no mínimo, duas vezes por semana. Por não dispor de nenhum espaço físico adequado, as aulas eram quase sempre realizadas na garagem da casa, onde entram raios de sol com bastante intensidade, durante boa parte do dia, tornando o lugar muito quente e, consequentemente, inadequado para o desenvolvimento de

atividades físicas. Em decorrência desse problema, a professora passou a praticar joguinhos educativos com as moradoras na sala de jantar. Questionada sobre a situação da obesidade, a professora falou sobre as suas dificuldades de trabalhar com pessoas que, além de idosas, são fumantes e obesas. Acrescentou, ainda, que, praticamente, todo o material utilizado nas aulas da casa, como joguinhos de memória, bolas de exercício, aparelho de som e cds eram providenciados por ela e não havia nenhum investimento na casa, para que as aulas pudessem ser ministradas com uma estrutura mais apropriada.

Observamos, também, que, em raríssimas ocasiões, as moradoras praticavam alguma atividade fora da casa. Desde que se instalaram na Residência, fizeram apenas um passeio à praia, que só ocorreu por iniciativa da professora de Educação Física, que insistiu com o pedido à coordenação do CAPS, justificando a necessidade e a importância da realização de atividades ao ar livre. A coordenação liberou o passeio com a ressalva de que nenhuma moradora entrasse no mar, mas, segundo a professora, não foi possível evitar. Ao ver o mar, as mulheres ficaram muito emocionadas e não resistiram. Segundo a professora, "elas correram e entraram com roupa e tudo! Elas tavam muito felizes". Com exceção desse passeio, logo que o SRT foi inaugurado, e de algumas poucas caminhadas pela pracinha do bairro, quando a professora de Educação Física ainda trabalhava na casa[51], hoje as saídas estão restritas às festinhas comemorativas do CAPS. Nessas ocasiões, uma van da instituição vai pegar as moradoras na Residência e as leva para o CAPS. Após a festa, o mesmo carro as leva de volta para casa.

As cuidadoras dizem que sentem muito por não poderem passear com as moradoras e lamentam a vida reclusa que essas mulheres ainda têm, mesmo não sendo mais pacientes do Hospital. A cuidadora 1 disse

[51]No momento, a casa está sem professor de Educação Física, e as moradoras estão passando por uma fase bastante sedentária. A professora fora demitida sob a justificativa de que as suas aulas não eram dinâmicas e não apresentavam bons resultados; o último professor contratado deixou de lecionar devido a problemas com a disponibilidade de horários.

que tem dificuldade de sair com elas porque cada uma tem vontade de fazer uma coisa diferente da outra e, ao todo, são sete mulheres e uma funcionária de plantão para atender, às vezes, a sete desejos diferentes, além de ter de enfrentar, em determinadas circunstâncias, situações em que detectam preconceito, como é o caso do atendimento no posto de saúde, onde alguns funcionários mantêm uma postura um pouco afastada, como se estivessem com medo ou asco. A cuidadora 3 explicou que sair com elas é bastante complicado porque, na rua, chamam muito a atenção das pessoas, que se comportam de forma preconceituosa:

> É como se você tivesse com crianças, só que idosas né? Elas são muito dependentes da gente. A primeira vez que eu levei elas na missa, eu me lembro, as pessoas ficavam no canto ali, olhando, tinham receio de conversar, de chegar perto (...) agora não, depois que agente foi dizendo que elas eram calmas e não eram violentas o povo vem falar com elas, o povo vem até com crianças falar com elas.

Apesar de ter sido possível desfazer a imagem de perigo que as moradoras representavam para os frequentadores da igreja, explicando-lhes que elas eram inofensivas, a cuidadora retornou à missa acompanhada por essas mulheres em apenas outras duas ocasiões. Hoje, a missa é assistida somente através da televisão. Assim como os passeios são raros, também não há o costume de comemorar as datas de aniversário das moradoras ou realizar qualquer outro tipo de festa. Durante dois anos de visitas à Residência Terapêutica, foi organizada apenas uma festa junina, em virtude das comemorações do mês de junho, por iniciativa de uma cuidadora, em parceria com a professora de Educação Física.

Para a realização da festividade, foi preciso antes pedir uma autorização à coordenação do CAPS III, que concordou e até colaborou com alguns ingredientes para o preparo das comidas a serem servidas durante o evento. As moradoras ficaram muito empolgadas e ansiosas pela festa. Com a orientação da cuidadora 1, passaram uma semana inteira trabalhando na confecção de enfeites juninos para a decoração da

casa. Os funcionários do CAPS III foram todos convidados, mas poucos compareceram. Nenhum vizinho foi convidado a participar da comemoração. A cuidadora 1 explicou que isso se deve ao fato de que não há quase nenhum contato dessa pessoas com as moradoras do SRT. No dia da festa, a sala e o jardim da casa estavam enfeitados com várias bandeirolas, balõezinhos e palhas de coqueiros. Havia uma mesa bastante farta com comidas típicas e refrigerantes na sala de jantar. As moradoras usavam vestidos rodados, muito coloridos e estavam todas maquiadas, com exceção de Camélia, que já declarara que não tinha esse tipo de vaidade. Durante a festa, as moradoras dançaram quadrilha e ciranda ao som de forró pé de serra, participaram das brincadeiras e fizeram simpatias para Santo Antônio. Todas estavam alegres e participativas. Essa foi a primeira e única festa realizada na casa.

