

QUANDO SE ATRAVESSA O MURO DE QUE LADO EU FICO? ¹

DANIELA CARVALHO VIEIRA

PRISCILA FERNANDA FURLAN

SIMONE CANAVEZZI DE ABREU²

SORAYA DINIZ ROSA³

RESUMO

O presente estudo objetivou investigar os principais aspectos de uma Residência Terapêutica no município de Sorocaba/SP, tomando como referência as Portarias Ministeriais que vêm orientando às políticas para o tratamento e assistência das pessoas portadoras de transtornos mentais. Consideramos os aspectos históricos da reforma psiquiátrica e as diversas experiências registradas no campo da saúde mental como reais alternativas ao Hospital Psiquiátrico. A pesquisa original foi realizada no ano de 2002 como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de Sorocaba (UNISO). O estudo foi conduzido com um grupo de cinco pacientes que estiveram internados no hospital psiquiátrico e que no momento da investigação, moravam numa Residência Terapêutica. Para a coleta de dados utilizamos a técnica de entrevista semi-estruturada e na análise dos dados obtidos através do discurso. Os principais resultados revelaram que os serviços residenciais terapêuticos organizados nesse município imprimem o crivo da institucionalização e confirma o *status quo* da invalidação e da perda de poder do sujeito internado (não mais no hospital mas na própria residência).

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Ocupacional; Residência Terapêutica; Saúde Mental; Hospitalização; Reforma Psiquiátrica.

¹ Artigo recebido em 13 de outubro de 2003. Re-elaborado e aceito em 11 de setembro de 2007.

² Terapeutas Ocupacionais formadas no ano de 2002 pela Universidade de Sorocaba (UNISO) e autoras desta pesquisa.

³ Orientadora desta pesquisa (Trabalho de Conclusão de Curso). Terapeuta Ocupacional. Docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de Sorocaba (Uniso) e da Universidade Federal de São Carlos (Ufscar). Mestre em Educação pela Universidade de Sorocaba. Especialista em Psicodrama pela Escola de Psicodrama de Sorocaba. Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito de Sorocaba (FADI).

AFTER CROSSING THE WALL, IN WHICH SIDE WILL I STAY ?

ABSTRACT

The current study aimed to investigate the main aspects of a Therapeutic Shelter Home in the district of Sorocaba, SP, having as reference the Ministerial regulation which has been leading the policies for treatment and assistance toward those people with mental disease. We consider historic aspects of the psychiatric change as well as several experiments recorded in the mental health area alternatives for the Psychiatric Hospital. The primary research was accomplished in 2002 as Conclusion Work of the Graduation Course in Occupational Therapy of Universidade de Sorocaba (Uniso). The study was carried on with a group of five patients who had been in the psychiatric hospital and by the time of the investigation were living in a Therapeutic Shelter. To collect the data, the technique of semi-structured interview was applied and further the discourse content analysis. The results revealed that the therapeutic residential services set up in this district stamps the sort of institutionalization and reinforce the status quo of the invalidation and the loss of power for the patient of the hospital (no longer in the hospital but in his/her own home).

KEY WORDS: Occupational Therapy; Therapeutic Shelter Home; Mental Health; Hospitalization; Psychiatric Change.

O PASSARINHO ENGAIOLADO (ALVES, R. 2001)

Dentro de uma linda gaiola vivia um passarinho. Sua vida era segura e tranqüila. Tranqüilidade e segurança: coisas que todos desejam.

Para viver em segurança as pessoas constroem gaiolas e passam a viver dentro delas. Dentro das gaiolas não há perigos.

Só há monotonia. Todo dia a mesma coisa. Tudo o que acontece todo dia do mesmo jeito é chato. Esse é o preço da segurança: a chatice.

Do seu pequeno espaço ele olhava os outros passarinhos. Os bem-te-vis atrás dos bichinhos, os sanhaços entrando mamões adentro, os beija-flores com seu mágico bater de asas, os urubus em seus vôos tranqüilos na fundura do céu, as rolinhas arrulhando, fazendo amor, as pombas voando como flechas.

Ele queria ser como os outros pássaros, livres...

Ah! Se aquela maldita porta se abrisse... Isso era tudo o que ele desejava.

Pois não é que para surpresa sua, um dia o seu dono esqueceu a porta da gaiola aberta? Ele poderia agora realizar todos os seus sonhos. Estava livre, livre, livre!

Saiu. Voou para o galho mais próximo.

Olhou para baixo. Puxa! Como era alto! Sentiu um pouco de tontura. Estava acostumado com o chão da gaiola, bem pertinho. Teve medo de cair. Agachou-se no galho para ter mais firmeza.

A noite se aproximava. Onde iria dormir?

Lembrou-se do prego amigo, na parede da cozinha, onde a sua gaiola ficava dependurada. Teve saudades dele. Teria que dormir num galho de árvore sem proteção.

Tremeu de medo. Nunca imaginara que a liberdade fosse tão complicada.

Teve saudades da gaiola. Voltou.

Felizmente a porta ainda estava aberta. Entrou. Agradeceu a Deus pela felicidade da gaiola. É muito mais simples que ser livre.

Nesse momento chegou o dono. Vendo a porta aberta, disse: “Passarinho bobo. Não viu que a porta estava aberta. Deve estar meio cego pois passarinho de verdade não fica em gaiola. Gosta mesmo é de voar...”

INTRODUÇÃO:

Este artigo refere-se a um recorte de uma pesquisa realizada no ano de 2002 como trabalho de conclusão de curso sendo exigência parcial para obtenção do diploma de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de Sorocaba (Uniso).

A pretensão do grupo foi fazer uma investigação a respeito do programa de Residência Terapêutica construída neste município, tomando como parâmetro os atuais processos de reformas da atenção ao doente mental na rede pública de saúde.

