

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**APRENDENDO A CAMINHAR NA CIDADE: IDOSOS EM
RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS**

Ana Lucia Cardozo de Santa Rosa

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva – Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Alba Maria Zaluar

Co-Orientadora: Célia Pereira Caldas

Rio de Janeiro
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

S231 Santa Rosa, Ana Lucia Cardozo de.

Aprendendo a caminhar na cidade: idosos em residências terapêuticas / Ana Lucia Cardozo de Santa Rosa. – 2008.

179f.

Orientadora: Alba Maria Zaluar.

Co-orientadora: Célia Pereira Caldas.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Idosos – Teses. 2. Idosos – Assistência em instituições – Teses. 3. Idosos – Assistência domiciliar – Teses. 4. Idosos – Saúde mental – Teses. 5. Políticas Públicas – Teses. I. Zaluar, Alba Maria. II. Caldas, Célia Pereira. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 308-053.9 (81)

A Antonio Abílio, Amanda e Rodrigo, marido e filhos

A Orozino (*in memoriam*) e Mariana, meus pais

AGRADECIMENTOS

A Alba Maria Zaluar, querida orientadora, que me acolheu desde o princípio desta longa e difícil caminhada que agora termina. Por sua extraordinária orientação, pelos aconselhamentos, ensinamentos, apoio, incentivo, sensibilidade e pelas críticas construtivas. Muito obrigado por ter ajudado a transformar um sonho em realidade.

A Célia Pereira Caldas, querida co-orientadora, pelo apoio, pela confiança em mim depositada e pelas contribuições preciosas.

A Antonio Abílio Pereira de Santa Rosa, por ser um marido maravilhoso, companheiro de todas as horas. Por ter compreendido e respeitado o meu mau humor. Por ser um exemplo a ser seguido de excelente profissional. Mas principalmente por ser uma pessoa linda, amiga e incentivadora, iluminado com o dom de transformar para melhor todos que o cercam.

Aos meus filhos Amanda e Rodrigo, por encherem minha vida de alegria.

Aos meus pais Mariana e Orozino (*in memoriam*), exemplos de luta, perseverança, carinho e amor.

Aos meus irmãos Maria, João e Orlando, por dividirem comigo todos os momentos.

A Adriana Costa Machado, querida amiga, pelo incentivo, colaboração e apoio. Por ter a capacidade de ajudar o próximo e de ouvir com o coração.

A Ana Paula Alves Ribeiro, pelas trocas, apoio e companheirismo nos momentos difíceis.

A Michele Malheiro Borges de Aquino, querida amiga, por toda a força e colaboração.

A Paulo Fagundes, pelo apoio institucional concedido à tese.

A todos da equipe do Programa Residencial do IMASJM, em especial a Ana Paula Sanzana, Rodrigo Echebarrena, Janaina Santos de Souto e Vitor, pelo apoio e contribuições valiosas.

A Lucia Abelha Lima, pelas contribuições valiosas e por seu precioso apoio nos momentos mais delicados.

A Sylvia Gonçalves, pela ajuda e pela disponibilidade.

A Roberto, Letícia, Filipe, Andréia, Solange, amigos e companheiros de todas as horas.

A Sílvia e Márcia, da secretaria do IMS, por todo o apoio afetuoso que me concederam.

Aos usuários do SRT do IMASJM, por dividirem comigo o seu bem mais precioso, suas histórias de vida.

*Primeiro , nós fazemos nossas casas
Depois, nossas casas nos fazem*

Sir Winston Churchill

RESUMO

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa que emprega técnicas do trabalho de campo etnográfico, realizada nos serviços residenciais terapêuticos do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, com o objetivo de estudar indivíduos idosos portadores de transtornos mentais crônicos que passaram pelo processo de desinstitucionalização. Procura conhecer de que forma estes idosos reconstróem suas relações com o novo território onde passam a circular e com o contexto social aonde vão se inserir, enquanto envelhecem e recriam a vida fora do asilo. De forma a atingi-lo, foram escolhidos, dentre os dispositivos que compõem o programa, 14 residências onde residem idosos. Os 30 indivíduos estudados representam 81% do total de idosos e 36% da clientela do programa, tendo sido observados em seu cotidiano dentro e fora das moradias, em suas relações entre si, com os membros da equipe e com o território, onde re-estabelecem suas redes sociais e recuperam sua capacidade de agir segundo a lógica da reciprocidade nas trocas com outras pessoas. Os dados foram coletados pela observação participante dentro e fora das residências, assim como pelas entrevistas abertas, semi-estruturadas, as quais foram gravadas, transcritas e analisadas.

Observou-se que os idosos apresentam ganhos em diversos aspectos de suas vidas com relação às trocas sociais e ao domínio sobre o território, mas ainda guardam resquícios de seu período de institucionalização presentes nas suas rotinas diárias. Notou-se dentro das moradias, a existência de laços sociais baseados na reciprocidade e na ajuda mútua, possibilitando o cuidado e o apoio às necessidades dos idosos mais dependentes. O estímulo à dádiva e à reciprocidade é um fator fundamental no planejamento de SRT para idosos. Suas redes sociais vêm se constituindo na vizinhança, compreendendo basicamente os companheiros de moradia e outros usuários desinstitucionalizados, muito embora vizinhos e amigos sem relação com a instituição passem cada vez mais a fazer parte delas. Manifestam independência ao circular na vizinhança das residências e do IMASJM, precisando, todavia, de ajuda da equipe ao se deslocar para mais longe. Sua relação com o território é um processo em construção, baseado na capacidade de cada um em reconstruir esta interação e atribuir significado a ela, ao mesmo tempo em que a equipe procura favorecer esta reconstrução da melhor forma possível.

Sua percepção do envelhecimento é a de que a velhice se manifesta no corpo, mas isto não faz parte de suas preocupações. Preferem residir fora do asilo e não guardam mágoas, rancor ou a sensação de vida desperdiçada. Estão vivendo o presente e adaptando-se a um novo contexto social e ambiental que é o dos SRT e a vizinhança. Estão descobrindo novas formas de ser e estar no mundo e, por isso, a velhice não é amarga para eles. A lembrança do asilo enquanto local de dor e sofrimento convive lado a lado com recordações de bons momentos ali passados. Na instituição, os internos manifestam um “lapso do tempo” a partir do descompasso entre o tempo da sociedade, contido nos relógios e calendários, e o tempo percebido enquanto dado natural. Já nas residências, os idosos manifestam interesse no mundo e estão recuperando a noção do tempo como interação com o meio, diminuindo o lapso na direção de recuperá-lo por inteiro.