As moradoras quase não recebem visitas. O contato delas com o mundo exterior é bastante precário. A única pessoa que visita a casa com frequência é Dona Alda, que vai todos os sábados à Residência deixar lanches e, algumas vezes, pequenos presentes, em virtude de uma promessa que fez para curar a filha que estava sofrendo com transtornos psíquicos. No início, as visitas eram mais prolongadas, porém, ultimamente, Dona Alda chega, deixa o lanche e vai embora, sem muita conversa. Além dela, as moradoras têm contato com o rapaz do mercadinho da esquina, próximo à casa, e costumam conversar com a vendedora de tapiocas que, todos os dias, de manhã, bem cedo, instala-se à frente da casa para vender seus produtos na rua.

O local onde a casa está situada é bastante desfavorável para desenvolver um processo de ressocialização. A rua pertence a uma área onde predomina a atividade comercial. Segundo a coordenadora, não havia outra opção melhor, no momento da escolha do local onde seria aberta a casa, em virtude da dificuldade de alugar imóveis para serviços de saúde do município: “Não é fácil não! O povo tem medo, se disser que é pra doido então, eles não alugam!”. A coordenadora explicou que, para alugar o imóvel onde hoje funciona o CAPS III, por exemplo, a equipe

teve que enfrentar manifestações de protesto, organizadas pelos moradores da rua em que o serviço seria instalado, e que foi muito difícil vencer esse preconceito.

Devido à localização desfavorável e ao fato de quase nunca saírem de casa em virtude do seu baixo grau de autonomia, as moradoras são pouco conhecidas no bairro. Ainda hoje, para qualquer pessoa visitar a Residência Terapêutica ou levar alguma moradora para um passeio, é preciso pedir autorização à coordenadora do CAPS III, que justifica essas restrições como uma forma de preservar a privacidade e a segurança das moradoras. Como saem poucas vezes de casa e quase não recebem visitas, seus contatos sociais estão praticamente limitados às cuidadoras e a alguns profissionais da saúde que frequentam a casa. Em relação aos contatos com os seus familiares, o promotor do cidadão do Ministério Público da Paraíba, Valberto Lira, foi até a Residência Terapêutica e fez uma matéria para a TV, destacando a necessidade de as moradoras encontrarem seus familiares. Com exceção de Camélia, que foi procurada pela mãe, e de Violeta, que recebeu a visita de um homem que dizia ser seu irmão, mas, ao ser informado de que ela não era aposentada, nunca mais voltou a visitá-la, nenhum outro parente foi encontrado.

Todas as moradoras ainda são dependentes de medicação controlada, e nenhuma delas trabalha ou estuda. Para fazer pequenas compras na mercearia da esquina, apenas três são capazes de realizar esse tipo de tarefa, quando a cuidadora está muito ocupada com os serviços da casa. Entretanto, dessas três mulheres, apenas uma tem condições de conferir o troco recebido da compra. Como as outras duas não sabem ler, efetuam o pagamento e confiam o troco à honestidade do vendedor que, geralmente, age de boa fé, por já conhecê-las e saber de suas limitações.

Apesar de todo o sofrimento por que possam ter passado na vida, antes ou durante o período de internamento, as moradoras ainda são muito vaidosas. Costumam usar perfumes, bijuterias, maquiagens e pintar as unhas. Já são capazes de tomar banho sozinhas e escolher as roupas

que irão vestir. No entanto, o grau de autonomia delas ainda é bastante circunscrito ao cuidar de si, dentro da casa. No que concerne às suas perspectivas e projetos de vida, algumas dizem apenas que gostariam de casar ou arranjar um namorado, e Camélia, como já mencionamos antes, fala que tem muita vontade de morar em uma casa só dela. A reinserção social dessas mulheres, por meio do estímulo à autonomia, mediante projetos de trabalho ou estudo, continua a ser um dos maiores desafios do Serviço Residencial Terapêutico, que não recebe nenhum outro tipo de apoio financeiro ou voluntário de outras organizações ou instituições, a não ser da Prefeitura Municipal.

A casa recebeu um convite da coordenação do Posto de Saúde para que as moradoras fizessem suas inscrições na Escola de alfabetização que foi inaugurada nesse estabelecimento. Entretanto, nenhuma chegou a frequentá-la. Segundo a cuidadora 1 e a professora de Educação Física, as inscrições não foram autorizadas pela coordenação do CAPS, que explicou que não negou a autorização de matrícula, passando a responsabilidade para as pessoas do posto, afirmando que elas "se entusiasmaram no inicio, mas depois perceberam que seria muita energia desperdiçada e perderam o interesse em levá-las para a escola". Responsabilidades a parte, as moradoras perderam uma boa oportunidade de se dedicar a uma atividade educativa, em que poderiam ocupar o seu tempo de uma forma mais produtiva e socializadora, já que passariam a fazer parte de um novo grupo de pessoas com as quais poderiam construir vínculos afetivos na comunidade.