Com o conjunto de informações teóricas e práticas desenvolvidas durante o curso de Terapia Ocupacional contrapondo com as vivências na instituição hospitalar, levantou-se uma série de questionamentos a respeito da condução da saúde pública local.

Convivíamos com um panorama de assistência manicomial, onde havia oferta de aproximadamente 1500 leitos psiquiátricos, com mais ou menos 80% destes

ocupados por moradores⁴, distribuídos em quatro unidades hospitalares, considerado como a principal porta de entrada do sistema de saúde local.

A região contava com 7 (sete) hospitais psiquiátricos, a maioria deles de cunho particular e somente um de cunho filantrópico⁵, o que de certo modo, descaracterizava a responsabilidade do serviço público pelo atendimento da saúde mental.

Este quadro se agravava mais na medida em que observávamos que outros equipamentos extra-hospitalares (Ambulatórios e Centros de Atenção Psicossocial) estavam atrelados às mesmas equipes dos hospitais, ou seja o próprio equipamento asilar mantinha os demais, na tentativa de cumprir com as exigências e orientações ministeriais. Uma única exceção era o Ambulatório municipal de saúde mental, criado na década de 80, atualmente municipalizado, porém mantinha uma prática institucional limitante e desconectada com as necessidades da demanda.

⁴ Pessoas que acabaram morando nos hospitais psiquiátricos por conta da estrutura institucional, que segundo FOUCAULT (1999) o internamento funcionou como um mecanismo social visando limpar a cidade daqueles que, de certa forma, eram conhecidos como perigosos uma vez que apresentavam comportamentos anti-sociais, seja pela irracionalidade ou mesmo pela improdutividade no trabalho. Desde a Idade Moderna a instituição hospitalar deixou de ser uma hospedaria de indigentes, de exercício da caridade religiosa para se tornar uma instituição médica. Nesse contexto, a transformação ocorreu a partir de um conjunto de estratégias desenvolvidas por Pinel (considerado pai da Psiquiatria por ter sido responsável pela organização do primeiro hospital psiquiátrico e do primeiro livro de psiquiatria moderno com a classificação das doenças mentais como especialidade médica); que segundo CASTEL(1978) denominou-se de *tecnologia pineliana*. Consistia em: 1) isolar o sujeito da vida social com objetivo de conhecer cientificamente a doença (método científico experimental), tendo o isolamento como princípio terapêutico; 2) constituir e organizar a ordem hospitalar através da identificação e agrupamento das doenças por diferenças e semelhanças para a reeducação da mente alienada, onde a instituição deveria impor um regime disciplinar e a indicação do trabalho como instrumento terapêutico com objetivo de ensinar aos doentes hábitos intelectuais e morais; 3) estabelecer ao tratamento médico numa relação de autoridade, obrigando os alienados à obediência total estabelecendo os meios de repressão.

⁵Esta cidade estava alocada numa Divisão Regional que engloba 48 municípios com uma população de 1.888.096, sendo 466.823 pertencentes à cidade de Sorocaba, a maior da região.

Notávamos um discurso do desenvolvimento de uma política municipal de incentivo a criação de modelos substitutivos conforme as exigências do Ministério da Saúde, no entanto, acompanhávamos a entrada diária de muitos pacientes encaminhados para internação e verificávamos que a alta hospitalar estava vinculada ao encaminhamento do paciente a um equipamento extra-hospitalar, que também pertencia ao mesmo hospital. Assim, a porta de entrada e de saída mantinha-se aberta e na mesma direção, somente caracterizando o *status quo*.

Este estudo objetivou, a partir desse panorama, desenvolver um trabalho de campo com alguns pacientes que estiveram internados no hospital psiquiátrico e que moravam numa Residência Terapêutica, tentando compreender e analisar os modelos instituídos e as práticas institucionais desenvolvidas nesse processo.

Para darmos conta desta proposta, nos reportamos às indicações bibliográficas definidas durante o curso de Terapia Ocupacional da Uniso, especificamente as relacionadas ao campo da saúde mental e da saúde coletiva, bem como às orientações que tivemos de uma docente do curso, durante o desenvolvimento desta pesquisa.

Como instrumento de investigação, utilizamos a técnica da entrevista semi-estruturada, que de acordo com GIL (1991) trata-se de uma técnica bastante adequada quando o investigador pretende obter informações das pessoas levando em consideração a amplitude dos temas, bem como a flexibilidade entre entrevistado e entrevistador para o esclarecimento de dúvidas, novas perguntas e respostas.

As entrevistas foram realizadas com os principais atores, compondo um grupo de 5 (cinco) moradores da Residência Terapêutica.

A seleção do grupo se deu a partir de 2 (dois) critérios pré-estabelecidos pelas pesquisadoras:

- 1) o sujeito deveria ter morado no hospital psiquiátrico por um tempo mínimo de 5 anos;
- 2) estar morando numa Residência Terapêutica nesse município.

O grupo caracterizou-se da seguinte forma: 3 (três) entrevistados eram do sexo masculino e 2 do sexo feminino, a faixa etária variou entre 26 a 32 anos, com tempo de institucionalização de 15 a 22 anos e uma média de experiência na Residência Terapêutica de 1 ano e 8 meses⁶.

As entrevistas efetivaram-se seguindo um roteiro baseado nos itens:

- situação de vida dentro do hospital psiquiátrico;
- situação de vida na Residência Terapêutica;
- opção de moradia (dentro ou fora do hospital);
- história da saída do hospital psiquiátrico (como se deu, o que precisou aprender, quem acompanhou);
- vida social atual (na própria residência e fora dela; relação de amizade, de trabalho e de trocas).

As pesquisadoras buscaram analisar os dados seguindo as referências da pesquisa qualitativa. Segundo OLIVEIRA (1999) a pesquisa qualitativa confere maior possibilidade para descrever a complexidade de um determinado problema, podendo entender a relação dos processos dinâmicos experimentados por certos grupos sociais e considerar as variáveis que influenciaram os comportamentos e atitudes dos sujeitos.