Palavras-chave: Idoso, Serviço Residencial Terapêutico, Desinstitucionalização, Saúde Mental, Dádiva

ABSTRACT

This work is a qualitative research which employs techniques of ethnographic field work carried out at residential facilities of Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, focusing on elder subjects who have undergone psychiatric deinstitutionalization in search of how they rebuild their relationships in the territory and with their social context in which they live, while they get old and recreate life outside the mental asylum. In order to achieve it, 14 facilities where old people live were chosen among the other residential devices. The 30 elders represent 81% of the total of old people and 36% of the total amount of residents, having been observed in their daily activities inside and outside their houses in their relationships among themselves, other people and with the territory, where they reconstruct their social ties and recover their ability of acting according to the logic of reciprocity and gift. The data were collected by participant observation and open, half-structured interviews, which were recorded, transcribed and analyzed.

Observations have shown that elders show improvements in several aspects of their lives but the internment period remains in their daily routines. There are social bonds based on reciprocity and mutual help providing care and social support, especially for the more dependent ones. The stimulus of gift and reciprocity plays a pivotal role on planning residential facilities for elders with mental disorders. Their social networks develop in the neighborhood, accomplishing their roommates and other deinstitutionalized individuals, although neighbors and friends with no connections to the psychiatric institution are increasing their participation. They visit the asylum and circulate well in their surroundings, demanding support from the staff to go to more distant places. Their relation with the territory is an ongoing process, based on each one's ability to reconstruct this interaction and attribute its meaning while staff members manage to help them at the best possible way.

Their perception of the aging process is that old age is located on the body itself, but this is not an important part of their concerns. They prefer to live outside the asylum and do not keep grudges, resentments or feelings of wasted lives. They live their present, trying to adapt in a new social and environmental context embodied in the residential facilities and their neighborhood. Elders are discovering new ways of being in the world and that is the reason why old age is not bitter for them. Asylum memories as a place of pain and suffering live side by side with memories of good moments they have experienced in their lives as interns. While at the institution, they show a time lapse, due to the disconnection between society time, regulated by clocks and agendas, and time perceived as a natural process. At the residential facilities, though, elders show interest on the world and are diminishing the time lapse towards its total recovery.

Keywords: Elder, Residential facility, deinstitutionalization, mental health, gift

SUMÁRIO

PARTE I	Da Instituição Total à Residência Terapêutica.....	1
	CAPÍTULO 1 – Introdução: exclusões e ismos.....	2
	CAPÍTULO 2 – História das Instituições e a Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	18
	Surgimento da Psiquiatria.....	19
	A Psiquiatria no Brasil.....	21
	A Reforma Psiquiátrica e as Colônias Agrícolas no Brasil.....	25
	A Reforma Psiquiátrica e Sua Relação com as Políticas de Saúde.....	34
	Novos Rumos da Reforma Psiquiátrica: As Residências Terapêuticas.....	43
	CAPÍTULO 3 – O Olhar da Gerontologia.....	49
	CAPÍTULO 4 – O Olhar da Antropologia.....	62
	Cultura e Doença Mental.....	62
	Cultura e Instituições.....	65
	Cultura e Velhice.....	67
	O Social Como Dádiva.....	72
	A Dádiva na Desinstitucionalização.....	84
PARTE II	As Residências Terapêuticas.....	87
	CAPÍTULO 5 – Definindo a Metodologia.....	88
	O Objeto.....	88
	A População Estudada.....	89
	O Método.....	90
	A Pesquisa.....	92
	O Pesquisador.....	95
	CAPÍTULO 6 – As Moradias Visitadas e Seus Moradores.....	99
	O Programa de Residências Terapêuticas do IMASJM.....	99
	A Equipe dos SRT e Seu Funcionamento.....	102
	Moradia 1.....	105
	Moradia 2.....	108
	Moradia 3.....	111
	Moradia 4.....	114

Morada 5.....	118
Morada 6.....	119
Morada 7.....	122
Morada 8.....	124
Morada 9.....	125
Morada 10.....	127
Morada 11.....	128
Morada 12.....	130
Morada 13.....	130
Morada 14.....	132
Lazer em Interação Fora da Residência.....	134
A Televisão e o Tempo.....	137
CONCLUSÕES.....	142
REFERÊNCIAS.....	154

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AP-4 – Área Programática número 4

CAP/ CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

cf. – confrontar

Cia. - Companhia

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças. Décima Revisão

CJM – Colônia Juliano Moreira

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSM – Campanha Nacional de Saúde Mental

CORSAM – Coordenadoria de Saúde Mental

CPPII – Centro Psiquiátrico Pedro II

CRIS – Centro de Reabilitação e Integração Social

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

ECT – eletroconvulsoterapia

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Fig. – figura

HJM – Hospital Jurandyr Manfredini

IMAS – Instituto Municipal de Assistência à Saúde

IMASJM – Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPUB – Instituto de Psiquiatria (Universidade Federal do Rio de Janeiro)

MG – Minas Gerais

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

nº – número

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

p. – página

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

R\$ - reais

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TV – Televisão

UnATI – Universidade Aberta da Terceira Idade

Parte I

Da Instituição Total à Residência Terapêutica

Capítulo 1

Introdução: exclusões e ismos

Saúde é definida pela OMS como “não simplesmente a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OPAS/OMS, 2001). Não basta o indivíduo não apresentar doença orgânica. Ele deve ser mentalmente sadio e ajustado em seu meio social. Uma definição de tal modo abrangente, ao mesmo tempo em que engloba todos os aspectos da vida cotidiana e faz da perfeita saúde uma utopia ideal e praticamente irrealizável, convida a todos a uma reflexão. Ao orientar políticas visando não apenas à erradicação e controle de doenças orgânicas, muitas vezes infecto-contagiosas, mas também à criação de condições de vida saudáveis, essa definição considera a saúde como o fruto das interações entre os homens (relações de trabalho, familiares, sociais, culturais e políticas) e também entre o homem e a natureza (meio-ambiente, espaço e território). E quanto maior for a distância entre um indivíduo, grupo ou sociedade e o estado ideal de saúde, maiores devem ser as intervenções de modo a aproximá-los desse ideal.

Desse modo, as condições de saúde de uma população decorrem, em última análise, das relações entre o Estado e a sociedade, assim como a sociabilidade que seus membros desenvolvem entre si nos espaços públicos ou privados. E a manutenção da saúde deve incluir estratégias e políticas públicas que incrementem não apenas a assistência à saúde, mas acima de tudo a qualidade de vida das pessoas, sob a forma de emprego, moradia, saneamento, alimentação, educação, mas também a construção material e simbólica de espaços onde as pessoas possam desenvolver laços e relações que as conectem. A abrangência do conceito de saúde vem produzindo novas definições do conceito de doença, por vezes abrangendo campos inteiros do conhecimento e reestruturando as próprias bases em que eles se assentam. Ao se considerar o adoecer psíquico e a compreensão de seus fatores causais, essas transformações promovem à substituição progressiva da idéia de doença mental pela de saúde mental.