A carência em relação a projetos sociais e terapêuticos que permitam uma melhor recuperação e ressocialização dessas mulheres é um dos maiores desafios da casa. Contudo, de acordo com a coordenadora do CAPS III, quando elas são retiradas do isolamento de um hospital psiquiátrico, para morar em uma casa, onde há muito mais conforto e privacidade, já está sendo trabalhado, nesse processo de mudança de ambiente, um projeto de resgate e de reinserção social dessas vidas, como podemos ver na narrativa a seguir:

> Na verdade assim, o fato delas morarem numa casa, na comunidade de portas abertas, que elas podem sair à rua e irem à mercearia é uma proposta de reinserção social que até então na vida delas é uma coisa totalmente nova. A gente tem muita dificuldade de maiores saídas, de maior contato delas com a comunidade e com a sociedade por conta do grau de dependência que elas têm. Então pra todo lugar que vai é sempre muito trabalhoso, e num da pra ficar em casa sozinha e aonde vai uma vão as sete, mais uma cuidadora e assim elas por conta da idade tem uma dificuldade de andar, tem que sair de carro pra todo lugar e pra andar de ônibus seria muito trabalhoso. A primeira vez que elas foram pra casa, pra você ter uma idéia do grau de segregação que elas viviam, Violeta queria ir em pé no carro. Foi uma luta pra sentar ela na combe. Ela não sabia andar de carro! Ela tava muito tensa, muito angustiada e foi uma verdadeira tortura e ela demorou muito pra entender o que era aquilo que tava se passando. Rosa a primeira audiência do documento dela que a gente foi no fórum, foi um sofrimento pra gente subir no elevador. Foi preciso ter uma conversa com Rosa muito longa. Foi muito difícil circular pelo fórum (...) ela tinha muito medo, tudo era muito novo, ela tava ali descobrindo um milhão de coisas de uma só vez, né? Quando foi na segunda audiência, ela já foi com tranqüilidade, ela já percebeu pra onde a gente ia, o que era que ia se passar lá, ela subiu no elevador. Aí a gente já percebe um avanço (S. L - coordenadora do CAPS III).

A coordenadora admitiu que existem algumas questões cotidianas de ordem prática que dificultam muito o processo de reinserção social. Entretanto, considera que a evolução das moradoras, no sentido de retomar as atividades domésticas da vida diária, tem avançado. E enfatiza que a sustentação desse projeto terapêutico é fundamentada no da vida comum, como saber lavar louça, limpar a casa, lavar a roupa, cuidar do asseio do próprio corpo etc. Sandra explicou que, apesar de serem atividades comuns que qualquer pessoa pode realizar, essas mulheres não sabiam mais como desenvolvê-las porque moravam em um hospital. Para a coordenadora, a qualidade de vida delas melhorou também em outros sentidos, que ela justifica, exemplificando com o caso de Dália:

> Ela era aposentada desse benefício continuado há vinte e seis anos. Ela saiu da Colônia, ela num tem um tostão

> guardado e ela num usufruiu nunca de um tostão desse dinheiro! O que é que faziam com esse dinheiro? Hoje ela vai ao salão de beleza onde eu pinto o cabelo, ela gasta cem reais de cabelo, ela faz unha, ela compra e escolhe a roupa que ela quer e na Colônia não existia isso! Agora tem algumas coisas que são características hoje da personalidade delas e vão ficar pra sempre (S. L. – coordenadora do CAPS III).

As características da personalidade das moradoras a que a coordenadora remete na narrativa citada acima se referem ao que foi perdido durante o longo período de internamento no Hospital, como a pouca capacidade de manifestar vontade própria, em determinadas questões cotidianas, que, segundo ela, apesar de serem constantemente trabalhadas na casa, são muito difíceis de resgatar, ou mesmo modificar, porquanto essas mulheres chegaram a casa muito marcadas pelos hábitos incorporados na instituição.

Além dos desafios ligados à questão da autonomia e da reinserção social das suas moradoras, a casa também enfrenta outro problema de dimensão conflituosa em relação à ambigüidade do seu perfil. Como uma moeda de duas faces, de um lado, há um serviço de saúde, e de outro, um lar. De um lado, a casa se constitui como serviço, na medida em que é regulamentada por normas do Ministério da Saúde e recebe recursos do município para a sua sustentabilidade e reinserção social de suas moradoras. De outro, constitui-se como lar, visto que é um lugar onde a privacidade, a individualidade, os sentimentos e a personalidade das suas moradoras devem ser resguardados e respeitados.

Considerando o SRT uma modalidade de serviço extra-hospitalar, que deve funcionar como uma ponte entre o hospital e a sociedade, para que a vida das pessoas egressas dessa instituição possa ser reconstruída, a casa, como um novo espaço de moradia, deve proporcionar as suas moradoras um ambiente mais próximo possível de um lar. Caso contrário, ela pode simplesmente reproduzir os mesmos erros cometidos pela instituição psiquiátrica.

Com base na observação da dinâmica cotidiana da casa e no comportamento das suas moradoras, foi possível perceber uma presença significativa de alguns traços característicos do sistema asilar. A ausência de acompanhamento das moradoras, por meio de projetos terapêuticos e educativos, que promovam sua reinserção social, associada à falta de vínculo de apoio familiar, põe em risco as metas propostas pelo Serviço Residencial Terapêutico. Reabilitar implica investir cotidianamente em um processo que permita a restauração da autonomia dessas mulheres, a despeito de suas limitações, e esse processo requer a participação constante de profissionais da área de saúde que utilizem todos os recursos possíveis do território onde a casa está inserida, envolvendo, para isso, toda a comunidade. Nesse sentido, a casa do Alto do Céu apresenta uma tendência a se constituir muito mais como um abrigo de pessoas incapazes do que propriamente, uma alternativa extra-hospitalar de reabilitação psicossocial. Após mais de dois anos de abertura da casa, as moradoras ainda demonstram um nível expressivo de dependência das cuidadoras e de isolamento social.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, a assistência psiquiátrica vem se modificando. Assim como em alguns países da Europa e da América, no Brasil, a denúncia da violação dos direitos civis e da precária assistência psiquiátrica tem contribuído para ampliar o debate sobre a necessidade de se promover uma reforma que envolva o modelo de assistência e o relacionamento da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais. A partir do final da década de 70, novos olhares sobre o atendimento psiquiátrico fomentaram críticas à situação dos manicômios e à autoridade do saber e da prática da psiquiatria. Essas críticas impulsionaram uma crescente discussão sobre a necessidade de novas formas de assistência e de tratamento, que promovessem a reinserção social e a cidadania das pessoas com transtornos mentais. A fim de cumprir tal meta, novas políticas em saúde mental passaram a ser direcionadas para diminuir o número de leitos nos hospitais psiquiátricos e garantir a permanência do individuo na comunidade.