A PESQUISA DE CAMPO

As entrevistas foram previamente agendadas, onde ficou estabelecido o local, data e horário, respeitando a

⁶ Todos os entrevistados relataram uma vida institucionalizada, podendo definir como moradores de "instituições totais" (Goffman).

disponibilidade de cada morador. A opção por realizá-la na própria residência partiu da iniciativa dos entrevistados, que justificaram maior comodidade e privacidade durante esse processo; disseram se sentirem mais espontâneos e com menor risco de vigilância.

Reafirmamos o sigilo e o anonimato seguindo todos os regulamentos de pesquisa e estabelecemos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada sujeito.

O método de coleta seguiu uma trajetória que possibilitou entrar no cotidiano desses sujeitos, de modo a conhecer suas histórias e suas expectativas frente a essa nova experiência. Percebemos o clima “da casa” (residência) e conseguimos observar a rotina estabelecida, as tarefas, as relações estabelecidas entre os moradores, funcionários, vizinhança, etc.

A ANÁLISE

Considerando os objetivos propostos nesta pesquisa, utilizamos os discursos dos entrevistados como fonte de informação e análise. Tal procedimento permitiu a interpretação dos conteúdos distribuídos em duas categorias: a história de vida na instituição hospitalar e a história de vida na residência terapêutica.

A identificação dessas relações foi comparada com a investigação teórica que embasou todo o trabalho.

A HISTÓRIA DE VIDA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Segundo FOUCAULT (1978) as pessoas denominadas doentes mentais eram reconhecidas como seres com falta de sociabilidade e portanto deveriam ser afastadas do convívio social para garantir a ordem e a segurança da comunidade. A sociedade burguesa no século XIX visando limpar a cidade, eliminou todos os elementos que considerava nocivo ou diferente, estabelecendo com eles uma relação de tutela.

Assim, ganham o status da loucura todas as pessoas que apresentam comportamentos inadequados e estão

à margem: os loucos, os leprosos, os mendigos, os portadores de doenças venéreas e todas as outras que desrespeitassem os comandos de ordenamento e organização das cidades.

Desde então, criou-se um espaço assistencial para preservar a sociedade dos insanos e em contrapartida, definiu-se um discurso científico como garantia desse isolamento. O hospital psiquiátrico surgiu como local que deveria acolher essas pessoas.

Esse espaço oferecido como tratamento se transformou em lugar de moradia para muitos. Na tentativa de oferecer um espaço terapêutico ele também assumiu o poder de custódia, confirmando e reforçando a idéia de dependência e da incapacidade do sujeito diagnosticado como doente mental.

Embora o papel do hospital psiquiátrico tenha sido colocado em evidência, de maneiras diversas, em lugares e tempos diferentes, para SARACENO (2001)

... ele continua como continente central da ideologia da psiquiatria na maior parte dos países do mundo e sobretudo na cultura psiquiátrica...

O Hospital Psiquiátrico constitui ainda, em qualquer parte do mundo, o eixo da assistência psiquiátrica, o lugar suposto do tratamento, a máquina hegemônica que devora a maior parte dos recursos humanos e financeiros alocados para a assistência dos doentes mentais (p. 62, 63).

Tomando como pano de fundo essas discussões, analisamos os discursos e todos os outros dados coletados nesta pesquisa que foram produzidos por esse grupo de moradores da Residência Terapêutica, situando-os nesse contexto.

Os temas abordados confirmaram a opção política desse município de resguardar a sociedade da violência e da convivência com a anormalidade/loucura, definindo o hospital psiquiátrico como o “lócus” da doença mental e conseqüentemente o melhor local para o tratamento

desses sujeitos.

Os entrevistados confirmaram ter uma vida institucionalizada, desde crianças onde viveram em instituições como moradores da FEBEM e de várias outras casas de abrigo.

Nas histórias contadas observamos diversas situações de sofrimento, anterior a internação, que dizem respeito ao status social do sujeito e sua condição econômica, como: viver com a família na pobreza e não conseguir frequentar a escola porque não aprendia ler e escrever, ficar internado por conta de uma pneumonia e nunca mais ter conseguido rever sua família, ter um “ataque de nervos” e agredir o irmão a pedradas, não ter conhecido sua família por ter sido abandonado na maternidade. Sendo assim, o critério para sua internação no hospital psiquiátrico não foi a doença mental, mas sobretudo a situação de abandono e de risco social as quais essas famílias se sujeitavam.

Uma outra questão importante a ser pensada é que na década de 60 houve uma política de ampliação e oferta dos serviços psiquiátricos, uma vez que o Estado fez a opção de contratar os serviços particulares. E, desta forma muitos moradores de orfanatos e outros tipos de abrigos, ocuparam as vagas dos hospitais na condição de paciente. A partir do seu internamento passaram a residir nesses lugares e tornaram-se moradores.

Embora os entrevistados não tenham referido sobre a compreensão da sua internação, os relatos das suas histórias nos levaram a essa interpretação.

Um outro ponto considerado diz respeito ao lugar, que segundo AMARANTE (1998) o hospital é o lugar caracterizado pela hostilidade e pela indiferença, resultando um meio promotor de violência;

Dentro do hospital era ruim, saí de lá em 2002. Não era liberado para sair fora, assim, tinha uma turma que queria bater em mim, fazer malandragem comigo assim, entrar no quarto e fazer alguma coisa, pegar na minha

garganta e enforcar eu, bater em mim e fazer coisa feia... (Sujeito 2)

Foi muito duro morar no hospital, eu vivia pelo chão, porque como não conseguia andar eu tinha que ir me arrastando para pegar as coisas... (Sujeito 4)

Constatamos que o tratamento oferecido a esses moradores foi de controle, pois sempre que exerciam alguma manifestação de vontade ou denunciavam um mal estar existente, eram punidos e as ordens disciplinares estavam justificadas como promotoras da saúde psíquica.