A saúde mental é reconhecida pela OMS desde sua fundação. Sua trajetória enquanto campo de conhecimento é marcada pela integração de diversas áreas, tanto

aquelas tradicionalmente envolvidas na esfera psicológica e individual, como a Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise, como as voltadas à investigação da dimensão sociocultural do ser humano e seu meio, como a Antropologia, a Sociologia e a Ciências Políticas (VENÂNCIO, 2002). Os progressos em cada uma dessas áreas, sendo utilizados no diálogo com as outras na geração de conhecimento novo, aprimoraram nossa compreensão das interações entre saúde mental, física e social e essa tríade passou a ser o marcador a orientar o nosso olhar quanto ao bem-estar dos indivíduos e das sociedades em que se inserem, desde o núcleo familiar, o menor pedaço de sociedade de que dispomos, até os próprios países e o mundo. Até porque os transtornos mentais constituem cinco das dez maiores causas de invalidez na população mundial, sendo os transtornos afetivos a primeira, retardo mental a quarta, epilepsia a sexta, demência a sétima e esquizofrenia a nona (MURRAY e LOPEZ apud MACEDO, 2002).

Os transtornos mentais vêm sofrendo diversas definições e redefinições, com diferentes abordagens de acordo com a cultura e o período considerado. Nesse aspecto, se assemelham ao restante das doenças estudadas pelas várias especialidades médicas, as quais incorporam em suas práticas com maior ou menor rapidez as inovações a elas relacionadas, mudando seus protocolos de diagnóstico e abordagem o tempo todo de acordo com estudos mais recentes. O que situa a Psiquiatria em outro patamar é que sua própria atribuição de definir o normal e o patológico em saúde mental com base em critérios marcados pelos limites e pontos cegos da disciplina, nem sempre conscientes para o psiquiatra que diagnostica um doente, coloca neste indivíduo um nome de doença mental do qual ele dificilmente consegue se desvincular. E se a atribuição de uma denominação à sua doença não leva a uma abordagem terapêutica específica destinada a tratá-la ou mitigar o sofrimento dela decorrente, o nome deixa de ser um diagnóstico e passa a ser um rótulo. Com base nesse rótulo chancelado pelo saber que o diagnosticou, o indivíduo sofre preconceitos e discriminações sociais ao longo de sua vida, transformando o rótulo em um estigma (GOFFMAN, 1988).

A ação varia de acordo com a cultura, o local e o período histórico considerado e o estudo desses diversos contextos socioculturais serve de base para que compreendamos melhor o nosso próprio, no qual estamos inseridos como membros da sociedade. A doença só tem realidade e valor no interior de uma cultura que a reconhece como tal (FOUCAULT, 1994). Assim, se em várias culturas a doença mental não é

considerada uma categoria de exclusão, os indivíduos acometidos são tratados dentro de seu próprio meio social, entre seus familiares, amigos e ambiente, ou dito de outro modo, em seu território e em suas redes sociais. Em contrapartida, durante quase toda a história ocidental da qual fazemos parte no Brasil, os indivíduos portadores de transtornos mentais, ao invés de acolhimento e compreensão, têm recebido estigma, rejeição e afastamento mediante sua reclusão em estabelecimentos asilares. De quartos fechados dentro das próprias moradias até as casas mais recentes e consideradas instrumentos terapêuticos em sua própria essência, os serviços residenciais terapêuticos (SRT), passando pelos primeiros hospitais (muito diferente dos de hoje, sem finalidade terapêutica e sim de recolhimento de excluídos), asilos psiquiátricos, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais e colônias agrícolas, a história da Psiquiatria é, assim, uma história de instituições, assim como das políticas destinadas a colocar nelas seus moradores (FOUCAULT, 1995; SARACENO, 1999).

A história recente dessas instituições no Brasil, ou serviços de saúde mental, pode ser dividida em três momentos. O primeiro, das origens até 1950, é caracterizado pela predominância de instituições destinadas ao afastamento e confinamento dos pacientes, sejam elas hospitais gerais, asilos e colônias agrícolas, sempre seguindo a lógica de exclusão social das pessoas diagnosticadas como doentes mentais mediante a sua reclusão dentro desses estabelecimentos. O segundo, da década de 1950 até os anos 1980, caracteriza-se pelo início dos movimentos visando à desinstitucionalização da assistência em saúde mental e ao declínio do asilamento como estratégia terapêutica, embasados pelo contexto social do pós-guerra e pelo surgimento dos neurolépticos no arsenal terapêutico. O que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica corresponde a esse segundo período e os três pilares em que se baseia são a diminuição das admissões hospitalares pelo fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos e o fornecimento de serviços comunitários, a desospitalização de pacientes em internações de longa permanência, após devida preparação dos mesmos, e a criação e manutenção de uma rede de serviços substitutivos ao asilo de forma a atendê-los.¹

¹ Mesmo que, nesse momento inicial ainda se acreditasse que a instituição psiquiátrica pudesse ser reformada de modo a aumentar sua eficácia terapêutica e fazer do manicômio um local de cura. Nesse sentido, cf. a Antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper e os escritos iniciais de Franco Basaglia (BASAGLIA, 2005; AMARANTE, 2007).

A reforma ainda está em curso e se nos anos 1960 e 1970, o foco do tratamento residia no controle dos sintomas com o objetivo de auxiliar os pacientes a se manterem assintomáticos fora do hospital, as ações mais recentes visam à adaptação do paciente à vida fora do asilo e ao estímulo à criação de centros-dia, CAPS, NAPS e SRT. Dessa forma, o terceiro período, iniciado a partir da década de 1980, tem como principal característica a ênfase nos cuidados comunitários e o equilíbrio entre estratégias de promoção e de assistência em saúde mental, pois a atenção se volta para a reabilitação, com o propósito de auxiliar o paciente a se reinserir na sociedade, com emprego e moradia, conferindo-lhe independência, autonomia e qualidade de vida. Assim, a construção de um espaço físico e simbólico apropriado aliada à constituição de uma rede social de proteção e pertencimento entram no contexto de tratamento e reabilitação de pacientes com transtornos mentais crônicos. Tornam-se atores fundamentais e parte integrante da assistência psiquiátrica a ser desenvolvida nas novas casas da história da Psiquiatria, as residências terapêuticas.

As Residências Terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), de acordo com a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, são definidas como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade², destinadas a cuidar dos pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social. Devem possuir características físico-funcionais particulares e determinadas por legislação específica, de modo que cada moradia possa abrigar, no máximo, oito usuários, acomodados na proporção de até três por quarto e ser equipadas com todos os móveis e eletrodomésticos básicos de uma moradia comum. Com relação a recursos humanos, cada residência deve ter ao menos um profissional de nível superior na área de saúde mental, a atuar como técnico de referência e supervisionar o processo de reabilitação dos moradores, além de dois profissionais de nível médio com experiência ou capacitação específica em reabilitação profissional para assisti-los, a atuar como cuidadores e auxiliares diretos em sua reinserção social e na recuperação de sua contratualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

² Comunidade é um termo dotado de sentidos diferentes na Antropologia e na Saúde Mental.