As estratégias de ação da reforma psiquiátrica aconteceram por meio da difusão e da ampliação de alternativas extra-hospitalares que foram desenvolvidas em meio às discussões das políticas de saúde mental e passaram a nortear um novo modelo de assistência, variando conforme a necessidade de cada região. A implementação de Serviços Residenciais Terapêuticos para acolher as pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos que perderam o vínculo familiar e não possuem renda surgiu, nesse contexto, como um componente importante da política de saúde mental para a redução progressiva de leitos e a superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

Seguindo uma tendência nacional de expansão da luta pela reforma psiquiátrica, na Paraíba, a partir do ano 2000, observou-se um considerável crescimento das políticas de saúde mental voltadas para a criação de alternativas extra-hospitalares. Entre essas alternativas, foi reconhecida a necessidade de se investir na criação de moradias

destinadas a indivíduos que viveram um longo período de internação. No entanto, apesar dos avanços na ampliação da rede de atenção no Estado, a política de redução progressiva dos leitos psiquiátricos ainda é preocupante. E embora a Paraíba ocupe uma posição de destaque em nível nacional, no que diz respeito à quantidade de implantação de serviços extra-hospitalares, a cidade de João Pessoa ainda apresenta um desenvolvimento insatisfatório de seus recursos em saúde mental, considerando sua desproporção por número de habitantes.

Na Paraíba, existem 16 Serviços Residenciais Terapêuticos, e a capital é contemplada com apenas um, enquanto a demanda por esse recurso de moradia é bastante numerosa devido ao fato de ainda existirem vários hospitais psiquiátricos em funcionamento com uma quantidade significativa de moradores residentes. Tão importante quanto observar a quantidade de Residências implantadas e de leitos reduzidos nos hospitais psiquiátricos é apurar se esses serviços estão contribuindo com o processo de reinserção social de seus moradores. Nesse sentido, a nossa pesquisa analisou a Residência Terapêutica de João Pessoa, como modelo de moradia proposto para as pessoas egressas dos leitos desinstitucionalizados. A abordagem qualitativa mostrou-se adequada para a coleta de dados e a realização da observação dos quesitos propostos como: adaptação das ex-pacientes à moradia; cotidiano; interação e autonomia.

O SRT da cidade de João Pessoa foi inaugurado há quase três anos e abriga sete mulheres egressas do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, que são supervisionadas e auxiliadas por cuidadoras durante vinte e quatro horas. Todas as moradoras da casa são consideradas crônicas em relação aos seus transtornos mentais. Quase todas essas mulheres foram abandonadas por seus familiares, são analfabetas, idosas, obesas e não têm documentos de identidade ou auxílio reabilitação. Mediante a observação, a coleta e a análise dos dados da pesquisa, levantamos alguns pontos que permitiram reflexões e conclusões importantes referentes à vida das moradoras na casa.

Verificamos que elas têm pouco contato com os vizinhos da rua e do bairro, quase não saem de casa ou recebem visitas e não podem deixar o recinto sem autorização e acompanhamento. Poucas atividades são realizadas dentro ou fora da casa. O lazer fica limitado a alguns raros passeios ou festinhas em datas comemorativas realizadas no CAPS. O bairro onde a casa está situada não oferece muitos lugares que favoreçam a segurança ou circulação e socialização dessas mulheres, por pertencer a uma área da cidade que é considerada muito violenta. A rua onde a casa está localizada tem mais estabelecimentos comerciais do que residências, fato que contribui muito mais para a construção de relações impessoais, uma vez que a presença de pessoas que moram próximos à residência fica bastante reduzida.

Em geral, existe um bom relacionamento entre as cuidadoras e as moradoras, que convivem e se relacionam de forma respeitosa e carinhosa. As moradoras gostam da sua nova moradia e consideram que nesse ambiente, a vida é bem mais livre do que no hospital. No entanto, os conflitos entre as cuidadoras são constantes e não há reuniões regulares para promover um processo de cooperação entre elas. Até o momento, não foi realizado nenhum tipo de capacitação para orientá-las e instruí-las sobre o seu trabalho na casa. Constatamos também um baixo nível de envolvimento e de atenção dos profissionais de saúde mental do CAPS III com a casa à qual está referenciado.

A casa não desenvolve nenhum projeto que vise à reinserção social de suas moradoras, seja por meio de trabalho, de lazer ou de educação. Na sua dinâmica cotidiana, há uma presença significativa de alguns traços característicos do sistema asilar. De modo geral, a rotina é marcada por horários delimitados para as refeições, medicação, afazeres domésticos e descanso. Além do controle sobre as tarefas diárias, a dependência de medicação e o isolamento social das moradoras, também são características preponderantes. No entanto, houve uma considerável melhora no processo de cuidar de si e da casa, por parte de algumas moradoras, que reaprenderam a tomar banho sozinhas; a preparar

pequenos lanches; a fazer suas refeições de uma maneira mais organizada; a ter responsabilidade com os objetos pessoais; a lavar suas próprias roupas e ajudar em algumas tarefas domésticas de limpeza da casa.