A disciplina esteve sempre ancorada no binômio hostilidade - violência, compreendido a partir do momento em que estas pessoas foram despojadas de todos os seus pertences, roubaram-lhes a identidade, isolaram-nas de seus familiares, de seus amigos e dos acontecimentos sociais, no entanto asseguraram-lhes devolver a sua saúde e adequá-las a uma vida social mais saudável. O atendimento clínico estava mascarado no diagnóstico de distúrbio de comportamento ou de deficiência mental, os quais justificou-se a internação e a institucionalização do grupo.

Os entrevistados reforçaram a idéia de que houve tentativa do resgate familiar e social, na medida em que por diversas ocasiões tentaram convencer a equipe do hospital a procurarem seus familiares, algum amigo ou vizinho que pudesse dar-lhes qualquer referência. Alguns relatos confirmaram que forneceram endereços e outras informações na tentativa do resgate familiar. No entanto, foram pouco escutados e algumas vezes desacreditados. Contaram histórias de pacientes que conseguiram fugir do hospital e re-encontrar suas famílias, outras da família ter conseguido encontrar seu parente que havia dado como desaparecido. Porém não tiveram a mesma sorte, no entanto percebemos o entusiasmo da nova possibilidade de moradia na Residência Terapêutica, talvez a única esperança que tivesse lhes restado.

Com relação ao tema relacionado a rotina hospitalar os discursos mais contundentes focaram as visitas no hospital. Disseram que observavam as dificuldades para o encontro/visita do familiar, uma vez que havia uma burocracia e um preparo do paciente para essa ocasião. Assistiram muitas cenas de desespero das mães, dos esposos, esposas e do descrédito que era depositado no parente internado, sempre confuso, contando histórias inacreditáveis e pedindo socorro para tirarem-lhe dali. Depois presenciavam a solidão, a ira e o inconformismo dos que ficavam. Até que se acostumavam com a idéia do internamento, mas muitos continuavam sonhando com a rua, a casa e novos projetos, tentando insistentemente achar um meio para fugir do manicômio.

Analizamos os dados de controle onde tudo precisava estar em ordem e havia horário para tudo e da mesma forma, para todos. Assim, parecia que todos precisavam das mesmas coisas. Havia o ócio forçado com a permanência nos pátios frios e sombrios, as situações de abandono em quartos trancados, vários corpos sujeitados ao tempo, as grades, as chaves, os pavilhões, os horários de banho, a alta dosagem de medicação com justificativas clínicas, mas também utilizada como meio de controle e punição.

Com relação às tarefas que exerciam no hospital, denominadas pelo grupo de trabalho, referem à manutenção do equipamento asilar. Analizamos que o desempenho pessoal tornou-se importante sinal para o diagnóstico de cada entrevistado. De tal sorte que o fato do sujeito estar fazendo alguma atividade “de trabalho” significava ter melhora psíquica, além de receber alguma recompensa como um cigarro, um doce ou ser preferido de algum funcionário que o escolhia para prestar-lhe favor nos arredores do hospital (pagar uma conta no banco, comprar um refrigerante, etc)

Essa idéia do trabalho como instrumento de intervenção terapêutica pode ser confirmada com Franco da Rocha, considerado o mais importante ideólogo do regime de trabalho na vida institucional. No entanto o valor do trabalho para os alienados está configurada desde Pinel⁷ que defendia o trabalho como atividade científica. Atribuiu-se ao trabalho várias vantagens tanto fisiológicas quanto morais e pedagógicas, confirmadas por MEOLA (2000):

O uso da atividade, do trabalho como tratamento, teve sua origem com a institucionalização da loucura, portanto, eram procedimentos dirigidos à doença e que se desenvolveram no rastro da prática médico tradicional. Foram o pilar da sustentação do Tratamento Moral, desde o alienismo pineliano, do combate a ociosidade, do aprendizado de regras e disciplinarização, da organização e manutenção, inclusive econômica do ambiente hospitalar (p. 20).

Alguns entrevistados contaram que a maior tristeza que sentiam era de não ter uma casa para morar e poder cuidar da própria vida, de não ter liberdade para percorrer as ruas do bairro ou mesmo ir comprar algum lanche no bar da esquina. Num dos relatos um dos entrevistados diz da vontade de *comer ovo frito bem mole (SIC)*. Mas qualquer tentativa de saída era coibida pelo porteiro, fiscal fiel que mantinha todos os olhares e percepções para fazer as denúncias.

SARACENO (In PITTA, 2001, p.15) afirma que todas as pessoas têm algum nível contratual, pois vivem e convivem com as possibilidades de trocas e atuam em três cenários: *cenário habitat*, *cenário mercado* e *o cenário de trabalho*, ou seja o habitat, a rede social e o trabalho com valor social. E as cenas das experiências de vida são desenroladas nesses cenários onde cada um tem maior ou menor poder contratual. Ele argumenta

⁷ O Tratamento Moral, instituído por Pinel tinha como eixo central o trabalho, entendido como promotor da saúde moral da população internada e produtor de uma nova sociabilidade. O trabalho era um dos principais instrumentos terapêuticos, pois o “doente mental ficando com a mente ocupada” colocava-se um freio na sua loucura e ele poderia então, aprender as regras sociais.

que “um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual é representado pelo quanto o próprio ‘estar’ em qualquer lugar se torna ‘habitar’ esse lugar”. Nesse sentido, habitar significa apropriar-se do poder contratual, material e simbólico.

Reafirmando as idéias de SARACENO, KINOSHITA (In PITTA, 2001, p. 55 a 59) entende que a vida social acontece a partir das relações de trocas, num valor previamente estabelecido para cada sujeito. As trocas de bens, de mensagens e de afetos garantem a cada pessoa uma intercambiação através do seu *poder contratual*. No entanto, o doente mental perde qualquer possibilidade de estabelecer esse poder de troca, caracterizando a sua negatividade como sujeito incapaz de estabelecer um contrato social, afirmando sua posição de doente;

- os bens dos loucos tornam-se suspeitos,
 - as mensagens incompreensíveis;
 - os afetos desnaturados,
- tornando praticamente impossível qualquer possibilidade de trocas (p.55-56).