A Reforma Psiquiátrica deslocou progressivamente o foco da assistência psiquiátrica, que saiu da doença e passou para a pessoa doente, e dos cuidados hospitalares para o acolhimento comunitário, combatendo a lógica manicomial de institucionalização e exclusão social. Isto teria de ser feito na consciência de que o simples fechamento do asilo não é suficiente para uma assistência de qualidade. Nesse contexto, os SRT assumem função mediadora na construção de um outro lugar social para a loucura. Ao instituírem uma nova dialética do cuidado, viabilizam outros acessos e propiciam diferentes reconhecimentos no resgate da cidadania dos portadores de transtornos mentais de longa duração, pois o direito ao cuidado passa necessariamente pelo direito de viver dignamente na sociedade da qual estavam excluídos quando institucionalizados. Cuidado também é inclusão social e não há clínica da reforma que não seja de igual modo uma clínica de inclusão social (SANZANA *et al.*, 2006).

A Antropologia, aqui adotada como embasamento teórico, contribui para a Reforma Psiquiátrica ao analisar os conceitos de identidade, inclusão e exclusão e as formas como eles se expressam em vários contextos socioculturais. O conceito de exclusão vem de toda uma tradição de estudo de sistemas simbólicos que dominaram o pensamento social mais influenciado pela Antropologia Estrutural de Lévi-Strauss, os quais se mostram efetivos na análise das identidades contrastivas nas fronteiras entre grupos que se representam mutuamente como diferenciados (ZALUAR, 1996). Tais grupos se distinguem por nações, tribos, localidades, grupos de parentesco, religião, opção sexual, etnia, raça e até mesmo preferências por times de futebol ou escolas de samba, ou esta ou aquela facção em eleições. Segundo essa abordagem, qualquer sistema classificatório ou comunidade, enquanto identidade que se diferencia de outras, cria exclusão, embora por processos e critérios diferentes. Os processos de exclusão expressam injustiça quando pessoas pertencentes a certos grupos são sistematicamente excluídas de serviços, benesses e garantias assegurados pelo Estado como inerentes aos cidadãos em geral. E na sociedade atual, onde as classes sociais não são as únicas divisões relevantes, segmentações múltiplas criaram novas exclusões e novos excluídos. Esses, por sua vez, têm o potencial de tornarem-se sujeitos de direito nas lutas políticas para que suas reivindicações sejam incorporadas pelas legislações vigentes ou que assumam eles próprios o poder e o direito de falar por si, transformando-se assim, em atores sociais (ZALUAR, 1981 e 1996; GONÇALVES, 2002; SOUZA e SILVA, 2003).

Compreende-se assim, os processos pelos quais a identificação da velhice como faixa etária distinta constituiu a categoria “terceira idade” como sinônimo de envelhecimento ativo e independente ao mesmo tempo em que gerou problemas de identidade social para os idosos e os tornou alvo do mais recente membro da família dos “ismos”. O “*ageism*” (traduzido como edaísmo) seria o preconceito contra os idosos por parte dos mais jovens, manifestado por atitudes e práticas levando a discriminação e conflito intergeracional e colocando o idoso como mais uma categoria de excluídos. Ao internalizarem os estereótipos que cercam a pessoa idosa, os jovens deixam de se identificar com os velhos e passam a vê-los como diferentes de si próprios (BUTLER, 1994). Os mesmos processos aconteceram com o doente mental ao longo da história. Mas ao contrário do idoso, que foi capaz recentemente de fazer valer seus direitos pelo reconhecimento do seu poder de voto, o doente mental, entre todas as categorias de excluídos, talvez seja a que menos detenha o poder de decidir sobre seu próprio destino, a única que sofreu exclusão semelhante à do idoso, mas que em muito a supera em intensidade e carga de preconceito (SANTA ROSA, 2003).

Os indivíduos portadores de transtornos mentais encontram-se situados no imaginário coletivo em uma posição bastante inferior. Considerados desprovidos de razão e incapazes de falar por si, têm sua humanidade subtraída. Juntamente com as crianças e os “silvícolas”, o Código Penal Brasileiro os considera inimputáveis, ou seja, não responsáveis por seus atos. Paradoxalmente, esse enfoque acaba por prejudicá-los, pois, ao deixá-los de lado, destina-lhes um lugar permanentemente afastado da sociedade. Os “loucos de todo gênero” têm sua exclusão ratificada pela letra da lei. E é dessa forma que também são excluídos de toda parte, de todos os coletivos protetores, como família, amigos, vizinhança, trabalho, grupos religiosos, entre outros. Submetido ao preconceito do restante da sociedade e aos estereótipos da loucura por ela adotados, o doente mental sempre teve sua cidadania subtraída, sendo ora excluído pelo banimento, ora tutelado por outrem e confinado em instituições. Dessa forma, o único lugar que lhe pertence no imaginário coletivo, e com frequência também no mundo real, chama-se asilo psiquiátrico.

Os indivíduos portadores de transtornos mentais são colocados em instituições psiquiátricas de forma a receberem tratamento para sua condição. Entretanto, como a natureza desse grupo de doenças é vinculada a representações subjetivas, nunca houve

consenso estabelecido acerca de sua etiologia. Por isso, sua classificação não se faz a partir da fisiopatologia, mas desde síndromes, conjuntos de sinais e sintomas, não muito bem explicados e compreendidos. São classificações subjetivas, pouco exatas e passíveis de variação de acordo com a linha conceitual do psiquiatra, a classe social do paciente e a cultura em que ambos estão inseridos. Por sua baixa confiabilidade e reprodutibilidade, o diagnóstico psiquiátrico é tido como instrumento insuficiente para se prever os resultados da reabilitação e o prognóstico evolutivo dos indivíduos acometidos (WYKES e STURT, 1987; GONÇALVES *et al.*, 2001). Assim, na ausência de qualquer possibilidade de deixar a posição de doente mental, o paciente internaliza esse papel e se torna um doente mental crônico. Sem poder ser reinserido na sociedade de onde veio, fica indefinidamente confinado nos muros do asilo, constituído em local de reclusão ao invés de terapia. E eventualmente acabam por envelhecer ali dentro, sob a chancela da internação de longa permanência em uma instituição total.

Os efeitos desse confinamento expressam-se na adequação e resposta à privação e estigmatização por que passam a partir do momento que ingressam na instituição asilar. O internado desenvolve certa alienação à realidade externa ao asilo, rompe com relações sociais previamente estabelecidas e internaliza a condição de doente mental, abdicando de tentar modificá-la. Submetidos a esses efeitos deletérios decorrentes da internação prolongada, os pacientes crônicos manifestam grandes dificuldades em viverem sozinhos e reorganizarem suas vidas de modo independente, justamente por estarem afastados de suas famílias e da vida social há muitos anos, com vínculos fracos ou totalmente ausentes. Por essa razão, a transferência da assistência para alternativas de atendimento extra-muros é um dos maiores desafios no cuidado com essa população.