Entretanto, apesar desses pequenos ganhos no que concerne ao resgate da vida diária, que havia se perdido completamente, durante os anos de internamento, há quase três anos de existência da casa, as inseguranças ainda se fazem presentes e constantes no comportamento cotidiano de suas moradoras, em virtude de terem perdido certas habilidades básicas, porém fundamentais, para a vida em uma comunidade, fora dos muros do hospital. Elas não circulam pelo bairro sem a companhia das cuidadoras e não tomam iniciativa em quase nada. Raramente manifestam alguma vontade própria, e quando estão diante de uma situação em que precisam decidir sobre algo, quase sempre, aguardam as ordens da cuidadora antes de agir. Alguns traços de comportamento do Complexo Juliano Moreira ainda permanecem nas moradoras do SRT, tais como: andar sem roupa pela casa sem se importar com a presença de suas colegas ou mesmo de visitantes estranhos; guardar ou vigiar objetos pessoais temendo roubo por parte de outras pessoas da casa e pedir autorização para quase tudo o que pretendem fazer.

Para se alimentar fora dos horários determinados, por exemplo, elas ou pedem autorização às cuidadoras, ou consomem a comida às escondidas. A carreira moral dessas mulheres continua a se refletir em suas vidas, mesmo fora do hospital. O costume de receber ordens e a ausência de liberdade para tomar iniciativas, somados aos anos de clausura e de entorpecimento, geraram tamanha despersonalização que a apatia diante das novas oportunidades cotidianas ainda permanece.

A pesquisa também indicou que o pouco progresso em relação à reinserção social dessas mulheres não estava unicamente relacionado à carreira moral que vivenciaram e incorporaram dentro do Complexo Psiquiátrico, mas também a outras condições desfavoráveis, como o seu

perfil socioeconômico e a falta de um projeto reabilitador que considere suas ações e invista nelas, conforme a singularidade de cada vida que precisa ser retomada. Isso posto, a articulação entre os serviços implantados pelas políticas públicas de saúde, associada à utilização dos recursos comunitários do território, torna-se necessária para o agenciamento de diversos espaços de encontro no bairro e na cidade, que possam transformar a maneira de a sociedade compreender e interagir junto com as pessoas que sofrem com transtornos psíquicos e respeitar os seus direitos constitucionais.

Assim como houve a percepção e a institucionalização da loucura como doença mental, e do louco como um indivíduo perigoso, por meio do saber e do poder médicos, na sociedade contemporânea, observamos um movimento inverso que luta contra a sua exclusão e estigmatização, através de cuidados no seio da comunidade, a fim de evitar o seu isolamento. Contudo, as ações em saúde mental, voltadas para o apoio às pessoas que passaram por longas internações psiquiátricas, ainda são recentes e frágeis. Há um grande número de pessoas que foram encerradas por vários anos ininterruptos e perderam, por completo, os vínculos familiares e as condições mínimas de uma inserção social mais independente para interagir e circular pelos diferentes espaços da cidade. Essas pessoas estão à margem dos seres humanos considerados úteis e desejados. Não se ajustam às exigências sociais e intelectuais impostas pelo mercado de trabalho e, sem o apoio necessário para se inserir socialmente, podem cair na esteira dos refugados.

Durante muitos anos, a saída para o problema da remoção do refugo humano do meio social foi a condenação à celeridade da sua biodegradação em manicômios e prisões, entre outras instituições totais, que passaram da tarefa de recuperá-los para servir como meros depósitos. Hoje, essas estratégias de ingerência utilizadas como instrumentos para confrontar esse problema não são mais satisfatórias, tampouco admissíveis. No entanto, analisando particularmente o caso do conflito existencial que a loucura desperta na sociedade, quando se fala

em substituição de tratamento asilar por alternativas extra-hospitalares que insiram o indivíduo acometido por essa doença na comunidade, deve-se considerar que, há mais de duzentos anos, o paradigma do isolamento era a opção hegemônica de tratamento. Em meio a esse processo, a loucura foi sendo instituída no horizonte social da pobreza, da periculosidade e da degenerescência. O louco passou a ser visto como um peso morto para a produção econômica e uma ameaça perigosa à ordem existente. As práticas e os saberes psiquiátricos embasados no modelo manicomial acabaram dividindo a sociedade em indivíduos perfeitos e degenerados.

A luta do movimento antimanicomial pela reinserção social dos portadores de transtornos mentais é recente, comparada ao estigma enraizado secularmente na sociedade, por meio de práticas e saberes psiquiátricos instituídos. Assim, voltamos às questões já propostas anteriormente: 1- Diante da forma como foi incorporada socialmente a loucura, é possível desfazer o profundo estigma que carregam as pessoas que passaram por um longo internamento psiquiátrico? 2- Repensar o problema da loucura, hoje, pressupõe uma nova reflexividade? 3- As mulheres que foram transferidas do Complexo Juliano Moreira para a Residência Terapêutica estão sendo reinseridas socialmente, ou será que essa mudança representa apenas uma "mera troca de vasos para as flores"?