Nesse contexto podemos afirmar que o modelo de hospital psiquiátrico que conhecemos, é por excelência o lugar onde é negado o poder de troca e o habitar é substituído pelo estar. A instituição asilar é um espaço de repressão e, como não existe trocas, acaba por resultar num esvaziamento afetivo do indivíduo (MÂNGIA, 1997).

Diante dessas condições precárias de sobrevivência, estar nesse lugar é conviver com a superlotação, a falta de assistência e de cuidado, o despreparo dos profissionais, colocando o sujeito a todos os níveis de violência. Ele é compreendido por conta de um diagnóstico universal e abstrato pautado pela aferição dos graus de desvio de uma norma, reduzindo o sujeito a pretensas condições patológicas que o impossibilita

ser sujeito capaz de cuidar da sua própria vida.

Rosa (1999) conclui que as instituições asilares também compreendem que o indivíduo está institucionalizado por ser ocioso. Afinal, quem não estabelecer as mesmas ordens que a coletividade determina estará condenado a ocupar o papel de doente mental. A autora citando GUATTARI refere-se que estamos acostumados com um sistema de regras de *ordem capitalista* que determinam os modos das relações humanas, afirmando que a nossa subjetividade consiste numa subjetividade dominante, coletiva e institucional, uma vez que à todo momento adquirimos informações de como devemos nos proceder em todas as esferas da vida social.

Durante esta pesquisa pudemos verificar o quanto essa compreensão pode se fazer presente nas práticas profissionais e como podemos ir incorporando essa maneira de pensar, agir e viver sem contestação da ordem capitalista. Constatamos a influência da tentativa de formatar os sujeitos para garantir a subjetividade dominante. A preocupação está em classificar e rotular os pacientes num diagnóstico de doença mental, analisar suas capacidades para o desempenho das atividades de “trabalho” dentro do hospital, tomar conta das tarefas rotineiras, e fazer o possível para manter a ordem hospitalar, assegurando a sociedade da não convivência com a loucura.

A HISTÓRIA DE VIDA NA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA.

A segunda categoria apontada nesta pesquisa diz respeito a história dos sujeitos, ex internos do hospital psiquiátrico, numa moradia identificada como Residência Terapêutica.

No entanto, antes de analisarmos o contexto do material coletado, abordaremos alguns aspectos históricos para tentarmos compreender a complexidade dos dados.

Podemos dizer que as críticas ao modelo hospitalocêntrico e a produção de diversas experiências

como alternativas a esse modelo, não são fatos recentes. Tomamos como exemplos os movimentos denominados de reforma psiquiátrica, iniciados a partir do período do pós-guerra (Segunda Guerra Mundial de 1939 até 1945) como a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Comunitária, a Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica Italiana.

A circunstância do pós-guerra induziu uma reavaliação dos valores e da própria natureza do ser humano possibilitando o desenvolvimento de outras abordagens técnicas e científicas em todos os campos. Com relação à psiquiatria, os hospitais psiquiátricos acabam sendo comparados com os campos de concentração, com denúncias de situações de violência, exploração e de exclusão dos doentes mentais.

As iniciativas de modificação das práticas institucionais, denominadas de Reformas Psiquiátricas podem ser compreendidas em três grandes grupos (AMARANTE, 2003, p.26): o primeiro identificado pela Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional tinham como preocupação a transformação e adequação do próprio hospital psiquiátrico. O objeto de estudo estava focado na doença mental e na instituição, tendo como finalidade curar a doença e tratar o hospital psiquiátrico, definindo-o como o melhor local para o tratamento.

A Comunidade Terapêutica, termo consagrado pelo médico Maxwell Jones (psiquiatra inglês, 1959), foi inspirada nas experiências anteriores de importantes psiquiatras como Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman. Uma das propostas foi iniciada por Hermann Simon (década de 20) que constatou os efeitos benéficos da atividade para os pacientes, instituindo a *terapêutica ativa* (ou a *terapia ocupacional*). Sullivan (1929-1930) introduziu benfeitorias no asilo psiquiátrico através da organização dos sistemas grupais enfocando a

importância das relações inter-pessoais para o tratamento dos doentes mentais.

A Psicoterapia Institucional surgiu na França com Tosquelles no Hospital de Saint-Alban, que procurou resgatar o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico de tratamento e cura da doença mental. Considerava que as próprias instituições psiquiátricas tinham características doentias e precisavam ser tratadas. As abordagens científicas estavam confirmadas nas experiências de Simon e na psicanálise francesa de Jacques Lacan.

O segundo grupo definido por AMARANTE refere-se a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária. Essas práticas consideravam a comunidade como ponto principal para o desenvolvimento do tratamento da doença mental, tendo como objeto de estudo a saúde mental e não mais a doença mental.

A Psiquiatria de Setor surgiu na França no ano de 1945 a partir das idéias de um grupo de psiquiatras, entre eles Lucien Bonnafé, que considerava a estrutura do hospital alienante e incapaz de promover o tratamento e a cura da doença mental. Propunha tratar os pacientes em seu meio social habitual (locais usuais de moradia e trabalho) através da implantação estratégica de setorização do atendimento (adoção da intersetorialidade). As cidades francesas foram divididas em áreas geográficas e cada área (denominada de setor) teria uma equipe técnica responsável pelo atendimento dos seus doentes mentais, no entanto seria responsável pela prevenção e a *pós-cura*⁸. O hospital psiquiátrico também deveria ser setorizado e acompanhado pelas equipes específicas, mas a principal terapêutica aconteceria nos setores.