A partir da Reforma Psiquiátrica, especialmente em sua terceira fase com a promulgação de leis promovendo a desinstitucionalização e a assistência extra-hospitalar mediante a criação de CAPS, hospitais-dia e serviços residenciais terapêuticos, esse quadro vem começando a mudar. O trabalho passa a ser a reabilitação psicossocial com vistas à reinclusão dos pacientes na sociedade e nos coletivos a que têm direito. Entre os problemas enfrentados na tentativa de reinserir pacientes em internação prolongada de volta à sociedade, a questão da autonomia surge como fator primordial. O grande desafio reside na construção de redes de alternativas à internação psiquiátrica de acordo com as necessidades dos pacientes que vêm sendo

desinstitucionalizados. A inversão do modelo centrado na internação e a conseqüente transferência do tratamento hospitalar para o atendimento fora do asilo constituem o paradigma dominante na assistência. E os SRT são fundamentais nessa estratégia ao considerarem a casa não apenas enquanto espaço físico, mas também simbólico e social, incorporando a construção de redes sociais e a integração do usuário no território como parte indissociável do trabalho de reabilitação dos pacientes portadores de transtornos mentais graves e persistentes.

Todavia, por se tratar da população de indivíduos afetados por transtornos mentais de longa duração e egressos de internações de longa permanência, um novo aspecto da questão do cuidado entra em cena. Esse aspecto reside no fato de que uma parcela significativa dessa população é constituída de indivíduos idosos, acima de 60 anos. Em outras palavras, ao se falar de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização de assistência, está se falando de pessoas que foram excluídas da sociedade no interior de asilos e que ali passaram quase toda a vida, acabando por envelhecer sob o rótulo de doente mental crônico. E agora idoso.

O indivíduo que envelhece dessa maneira sofre uma dupla exclusão. Uma delas pelo fato de ser doente mental crônico e outra por ser velho, exclusões essas que não têm os mesmos padrões. Esses velhos também classificados como doentes mentais, ao contrário dos que envelhecem na sociedade, estão permanentemente ausentes dos discursos sociais e movimentos políticos em prol dos direitos dos idosos. Não sabem, portanto, o que é “terceira idade” e nem tampouco o que vem a ser um envelhecimento saudável. Não viajam, não votam e não freqüentam academias de ginástica. Dessa forma, não são um bom cartão de visitas do sucesso das políticas para a velhice. Por sua vez, a reforma psiquiátrica, com a conseqüente desinstitucionalização, também não os toma como modelo. Por terem vivido quase toda a vida asilados, eles têm poucas chances de serem reinseridos plenamente na sociedade, a qual, devido entre outras coisas ao “*ageism*”, já não prima por acolher os idosos de um modo geral, quanto mais idosos com transtornos mentais crônicos. Seus parentes, vizinhos, amigos, colegas já os esqueceram ou estão mortos. Muitos desses idosos já não têm ninguém para quem voltar. Estão esquecidos.

A dupla exclusão por que passam esses pacientes se reflete na própria escassez de estudos na área. O elemento específico capaz de fazer da instituição psiquiátrica um

lugar de cuidados para além de um asilo, para além de um abrigo, é justamente a produção de um saber associado à prática, ou uma prática indissociada da construção de uma teoria a ela relacionada. Uma reflexão teórica permanente, elaborada no cotidiano de uma prática (CAVALCANTI, 1992 e 1997).

Assim, a falta de estudos sobre idosos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência é uma mostra da falta de interesse que essa população específica suscita. Sua condição de doente mental os afasta do interesse de pesquisadores estudando o envelhecimento e a velhice, os quais tem se interessado mais pelos aspectos sociais (SOARES, 1997) ou demográficos (VERAS, 1994) do envelhecimento, ou na análise das políticas públicas voltadas para os idosos (SÁ, 1997). Mesmo quando têm preferido inserir-se nos asilos de idosos, trabalhando dentro de instituições e lidando diretamente com os internos, os pesquisadores quase sempre entrevistam pessoas sem declínio cognitivo e com o pensamento estruturado, capazes, portanto, de manter uma conversa ou estabelecer uma narrativa (BAHURY, 1996), mesmo quando o foco da pesquisa é a avaliação de serviços psicogerítricos (AMENDOEIRA, 2000).

Entrevistas costumam servir para se conhecer as representações sociais dos grupos estudados, sejam elas feitas com membros dos próprios grupos ou de outros, ou então para avaliar a assistência a eles prestada. (MOTTA, 2008). As representações sociais podem ser apreendidas mediante abordagem quantitativa (SOARES, 1997), psicanalítica (DOURADO, 2000), ou qualitativa, utilizando, por exemplo, a análise da literatura infantil e da figura do idoso ali presente como veículo da transmissão de atitudes e estereótipos negativos (NOGUEIRA, 1992; SANTA ROSA, 1995), mas quase sempre esses estudos entrevistam idosos “normais”, capazes de interagir com os cuidadores e pesquisadores sem maiores problemas. Entrevistas com idosos em instituições geriátricas podem traçar um quadro da assistência como um todo (DUARTE, 1991), ou comparando-se serviços abertos e fechados (AMENDOEIRA, 2000). Mas quando o foco da pesquisa é um contexto mais amplo, como a saúde do idoso na atenção básica no contexto da implantação da Estratégia de Saúde da Família, entrevista-se os profissionais, mas não os próprios idosos em suas casas, não se detendo particularmente naqueles com transtornos mentais crônicos (MOTTA, 2008).

No estudo das instituições psiquiátricas, as pesquisas restringem-se a analisar a instituição ao longo do tempo, seja enfatizando processos de mudança (LOUGON,

1987) ou relacionando-a às políticas de saúde mental vigentes que influenciam-nas diretamente (ANDRADE, 1992). Nesse aspecto, a própria reforma psiquiátrica brasileira já foi analisada à luz da comparação com a experiência inglesa e americana (LIMA, 1999) ou em nível local, comparando-se informações de censos de internos e matrículas em CAPS armazenados em bases de dados (SILVA, 2003), novamente com métodos quantitativos, o que tem sido a regra. Os poucos estudos qualitativos realizados na população de pacientes crônicos institucionalizados costumam ser feitos em instituições de curta (PINTO, 1995) ou média permanência. E mesmo assim, muitas vezes entrevistando apenas os familiares e não os próprios internos, visando a averiguar as representações sociais da loucura (PEREIRA, 1997; ATALIBA, 1999). Daí se depreende a necessidade de estudos que lidem diretamente com a população inserida no sistema de assistência psiquiátrica. Nesse aspecto, em instituições psiquiátricas de longa permanência, as representações dos idosos acerca da doença mental e do envelhecimento vêm sendo conhecidas a partir de etnografias com observação participante (SANTA ROSA, 2003) e de história oral com o recurso da fotografia para estimular as memórias de idosos institucionalizados (MOREIRA, 2005).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, por sua vez, vêm sendo objeto de estudos quantitativos, tanto para conhecer as características de funcionamento e o perfil de sua clientela de um modo geral (LOBO, 2004), como para verificar a efetividade de um dado programa mediante a aplicação de escalas de utilização internacional na população por ele assistida (SILVA, 2005). São poucos os trabalhos qualitativos que se dedicam a estudar diretamente a população de usuários dos SRT, mas têm trazido de várias maneiras um material de grande importância. Por exemplo, a partir de entrevistas com moradores, determinar o modo como se dá a reconstrução de seu poder de contratualidade (FONSECA, 2006), ou seja, na linguagem antropológica, sua capacidade de estabelecer relações de reciprocidade e de solidariedade. E mediante a análise de todo o trabalho de um serviço, salientar o papel do lazer no processo de recuperação da dignidade, autonomia e alegria de viver (AQUINO, 2006). Etnografias, por sua vez, são raras, e visam a compreender como os moradores dos SRT reconstruem sua identidade (MILAGRES, 2002), mas não avaliam especificamente os idosos que ali vivem.