Na observação do cotidiano da casa, percebemos que ela se assemelha, em alguns aspectos, ao sistema asilar. É preciso considerar que a percepção e os sentimentos dessas moradoras em relação ao mundo e à vida são bem peculiares e que, para reconstruir os laços sociais perdidos após anos de internação hospitalar, a casa deve mediar as várias possibilidades de habitar e interagir no espaço urbano acatando da melhor forma possível as diferentes formas de existência e de produção de sentidos dessas mulheres, a fim de que não se reproduza fora do hospital a mesma relação de opressão que se pretende combater.

Apesar de não estar ocorrendo, ainda, nenhum projeto que viabilize ou direcione a reinserção social dessas mulheres, o fato de morar em uma casa onde existe um pouco mais de privacidade e de conforto é uma abertura de novas possibilidades para a reconstrução de suas vidas. Porém, além de proporcionar um ambiente mais pessoal e aconchegante, a casa também deve se constituir como um espaço onde a construção da autonomia de suas moradoras possa ser entendida e trabalhada dentro uma perspectiva que não seja direcionada ao mero desenvolvimento da capacidade de repetir um determinado modelo de vida imposto como ideal, mas que conceba e estimule a disposição para a autonomia e a interação social. Aludindo à nossa metáfora dos vasos, cabe ressaltar que, no processo da transferência das flores de um vaso para outro, troca-se também a água desses recipientes, e essa é a essência que as mantém vivas. Assim, ainda que a casa se assemelhe, em alguns aspectos, ao hospital psiquiátrico, a oportunidade de viver em um ambiente que, apesar de algumas limitações, possibilita a construção de pequenos resgates de prazeres cotidianos simples e novas relações afetivas pode fazer a diferença.

Nesse sentido, a Residência Terapêutica pode vir a ser um espaço de moradia muito importante na retomada da vida dessas mulheres, desde que esteja aberta à singularidade de cada pessoa que compartilha esse ambiente. Entendemos que, apesar de ser uma tarefa sobremaneira difícil e delicada, ainda é possível desfazer, aos poucos, as marcas deixadas pelo internamento e construir um ambiente acolhedor que se defina, de fato, como uma casa.

Se comparada ao tempo de segregação manicomial, a luta pela inversão do tratamento deve ser considerada recente, mais recente ainda é o tempo de moradia dessas mulheres na Residência Terapêutica, e raros são os estudos publicados que relatam ou avaliam os alcances e desafios de casas como essas. Os dados estaduais e municipais referentes às metas para a expansão desses serviços, divulgados para os próximos anos, são bastante significativos quando comparados aos do restante do

país. O estudo da implantação e da condução dessa política pode ser um importante instrumento para o desenvolvimento dos programas e das políticas públicas de saúde mental. No caso da cidade de João Pessoa, é preciso considerar que a redução de leitos, ainda que tímida, é um passo significativo para a reforma psiquiátrica na cidade que tem um dos hospitais psiquiátricos mais antigos do Paraíba e atende à maior demanda de portadores de transtornos mentais do Estado.

A redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o investimento em serviços que evitem o internamento não garantem o fim do isolamento dos portadores de transtornos mentais. A política que fecha os manicômios e implanta alternativas de tratamento extra-hospitalares não cria, automaticamente, para os usuários desses serviços novas formas de viver na comunidade se não forem conduzidas pelo norte da reinserção social como parte fundamental do processo de reabilitação dessas pessoas. Do contrário, essas políticas podem gerar ainda mais exclusão.

Para que haja uma mudança na relação social com o fenômeno da loucura, o espaço urbano se configura como o melhor ambiente de produção de novos sentidos para a vida, porque é um local de trocas permanentes, onde a diversidade de encontros estimula o processo de sociabilidade. Essas premissas são imprescindíveis para que a lógica asilar do isolamento não continue a se repetir, mesmo fora dos muros do manicômio, pois não se trata simplesmente de promover uma adaptação do portador de transtorno mental à ordem social, mas colaborar para que ele tenha o direito de retornar a sua vida na comunidade. O cenário da modernidade, que criou a cidade e a ciência da jardinagem, segregando e estigmatizando os indivíduos considerados como loucos ou bizarros e produzindo refugo, está sendo, gradativamente, modificado, à medida que nele é delineada outra paisagem, agora com ferramentas que admitem novos tipos de flores. Entretanto, embora o tratamento da doença hoje seja repensado fora da instituição asilar, não se pode afirmar que essa abertura a uma convivência menos excludente esteja sendo posta em prática sem falhas ou conflitos.

Repensar as questões referentes ao problema da forma como foi incorporada socialmente a loucura, em meio às novas referencialidades que emergiram com a crítica a sua segregação social, pressupõe uma nova reflexividade. No entanto, ainda é bastante difícil desfazer o profundo estigma existente em torno da doença e da pessoa por ela acometida. No caso do nosso objeto de estudo, a Residência Terapêutica, embora proporcione a condição de intimidade e de comodidade de um lar, não estimula a construção da autonomia de suas moradoras, posto que interfere no cotidiano delas e o controla, em uma relação de dependência que é alimentada constantemente. A principal diferença entre viver no Hospital e viver no SRT, apontada pelas moradoras, para a nossa pesquisa, é o maior grau de privacidade e de liberdade que a casa possibilita em relação à instituição. No entanto, afora esses pequenos ganhos, existem pouquíssimos vínculos sociais entre as moradoras e a comunidade onde a casa está inserida, e a falta de projetos que invistam na reinserção social e na independência das moradoras faz com que a casa tenha uma tendência a caminhar, gradativamente, para um destino que a transforma em mais um mero depósito de refugo humano.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela vida**: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENS, 1995.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro; Fiocruz, 2008.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes & DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico.** Ciência e saúde coletiva. vol.14, nº.1, p. 195-204. Rio de Janeiro, 2009.