A Psiquiatria Comunitária (ou Preventiva) surgiu nos Estados Unidos, na década de 60, representada por

⁸ Termo utilizado na Psiquiatria de Setor para denominar a reabilitação e a reinserção social do paciente.

Gerald Caplan. A principal inovação da Psiquiatria Comunitária diz respeito à prevenção da doença mental, ou seja a intervenção sobre as causas e a evolução das doenças mentais, sendo possível evitá-las e sobretudo formar uma comunidade mentalmente sadia. Criaram-se os Centros de Saúde Mental Comunitária cuja comunidade se tornava o foco principal para a prevenção da saúde. Esses Centros foram equipados por equipes multidisciplinares integrados por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais que deveriam promover a saúde mental, prevenir a doença mental, propor tratamento e diagnóstico precocemente e promover a reintegração social do paciente.

Segundo Caplan⁹ a Psiquiatria Preventiva tinha três principais objetivos: diminuir a incidência dos distúrbios mentais na comunidade, evitar a doença mental ou se não fosse possível, reduzir sua duração e por último, minimizar ou evitar o dano.

No terceiro grupo da Reforma Psiquiátrica vamos encontrar a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana que pela primeira vez na história da psiquiatria colocam em evidência o saber psiquiátrico e o conceito de doença mental.

A Antipsiquiatria teve como principais precursores os psiquiatras ingleses David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson, no início da década de 60 e passou a ser muito relacionada aos movimentos de contestação da sociedade. A crítica se fazia em relação à violência decorrentes do tratamento psiquiátrico tradicional; o questionamento estava centrado no conceito da doença mental e as referências científicas respaldadas pela

fenomenologia, pelo existencialismo, pela sociologia, pela psicanálise, tomando ainda como importante material de pesquisa as obras de Michel Foucault.

Consideravam que o discurso do louco era o denunciador de uma desordem existente no núcleo *familiar*¹⁰, por conseguinte a loucura de um membro da família não poderia ser compreendida como fato isolado. O hospital psiquiátrico reproduzia essa mesma desordem: as características patogênicas da própria família. As experiências da Antipsiquiatria confirmaram a diminuição das recaídas e dos egressos para a internação psiquiátrica (se comparadas à psiquiatria tradicional).

O movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana teve em Franco Basaglia¹¹ seu principal representante. Esse movimento veio demonstrar a impossibilidade das instituições psiquiátricas lidarem de forma resolutiva com o sofrimento psíquico, propondo uma crítica ao modelo médico-psiquiátrico focado na doença mental e na relação de poder implícito no saber científico. O princípio de colocar a doença mental entre parênteses, proposto por Basaglia, produziu uma importante inversão dialética¹² na medida em que possibilitou um avanço para a desconstrução da cultura manicomial. Esse movimento tem sido uma das principais referências do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Na década de 60, o Estado brasileiro passou a optar pela compra de serviços psiquiátricos do setor privado hospitalar, assumindo o desencadeamento de uma grande crise institucional e financeira da Previdência Social que chegou a destinar 97% do total de recursos da assistência psiquiátrica somente para o pagamento dos

⁹ Escreveu o livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, na década de 60

¹⁰ termo indicado para referir-se que o conflito estava nas relações familiares e não era algo de natureza hereditária.

¹¹ Franco Basaglia nasceu em 1924 na Venezuela, foi detido na Segunda Guerra Mundial por ter participado da Resistência Italiana em Veneza, libertado somente no final da guerra. Em 1961 foi dirigir o Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia (norte da Itália, na fronteira com a então Iugoslávia)

¹² o questionamento é de que a concepção de doença mental não é um conceito neutro, pois foi construído a partir de uma cultura, de um conhecimento e da subjetividade de quem a produziu. Esse princípio implicou na possibilidade de compreender o sujeito com tudo aquilo que refere a sua existência, assim o foco não é a doença mas o sujeito.

hospitais conveniados. Essa crise implicou na reformulação e reorganização do setor público, desencadeando o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira no final da década de 70. Luiz Cerqueira foi um dos mais importantes críticos do modelo asilar nesse período, enfatizando a importância da atenção extra-hospitalar, da readaptação do doente e da necessidade da ampliação da equipe psiquiátrica propondo uma equipe multidisciplinar.

No ano de 1977 na VI Conferência Nacional de Saúde, pela primeira vez idealizou-se uma política de saúde mental de caráter preventivista através do lançamento do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), que propunha a qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento dos doentes mentais no nível primário de atenção à saúde.

As denúncias¹³ de estagiários e profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, deflagrou a primeira greve no serviço público no período do regime militar; no entanto não se limitou a repercussão local, mobilizando outros grupos sociais em todo território nacional.

Franco Basaglia, Robert Castel e Antonio Slavich estiveram presentes no III Congresso Mineiro de Psiquiatria que ocorreu na cidade de Belo Horizonte no ano de 1979. Em razão desse episódio foi produzido o filme *Em Nome da Razão* (de Helvécio Ratton) e uma série de reportagens publicadas posteriormente no livro *Nos porões da loucura* (de Hiran Firmino), documentando os maus tratos e a violência do modelo psiquiátrico nacional.

Foi através do movimento de lutas contra o regime político que nasceram as entidades como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) e o MTSM (Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental), onde

aconteceu em São Paulo no ano de 1985 o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo. A 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em Brasília no ano de 1986 permitiu a re-definição do conceito de saúde como sinônimo de qualidade de vida. Ainda definiu como princípios básicos da saúde a universalização do acesso à saúde, a descentralização e a democratização dos serviços, implicando ao Estado a responsabilidade para promover políticas de bem-estar social.