Conhecer a fundo essas pessoas que compõem a clientela dos serviços psiquiátricos deve ser o primeiro passo no sentido de proporcionar-lhes assistência adequada e digna. Dar atenção a elas significa abrir as portas para a compreensão de seu complexo mundo interno, suas representações da velhice e da loucura e sua vida passada em uma instituição total. Isso já vem sendo feito em âmbito nacional, como demonstrado pelos vários estudos supracitados, os quais, ao mesmo tempo em que nos dão o estado atual, nos mostram a carência de estudos abordando especificamente idosos portadores de transtornos mentais crônicos e vivendo fora do asilo.

Como psicóloga com especialização em Geriatria e Gerontologia e trabalhando em uma instituição psiquiátrica, pude perceber que os idosos com transtornos mentais crônicos constituem uma lacuna na pesquisa na área de Saúde Mental que tem urgência de ser fechada. Trabalhei com essa população em minha dissertação de mestrado “Envelhecer Entre Quatro Paredes: Uma Experiência no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira”, onde me propus a entrevistar os pacientes diretamente e acompanhar todo o seu cotidiano, realizando, assim, uma etnografia dessa população, com observação participante. Dessa forma, procurei abordar o mundo interno, os desejos, a história, a essência da vida daqueles a quem a sociedade retirou os atributos de humanidade, na tentativa de perceber como seria o envelhecer em uma instituição psiquiátrica. Observei que eles tinham grande dificuldade em reconhecer a própria velhice, mas reconheciam-na com facilidade nos outros. Eles haviam perdido a capacidade de se orientar no tempo como consequência dos processos de desfiliação social e de perda de identidade sofridos ao ingressarem em uma instituição total. Não demonstravam ciência dos fatos históricos ou do cotidiano simples que já haviam vivido ou ainda viviam. Ao considerarem o tempo como dado natural, não contido em relógios e calendários, configurariam um “lapso do tempo”, pois em seus relatos, passado e presente se misturavam sem maiores constrangimentos, tornando suas vidas um eterno presente (SANTA ROSA, 2003).

Ao final dela, algumas questões foram levantadas. Primeiramente, não haver garantias de que os esforços de reabilitação psicossocial seriam frutíferos, especialmente em se tratando de indivíduos tão díspares entre si agrupados sob a denominação de portadores de transtornos mentais crônicos, cujo único fator em comum é o fato de haverem envelhecido em uma instituição total. Somente esse dado já

torna seu envelhecimento uma experiência bastante singular e sem paralelo. E em seguida, a questão de que a percepção do envelhecimento em pacientes que evoluíram para o estado crônico sem possibilidade de alta e que acabaram por envelhecer no asilo poderia ser bem diferente da apresentada por aqueles que efetivamente conseguiram sair. Estudar os pacientes desinstitucionalizados e vivendo fora do asilo, observando-os recuperarem sua capacidade de estabelecer relações de reciprocidade ao reconstruírem suas redes sociais, e comparando-os nesses aspectos à população ainda internada, seria uma evidência do sucesso da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização na tarefa de ajudar esses idosos a ressignificar suas vidas e sua existência.

O viver fora das instituições asilares teria uma função terapêutica já bem estabelecida, por levar em consideração as redes sociais e o território enquanto eles fundamentais do processo de reabilitação. Mas com relação aos idosos moradores dos SRT, permanece a dúvida se as moradias seriam realmente capazes de proporcionar avanços apreciáveis no controle e fruição de suas vidas fora das quatro paredes do asilo. A abordagem aos pacientes levaria isso em consideração? As residências terapêuticas estão adaptadas para receber idosos? As propostas de reabilitação psicossocial têm o poder de fazer diferença em suas vidas? Em outras palavras, a desinstitucionalização, ao menos para eles, terá chegado tarde demais? Caso essas questões não sejam levantadas, as residências terapêuticas poderão se transformar em meras casas para os idosos, sem proposta específica a eles direcionada que lhes permita gerir suas próprias vidas. Simples desospitalização sem desinstitucionalização. Os conhecimentos já adquiridos na área da Saúde Mental não têm como dar resposta a isso isoladamente, necessitando, para tanto, do olhar de outros campos de conhecimento, constituídos pela Antropologia e pela Gerontologia, de modo a permitir uma visão interdisciplinar e abrangente que tenha como fim primordial o planejamento e efetivação de ações voltadas para a velhice e a saúde mental simultaneamente. E o ponto em que esses saberes se tocam é constituído exatamente por essa população específica sobre a qual esta pesquisa se propõe a se debruçar.

A Antropologia é convidada a participar por se deter na importância dada ao cuidado como dádiva e no estabelecimento de redes sociais e práticas sociais entre os pacientes. Mas não apenas a doença mental pode ser beneficiada com o olhar de outras disciplinas. A Antropologia tem muito a contribuir também para o enriquecimento da

Gerontologia, cujo objeto de ação se assemelha em muitos pontos ao da Psiquiatria. Sua contribuição se dá por relativizar o conceito de cultura, abrindo espaço ao estudo de diferentes formas de se envelhecer de acordo com a cultura analisada. A própria existência da velhice enquanto objeto individualizado de estudo deve ser considerada um produto da modernidade. O conceito de velhice é, assim, uma **construção social** realizada em um contexto cultural e histórico específico. A velhice, então, se situaria no mesmo patamar da infância e da adolescência, de igual modo construções sociais dependentes de parâmetros sócio-culturais específicos em diferentes sociedades. O curso de vida humano, da mesma forma que o conceito de doença mental, depende, assim, da cultura onde os indivíduos se inserem. (ZALUAR, 1985; FEATHERSTONE, 1998; HAREVEN, 1999; SANTA ROSA, 2004).

A Gerontologia, por sua vez, é um campo do conhecimento transdisciplinar por excelência, tendo por objeto de abordagem o envelhecimento normal e o patológico (este mais reservado à sua subdivisão médica, a Geriatria) e não costuma se deter especificamente no idoso institucionalizado em internação psiquiátrica. Estuda as instituições sim, mas sob o prisma do processo fisiológico do envelhecimento, procurando propor políticas para abordar as questões por ela levantadas.