ARAÚJO, Alessandra de. **Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental**: um estudo etnográfico sobre as moradias de Campinas – SP. *Tese* (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES, 2004.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidad**e. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro; Zahar, 2005.

_____. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico**.** Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.

BEZERRA Jr., Benilton. **A clínica e a reabilitação psicossocial**. In: A. Pitta (org) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1987

BOGDAN, Robert e BIKLEN, Sari Knop. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Mental **– Relatório final**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994.

_____. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

_____. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília, 2004.

_____. **Manual de Saúde Mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

_____. **Saúde mental em dados.** Ano V, nº 7, junho,
Brasília, 2010.

_____. **Propostas aprovadas reforçam modelo do Brasil na atenção psiquiátrica**. ENSP, publicada em 07/07/2010. http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=22080 Acesso em 15 julho de 2010..

_____. **Saúde mental, novo cenário, novas imagens:** Programa "De Volta Para Casa". Brasília, 2007.

BRASIL, Saúde/DAPE. **Coordenação Geral de Saúde Mental.** Brasília: janeiro de 2007.

_____, **Tribunal de Contas da União**. Avaliação das ações de atenção à saúde mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos. Brasília, 2005.

_____, **Lei nº 10216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2001. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003. Disponível em: <http:// www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 15 jan. 2010.

_____, **Lei nº 10708 de 31 de julho de 2003**. Dispõe o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Câmara dos Deputados, Brasília, 2003.Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 25 jan. 2010.

_____, **Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992**. Portaria que normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Quase que a totalidade desta portaria já foi superada por outras normas.

Estão válidas ainda, no entanto, as diretrizes estabelecidas para hospitais-dia e ambulatórios.
As normas atuais referentes aos CAPS são as Portarias GM 336/02 e SAS 189/02. http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12230.html Acesso em 17 de março de 2009.

_____, **Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os serviços residenciais terapêuticos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, 2000. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislação/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf>. Acesso em: 19 out. 2009

_____, **Portaria/GM nº 1.220 - De 7 de novembro de 2000.** Cria o grupo de procedimentos na tabela SIA/SUS para o acompanhamento de Pacientes em residências Terapêuticas. http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12230.html. Acesso 25 de marco de 2009.

_____, **Portaria n° 336/GM de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2009.

_____, **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - Ministério da Saúde, Brasília 2004. Este Programa, sempre pactuado com os gestores, estabelece que os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados pelo SUS deverão reduzir progressivamente seus leitos contratados/conveniados, de acordo com limites máximos e mínimos que atendam às necessidades de garantia da adequada assistência aos usuários do SUS. http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12234.html. Acesso em 14 de agosto 2009.

_____, **Portaria nº 53/GM, de 20 de janeiro de 2004**. Cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – Ministério da Saúde, Brasília, 2004 e dá outras providências. http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12234.html. Acesso 17 de setembro de 2009.

_____, **Portaria GM 246, de 17 de fevereiro de 2005**. Portaria que destina incentivo financeiro para os municípios que estão em processo de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos. O Art. 2º traz todas

as informações necessárias para que os gestores solicitem o incentivo ao Ministério da Saúde. http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12235.html. Acesso em 28 de abril de 2009.

_____, **Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005**. Portaria (suspensa) que determina diretrizes para os Centros de Convivência. Esta portaria foi suspensa ao final de 2005. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, 2005. Disponível em:<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12373.html>. Acesso em: 22 dez. 2009.

_____, **Portaria nº 1.169/GM de 7 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro para os municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho, destinados a pessoas com transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12377.html>. Acesso em: 05 nov. 2009.

CANIELLO, Márcio & JUSTINO FILHO, José. ***Eficiência e eficácia nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba:*** *Relatório de Pesquisa. Campina Grande: (mimeo), 2004.*

CAPRA F. ***O ponto de mutação****. São Paulo: Ed. Cultrix, 2002.*

CASTEL, R. ***A ordem psiquiátrica****: a idade de ouro do alienismo****.*** *Rio de Janeiro : Graal, 1978.*

CHARAM, I. ***A Legislação sobre doentes mentais no Brasil****:* revisão e estudo crítico. *Dissertação de Mestrado*. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1986.

COELHO FILHO, Heronides. **A Psiquiatria no país do açúcar**. Recife: Rodovalho INC. do Brasil LTDA, 1983.

DELGADO, P. **Projeto de Lei n° 3.657/89**. Câmara dos Deputados.

Brasília,1989.

_____. **Cidadania e saúde mental**. In: Saúde, corpo e sociedade, Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

_____. **Reforma psiquiátrica e cidadania**: o debate legislativo. Revista Saúde em Debate, nº 35. junho de 1992.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, (Coleção Loucura & Civilização), 1999.