No II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, conhecido como o Congresso de Bauru, o MTSM sofreu uma profunda ruptura pois deixou de ser uma entidade predominantemente de técnicos para tornar-se um movimento social mais amplo, comprometendo-se com a luta *Por uma sociedade sem manicômios*. Instituiu-se também o dia 18 de Maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

No desdobramento desses movimentos encontramos o surgimento de novas modalidades de atenção às pessoas com sofrimento mental, que passaram a representar uma estratégia real de intervenção extra-hospitalar. Como exemplo no ano de 1987 temos a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), localizado na cidade de São Paulo. Ainda entre 1989 a 1996 vamos assistir nesta cidade a implantação de uma rede de cuidados a saúde mental com diversas experiências importantes e reconhecidas. Em 1989 o município de Santos/SP fez uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta e organizou um sistema de atenção aos doentes mentais completamente substitutivo ao modelo manicomial.

No ano de 1991 e 1992 o Ministério da Saúde promulgou as Portarias n.189 e n.224 regulamentando e implantando os serviços extra-hospitalares como principais alternativas assistenciais no campo da saúde mental. A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001¹⁴, inspirada no projeto

¹³ Denúncias de violação dos direitos humanos de pacientes internados e técnicos, como agressão, estupro, trabalho escravo e mortes suspeitas. O movimento ficou conhecido como a "crise da DINSAM" (Divisão Nacional de Saúde Mental).

¹⁴ A Lei 10.216/01 é considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

original do deputado Paulo Delgado, introduziu inovações no modelo assistencial regulamentando cuidado especial com a clientela internada por longos anos, além de redirecionar o tratamento no hospital psiquiátrico, prevendo punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária.

Com relação à implementação de programas terapêuticos na modalidade de Residências Terapêuticas, as Portarias 106/00 e 1220/00 foram destinadas ao cuidado psicossocial extra-hospitalar dos pacientes com longa permanência de internamento no hospital psiquiátrico. Os Serviços Residenciais Terapêuticos estão definidos pelo art 1., parágrafo único da Portaria 106/00 como sendo :

moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social (BRASIL, Ministério da Saúde/legislação em Saúde Mental, 2004, p.100).

Nesta pesquisa verificamos que embora haja uma tentativa do município em criar equipamentos extra-hospitalares, não se tem garantido uma política de desinstitucionalização. Uma vez que quase todos os equipamentos instituídos estão atrelados aos hospitais psiquiátricos, não podemos considerar que haja interesse pela desconstrução do modelo, mas sim de uma camuflagem.

O programa investigado, da Residência Terapêutica, estava também vinculado a um hospital psiquiátrico, ficando atrelado a mesma filosofia.

Constatamos que a criação desse programa se deu pela “liberação/empréstimo” dos pacientes, que continuaram legalmente denominados internos e moradores do Hospital Psiquiátrico, sendo assim, nenhum paciente

recebeu alta e continuou com seu leito preservado.

Observamos que embora a Residência estivesse localizada fora da área hospitalar ficando a três quadras distantes do hospital psiquiátrico, essa situação não impedia os controles. Os sujeitos relataram a necessidade de continuar prestando conta a equipe do hospital e mesmo nas suas rotinas diárias, incluía-se algumas que precisavam ser desenvolvidas no âmbito hospitalário.

Embora esses aspectos não representem um exercício de cidadania devolvendo ao sujeito a plena contratualidade nos três grandes cenários (conforme nos sugere SARACENO, 2001), os moradores referiram ter alguma satisfação com essa nova experiência;

Foi legal vir morar aqui, eu senti bem, agora tô estudando, sou um cara na vida, sei conversar com os amigos, tratar com respeito os amigos (Entrevistado 1)

Estranhei morar fora. Falei ih, não tem mais enfermeira pra ficar em cima da gente, ficava com medo dos bandidos bater na porta da minha casa, assaltar nós. (Entrevistado 3)

Analizamos a tentativa de cada entrevistado de sair da condição de tutela e da própria equipe desse projeto¹⁵ em garantir algumas oportunidades ao grupo, embora reconheça a sua limitação no sentido de reabilitar.

Ainda segundo o mesmo autor, reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Autonomia, compreendida aqui, como sendo a capacidade de um indivíduo de gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente.

O que pode ser garantido é uma certa independência, como exemplo:

¹⁵ A equipe dessa residência é composta por uma terapeuta ocupacional e duas auxiliares de enfermagem.

Aquí eu faço a limpeza da casa, limpo o quarto, faço janta, faço almoço, faço café, ponho roupa para lavar na máquina, depois eu vou lá, tiro a roupa da máquina, eu e a outra colega minha e ponho no varal nós duas. Aí eu limpo a cozinha, limpo a mesa, ponho a toalha na mesa, daí a gente faz o serviço sozinha. (Entrevistado 5)

Tenho que limpar a casa, fico escutando música, tomo banho e ponho uma musiquinha... (Entrevistado 2)

Lavar a louça eu que lavo. A roupa eu lavo no balde e os outros lavam na máquina, cada um lava a sua. E quando falta alguma coisa a gente sai comprar. (Entrevistado 3)

Nos processos triviais e vivendo a “banalidade”¹³ a semana destes entrevistados é organizada em diversas atividades tais como, os afazeres diários de arrumar a casa, dividir as tarefas, escolher o cardápio, lavar a própria roupa, fazer o supermercado, pagar as contas, ir a escola, entre outras. Considerando o discurso do grupo sobre sua rotina diária, podemos perceber que cada um tenta cumprir a sua tarefa, que teve de ser aprendida. O auto-cuidado, as atividades domésticas e de certo modo, diversos comportamentos tiveram que ser “ajeitados” para garantirem as relações de amizade com a vizinhança.

Precisei aprender a limpar a casa, lavar a roupa, arrumar o quarto, varrer o quintal, guardar a roupa, dobrar a roupa, cuidar do cachorro, dos passarinhos... (Entrevistado 2).

Eu aprendi andar na rua sem medo e tive de me comportar, não falar alto na rua, não correr de desespero... (Entrevistado 5).

Um dia o vizinho me chamou de louco porque saí gritando na rua, daí eu sei que isso eu não posso fazer mais (Entrevistado 4).