O campo que se abre e necessita de atenção é representado por aspectos específicos dessa população que a coloca como área de fronteira entre esses três campos de conhecimento. Apenas por demandarem a atenção de várias disciplinas, já é por isso considerada como de alta complexidade. Não se está mais apenas falando de pacientes com transtornos mentais. São idosos portadores de transtornos mentais. Ou melhor, usuários com transtornos mentais que se tornaram idosos dentro do sistema psiquiátrico. E integrar o olhar da Saúde Mental, da Antropologia e da Gerontologia na assistência a idosos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência é o objetivo principal desta pesquisa, que representa a evolução de uma proposta de trabalho iniciada desde que trabalhar com idosos se mostrou um grande objetivo de minha vida.

Meu interesse pelo campo do envelhecimento data desde a graduação em Psicologia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro quando do surgimento da UnATI, o qual acompanhei e participei até minha formatura. No IPUB-UFRJ, aprofundei esse interesse cursando a pós-graduação em Psicogeriatria e, na UERJ, o curso de Especialização em Geriatria e Gerontologia. Ao trabalhar no IMASJM como

técnica de referência do Núcleo Rodrigues Caldas, por certo período fui parte desse processo absolutamente fascinante representado pela Reforma Psiquiátrica, simplesmente por estar ali. Ao fazer contato com aqueles idosos sob minha responsabilidade, me senti com um grande desejo de contar a sua história. De dar-lhes voz. Contar suas vidas. Saber como foi para eles envelhecerem em uma instituição que os afastou do convívio com seu trabalho, suas famílias, amigos e conhecidos. Saber como eles envelheceram foi o tema de minha dissertação de mestrado. No doutorado, tenho a chance de continuar investigando o que acontece com esses idosos após a desinstitucionalização e de que forma eles a vivenciam.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica, realizada nos serviços residenciais terapêuticos do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira e tem como objetivo estudar indivíduos idosos portadores de transtornos mentais crônicos que passaram pelo processo de desinstitucionalização, visando a conhecer de que forma reconstróem sua relação com o novo ambiente que os cerca e como percebem seu envelhecimento e a vida fora do asilo.

De forma a atingi-lo, foram escolhidos, dentre os dispositivos que compõem o programa, somente aqueles onde residissem idosos, perfazendo 18 e representando 64,2% do total de residências. Os 30 indivíduos estudados representam 81% do total de idosos e 36% da clientela do programa, tendo sido observados em seu cotidiano dentro e fora das moradias, em suas relações entre si, com os membros da equipe e com o território, no restabelecimento de suas redes sociais e na recuperação de sua capacidade de estabelecer relações de reciprocidade e solidariedade com outras pessoas que não fazem parte da equipe. Os dados foram coletados mediante observação participante e entrevistas abertas, semi-estruturadas, as quais foram gravadas, transcritas, analisadas e distribuídas em categorias de forma a facilitar o processo de análise.

Nos próximos capítulos, após reconstruir mais pormenorizadamente a história da mudança de asilo para residência, a proposta de incorporar as visões e contribuições da Antropologia e da Gerontologia para a Saúde Mental será melhor explicada. Este trabalho divide-se em duas partes. A primeira fornece o quadro teórico necessário de maneira a contextualizar estes três grandes campos de conhecimento escolhidos para dialogar a partir do percurso da instituição total à residência terapêutica enquanto espaço legítimo de tratamento e reabilitação de indivíduos com transtornos mentais

crônicos. Inicia-se por este capítulo introdutório, onde a reforma da assistência psiquiátrica é apresentada e contextualizada às dificuldades específicas trazidas pela desinstitucionalização de uma população idosa da qual ela teve de se ocupar e em cuja tarefa pode ser auxiliada com o olhar das outras disciplinas mais acostumadas a lidar com os aspectos novos levantados por essa população específica.

O segundo capítulo apresenta a história da Psiquiatria no Brasil e no mundo sob o prisma de seu papel normativo e seu poder em criar a própria doença que diz tratar, para, a seguir, apresentar o IMASJM como a instituição onde a pesquisa tem lugar. Um breve histórico revela seu papel importante para a Psiquiatria brasileira, como expoente máximo de um modelo terapêutico, as colônias agrícolas, que se mostrou inadequado com o tempo. A seguir, mostra a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da assistência das suas origens até os dias atuais, culminando por apresentar os serviços residenciais terapêuticos e os instrumentos legais que tornaram possível sua execução enquanto proposta amadurecida e bem planejada.

Uma vez dado o ambiente a ser considerado, o terceiro capítulo apresenta o olhar da Gerontologia enquanto disciplina seguramente capaz de contribuir significativamente para o processo de desinstitucionalização psiquiátrica na medida em que uma parcela significativa de indivíduos atingidos pela reforma é formada por idosos que passaram quase toda a vida sob o estigma da doença mental e a chancela do sistema psiquiátrico. Sua constituição enquanto ciência transdisciplinar é detalhada, exaltando a importância desse fator em um contexto como o da desinstitucionalização de idosos, onde, para o sucesso da proposta, tanto a competência técnica como a capacidade de dialogarem entre si são constituintes fundamentais de quaisquer áreas que pretendam trabalhar em conjunto com um objetivo em comum.

O quarto capítulo apresenta a Antropologia como disciplina fundamental para pensar o adoecer psíquico enquanto distúrbio da interação entre o indivíduo e o meio social, integrando definitivamente o conceito de cultura e seu papel enquanto modulador do funcionamento psíquico. Mostra que, ao mesmo tempo em que há sociedades onde a doença mental e a velhice não são categorias reconhecidas como geradoras de segregação, a sociedade moderna caracteriza-se principalmente por ser uma máquina geradora de excluídos ao diagnosticá-los, estigmatizá-los e colocá-los em internações de

longa permanência. Apresenta, ainda, os sistemas de dádiva e reciprocidade como contribuição teórica a somar-se aos conceitos a fundamentar a desinstitucionalização.

A segunda parte é constituída pela pesquisa propriamente dita, iniciando pelo quinto capítulo, responsável pela exposição dos métodos a serem utilizados, pela descrição da população a ser investigada e pelas dificuldades inerentes à minha entrada em campo. O sexto capítulo é composto por uma descrição inicial do programa de residências terapêuticas do IMASJM e como se estrutura face às demandas inerentes ao seu trabalho para, em seguida, apresentar as moradias visitadas e seus moradores, na tentativa de mostrar de que forma eles se relacionam e convivem dentro e fora de suas casas. Ao descrever laços de solidariedade e apoio mútuo entre eles, a casa torna-se desvelada como um espaço simbólico e que oferece momentos de densa interação, em que os conflitos e a convivência com os companheiros significam passagens importantes das vivências desses idosos. Essas interações são capazes de se incorporar novos valores, atitudes, comportamentos e a descoberta de novos significados. A compreensão da experiência de institucionalização ofereceu subsídios para reflexão sobre o processo de envelhecer na instituição, sobre a instituição como um espaço de abrigo, possibilitando ainda vislumbrar perspectivas para melhoria de assistência às pessoas idosas de um modo geral. Exemplos retirados ao analisar o lazer e o uso da televisão mostram a relação com o lapso do tempo manifestado pelas pessoas ao viver no asilo. Esse lapso, praticamente a regra entre os internos institucionalizados, vem sendo diminuído a partir do trabalho desenvolvido nos núcleos e nas moradias.