DIMENSTEIN, Magda. **O desafio da política de saúde mental:** a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. Mental, Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC vol. IV, nº 006, p. 69-83, ISSN 1413-8123. Barbacena, M.G. 2006.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**, v. 1 - Uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

_____. **O processo civilizador**, v.2 – Formação do estado e civilização. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

ELIAS, Norbert & SCOTSON Jonh L. **Os estabelecidos e os outsiders**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

FERRE, N. P. de L. **Identidade, diferença e diversidade**: manter viva a pergunta. In: Habitantes de Babel*:* políticas e poéticas da diferença*.* Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

FONTES, B. A. S. M. & FONTE, E. M. M. da. (org.) **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental:** análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

FORTUNATO, M. L. & OLIVEIRA F. B. **Concepção de sujeito**: construções, deslocamentos e redefinições. In: *Ensaios:* construção do conhecimento, subjetividade, interdisciplinaridade. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2001.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** 7ª edição. São Paulo: Perspectiva,

2004.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978b.

_____. **Doença mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **A microfísica do poder**. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1993.

FOOT-WHITE, Willlian. **Treinando observação participante**. In: *Desvendando mascaras sociais.* Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1980.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Ed. LTC, 1988.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis – RJ: Vozes, 2008.

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Ed. Te-Corá/ Instituto Franco Basaglia, 1994.

GRANDE, Enciclopédia Larouse Cultural, v. 12 São Paulo: Nova Cultural, 1998.

GUIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GUIMARÃES, E. H. et. Al **Protagonismo e subjetividade**: a construção coletiva no campo da saúde mental. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n° 1. São Paulo, 2001.

HIRANO, Sedi. **A construção da ordem social normal e patológica**: uma teoria, um caso e um conto. In: *Doença mental e sociedade.* Rio de Janeiro: Graal, 1992.

HAGUETE, Tereza. M.F. **Metodologias qualitativas na Sociologia***.* Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. **Sociologia e doença mental**. In: *Doença mental e sociedade.* Rio de Janeiro: Graal, 1992.

KALIL M. (org) **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde***.* São Paulo: Hucitec/ Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

LANCMAN S. **Instituições psiquiátricas e comunidades**: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* v. 13. p. 93-102. Rio de Janeiro, 1997

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática"** – anos 80*.* *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. V. 1 n° 1*.* IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1991

MACHADO, Roberto. **Política e Hospital Psiquiátrico**. In: *Textos Mostra Inaugural "Memória da Loucura".* Rio de Janeiro: Centro Cultural de Saúde (CCS), 2001. http://www.cdsm.ufes.br/files/TextosdaMostra.pdf - Acesso em 20 outubro 2009.

MAGNANI JGC. **De perto e de dentro**: nota para uma etnografia urbana. *Rev. Bras. Ciências Sociais* nº 17(49):11-29. São Paulo SP, 2002.

MALINOWSKI, Bronislau*.* **Os argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural (Col. Os Pensadores), 1978.

MARCELLINO, Nelson Carvalho. **Lazer e educação**. Campinas: Papirus, 1987.

MELO, Victor Andrade. **Lazer e minorias sociais**. São Paulo: IMBRASA, 2003.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde**.** São Paulo/ Rio de Janeiro: 2ª Ed**.** Hucitec/ Abrasco, 1993.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construção do CAPS do Ceará e invenção das práticas**: ética e complexidade**.** Tese **(**Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

_____. **Construindo saberes e práticas em saúde mental.** João Pessoa: Editora Universitária, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaración de Caracas**: Conferencia de Reestruturación de la Atención Psiquiátrica en la Región. Caracas: 5p (mimeo.)1990.

PARAÍBA, *Ministério Público*. MP notifica e hospital se recusa a receber paciente, http://www.mp.pb.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=879%3Ao-ministerio-publico-da-paraiba-atraves-da-promotoria-da-saude-de-joao-pessoa-notificou-o-hospital&catid=43%3Asaude&Itemid=1 - Acesso em 17 de julho de 2010.

PEIRANO, M*.* ***A favor da etnografia****. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.*

PERRUSI, Artur. ***Tiranias da identidade***: profissão e crise identitária entre psiquiatras**.** *Tese* **(**Doutorado em Sociologia). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2004.

_____. **Imagens da loucura**: representação social da doença mental na Psiquiatria*.* São Paulo*:* Cortez, 1995.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil**: Uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A. e COSTA, N. do R.. *Cidadania e Loucura*: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis – RJ: Vozes, 1992.

RIBEIRO, P. R. Marçal. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

ROTELLI, Franco. LEONARDIS, Ota de. MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SANTOS FILHO, L. **Pequena história da medicina brasileira**. São Paulo: Parma, 1980.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870 – 1930**.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SÁUDE. **Relatório de saúde mental**. S/d. Mimeo, João Pessoa, 2007.

_____. Relatório da I Conferência Municipal de Saúde Mental - Intersetorial, João Pessoa, abril de 2010.

_____. **Relatório anual de gestão**, S/d. João Pessoa, 2009.

_____. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. S/d. João Pessoa, 2010.

SONENREICH, Carol. **Visão psiquiátrica das alterações mentais***.* In: *Doença Mental e Sociedade.* Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1992.

TOURAINE, Alain. **Crítica da Modernidade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães e AMARANTE, Paulo. **Protagonismo e subjetividade**: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva,* vol. 6, n° 1 p. 73-85 ISSN 1413-8123. Rio de Janeiro, 2001

VASCONCELOS, E. Mourão. et. al. **Saúde mental e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2002.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 1ª Reunião Ordinária, realizada no dia 04-03-09, o projeto de pesquisa da interessada Thalyta de Paula Pereira Lima, intitulada "DA CLÍNICA À CASA ABERTA: A TRAJETÓRIA DA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA DO ALTO DO CÉU EM JOÃO PESSOA". Protocolo nº. 0027.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

[redacted]

Eliane Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

[redacted]

BIBLIOTECA CENTRAL