Nesse contexto a crítica que fazemos é no sentido do projeto não ter capacidade para garantir aos sujeitos a re-significação do seu próprio cotidiano, como diz GALHEIGO (2003), que lidar com o cotidiano significa

mais do que cuidar da rotina do sujeito. A autora nos sugere a possibilidade de favorecer a ele a autonomia para contar e fazer a sua própria história, sentindo-se como parte do coletivo. E, juntando as idéias de FRANCISCO (1998) o *cotidiano não é rotina, não é a simples repetição mecânica de ações que leva um fazer por fazer. O cotidiano é um lugar onde buscamos exercer nossa atividade prática transformadora, é o social; é o contexto que vivemos* (p. 86).

CONCLUSÃO

Embora a proposta desta pesquisa estivesse centrada na investigação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no município de Sorocaba/SP, este estudo nos levou a um panorama mais amplo sobre os processos de reformas da atenção e assistência às pessoas com sofrimento mental.

Partimos curiosamente para as discussões sobre a história da loucura, o nascimento do Hospital Psiquiátrico e o seu papel na sociedade contemporânea, considerando as críticas do esquema institucionalizante que a psiquiatria, na maioria das vezes, vem confirmando. Tentamos compreender os processos de reabilitação e traduzir os pensamentos, as experiências reais dos movimentos e as contradições apontadas nos diversos percursos.

O texto de SARACENO (2001, p.62) nos permite fazer uma reflexão sobre o lugar que ocupa o hospital psiquiátrico na nossa sociedade hoje e diz que não é possível pensar em reabilitação sem levar em conta o hospital psiquiátrico, lugar vigente de reprodução da doença e da psiquiatria. Para o autor embora nos últimos cinquenta anos tenha-se colocado em evidência o papel do hospital psiquiátrico, sofrendo várias críticas e imprimindo a marca da exclusão, ele continua sendo em qualquer parte do mundo, a continuidade histórica da desrazão iniciada desde o início da Idade Moderna.

Além de comprovar o eixo da assistência psiquiátrica que aloca a maior parte de recursos humanos e financeiros.

Certamente não podemos negar as diversas experiências contadas, vividas e registradas que estão expressas em tempos e lugares diferentes, como nos relatos de VIEIRA et al (2004). Desde o período do pós-guerra, constatamos sucessivos dispositivos de tratamento e assistência que vêm constituindo um patrimônio relevante de reais alternativas ao Hospital Psiquiátrico.

No Brasil, no final dos anos 70, vivenciamos uma avalanche de denúncias de maus-tratos e violência que aconteciam no manicômio, de tal sorte que foi assumindo, a partir daí, uma postura crítica e uma tentativa de transformar os cenários da clausura para um outro, dotado de liberdade e vida.

Esta pesquisa, no entanto, apontou-nos a contradição dessa discussão. Pudemos constatar que embora haja um discurso político a respeito de mudanças na atenção e assistência aos doentes mentais nesse município, eles continuam à deriva. Ao observarmos indivíduos nesse período da pesquisa de campo, percebemos quantas histórias de solidão, abandono e exclusão. A experiência de terem vivenciado longas internações acumulou um campo de muitas perdas e da descrença em si próprio enquanto sujeito capaz de construir sua própria história.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, embora sejam orientados pelas políticas Ministeriais como modelo alternativo de tratamento aos doentes mentais, neste estudo concluímos que a Residência Terapêutica imprime o crivo da institucionalização e confirma o *status quo* da invalidação e da perda de poder do sujeito internado (não mais no hospital, mas na própria residência). Ele ainda ocupa o papel (e a vaga) de morador do Hospital Psiquiátrico e na Residência se contenta com situações banais vividas por qualquer sujeito que esteja livre do enclausuramento.

O grupo continua sem autonomia para estabelecer novos ordenamentos na sua própria vida e, portanto, sem nenhum poder de trocas reais, apenas ilusórias.

De modo geral esta pesquisa indicou que as propostas para a assistência à saúde mental não implicaram mudanças significativas na estrutura política do município, uma vez que os conceitos e valores estão muito arraigados, talvez nessa região, tida como o maior centro de internação psiquiátrica da América Latina.

REFERÊNCIA

- ALVES, R. *O Passarinho Engaiolado*. Campinas: Ed. Papirus, 2001.
- AMARANTE, P. (coord). *Saúde Mental, políticas e instituições*. Programa de educação a distância/ Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003. Caderno 2.
- AMARANTE, P.(org). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 4ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FRANCISCO, B. *Terapia Ocupacional*. Campinas: Ed. Papirus, 1988.
- GALHEIGO, S.M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14, n. 3, 2003, p.104 - 109.
- GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo:Ed. Atlas, 1991.
- Kinoshita, R.T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. Apud PITTA, A.M.F. (org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2. Ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

MÂNGIA, Psiquiatria e Tratamento Moral: O Trabalho como ilusão de liberdade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.2/3, 1997, p. 91-97.

MEOLA, M. E. O Campo da saúde mental e as tecnologias de cuidado: uma reflexão. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 11, n. 1, 2000, p. 17 - 22.

OLIVEIRA,S.L. *Tratado de metodologia científica*. São Paulo: Ed. Pioneira, 1999.

ROSA, S.D. Leitura de mundo, Leitura de Texto: rádio “Pirados no Ar”, uma experiência no tratamento de psicóticos. *II Encontro sobre Literatura e Psicanálise e 12º. Congresso de Leitura do Brasil*. Campinas: Unicamp, 1999.

SARACENO, B. REABILITAÇÃO Psicossocial: Uma estratégia para a Passagem do Milênio. Apud PITTA, A.M.F. (org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades- da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá, 2001.

VIEIRA, M.C.T; VICENTIN, M.C.G; FERNANDES, M.I.A. *Tecendo a Rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996*. 2ª. Ed. Taubaté: Cabral Editora e livraria Universitária, 2004.