Por fim, as conclusões apresentadas tentam ressaltar a importância de as três disciplinas trabalharem unidas, a partir das contribuições de cada uma delas e sem se deter em diferenças de terminologia e uso dos termos e conceitos umas das outras. Mostram a importância dos sistemas de dádiva e reciprocidade para integrar a Antropologia, a Gerontologia e a Saúde Mental na reabilitação dos idosos portadores de transtornos mentais crônicos residindo em serviços residenciais terapêuticos.

Capítulo 2

História das Instituições e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

A história dos serviços residenciais terapêuticos passa necessariamente pela das instituições às quais eles estão ligados. Apresentar sua evolução aqui terá o objetivo de situar as residências em seu contexto e não a pretensão de ser abrangente, até por limitações de espaço e de objetivo. Não se pode compreender o processo de sua criação e o papel que representam no contexto da reforma psiquiátrica sem se deter um pouco na história da instituição chamada Psiquiatria, nem tampouco na do IMASJM, a instituição a que se vinculam as residências estudadas neste trabalho, sob pena de a análise parecer descontextualizada. Estudar suas origens, seus fundamentos teóricos e suas práticas ao longo do tempo nos permite formar um panorama mais preciso de sua influência no saber médico sobre a doença anteriormente à sua constituição enquanto campo de saber distinto, e mesmo ao próprio surgimento da medicina como um todo.

Ao observarmos mais de perto a constituição do passado, verifica-se que o processo tem pouca relação com a simples verificação de eventos reais, estando intimamente ligado ao presente do próprio historiador. Ao iluminarem certas pessoas ou acontecimentos de modo a enfatizarem detalhes bem discriminados em detrimento de outros, as instituições criam áreas de sombra, onde não há nada para se ver ou por que perguntar (DOUGLAS, 1998). Como instituição que é, a Psiquiatria não se constitui em exceção. Sua história surge de modo não intencional, como resultado de práticas direcionadas a fins determinados e imediatos. Observá-las estabelecendo princípios seletivos e prioridades, enfatizando linhas teóricas e correntes de pensamento em detrimento de outras, e dessa forma criando suas próprias *identidades contrastivas* (ZALUAR, 1996), significa, em outras palavras, inspecionar a ordem social agindo nas mentes de seus atores.

Surgimento da Psiquiatria

A Psiquiatria foi a primeira especialidade médica propriamente dita, tendo surgido no final do século XVIII. Numa época em que a Medicina dividia-se entre a Cirurgia/Obstetrícia e a Clínica, ela distinguiu-se dessas práticas médicas ao assumir, como seu objeto, o estudo dos distúrbios mentais. Mas sua abordagem data de muito antes, pois a doença mental sempre existiu entre nós e demandando diversas formas de intervenção a atuar na própria mente humana. Através da história, mereceu atenção de feiticeiros, filósofos, médicos, artistas, sacerdotes e, mais recentemente, dos psiquiatras e antropólogos, devido à relação entre o adoecer psíquico e a cultura onde o indivíduo está inserido. O homem primitivo costumava atribuir a entidades sobrenaturais quaisquer doenças cuja causalidade não fosse evidente, não havendo separação entre sofrimento mental e físico, assim como não havia entre medicina, magia e religião. Assim, o tratamento mágico-religioso ministrado pelos curandeiros em culturas pré-históricas, que visava a modificar as conseqüências psicológicas das enfermidades, representa a primeira forma de intervenção humana na doença (ALEXANDER e SELESNICK, 1968; SERPA JÚNIOR, 1993).

Durante esse longo período de história da Psiquiatria, modificou-se tanto o ambiente onde ela atua como os seus conceitos de enfermidade e, por conseqüência, seu próprio objeto de atuação. Na Idade Média, a incerteza da época produzia insegurança nas mentes dos homens e a magia era uma explicação plausível e freqüentemente utilizada para a loucura. Milhares de doentes mentais foram queimados na fogueira com os hereges e as feiticeiras. Como o homem era o centro do universo, se uma pessoa tinha saúde, era porque o céu assim ordenara e, caso adoecesse, isso se devia a alguma influência externa, como algum corpo celeste. Sabia-se, por exemplo, que pessoas aflitas ficavam mais agitadas à noite ao serem deixadas sós. Como o fenômeno mais proeminente da noite é a Lua, era natural que as perturbações sofridas fossem a ela creditadas.

Em veemente contraste com o obscurantismo da Europa católica, o mundo árabe tinha uma orientação em tudo e por tudo distinta. Como os árabes criam que os doentes mentais eram divinamente inspirados e não vítimas de possessão demoníaca, o tratamento hospitalar era bondoso e humano. Os hospitais eram impregnados de orientação humanista

e neles, os pacientes recebiam tratamento muito melhor que o dispensado em instituições semelhantes da Europa feudal. No século VIII, já havia em Fez, no Marrocos, um asilo para doentes mentais e instituições semelhantes foram construídas por todo o Império Muçulmano, como em Bagdá, em 705, no Cairo, em 800 e na Síria, em Alepo e Damasco, em 1270. Infelizmente esses princípios só alcançaram a Europa até a Península Ibérica, por ser, à época, parte integrante do Império Árabe, onde foi construído em Valência, Espanha, em 1409, o primeiro hospital europeu dedicado exclusivamente aos doentes mentais, onde, três séculos antes de Pinel, os médicos árabes já retiravam as correntes dos loucos e ministravam-lhes tratamento moral, dieta e higiene adequadas, atividades diversas e trabalho agrícola (ALEXANDER e SELESNICK, 1968).

A Europa do século XVI e XVII era estranhamente hospitaleira para com a loucura, classificada ao lado das irregularidades de conduta. Os loucos tinham uma existência errante. Se criassem problemas, as cidades os escorraçavam, sendo frequentemente confiados a barqueiros para que fossem levados para locais bem distantes e lá deixados. As cidades européias viam com freqüência incômoda as naus de loucos passarem por elas e eventualmente atracarem em seus portos e desembarcar sua estranha carga. A exclusão do louco se dava, desse modo, para fora da sociedade (FOUCAULT, 1995). O século XVII inventou a internação. O gesto de banimento abria espaços malditos aos quais se destinavam não apenas os loucos, mas também os degredados em geral, inclusive os acometidos por doenças venéreas, que desempenhavam o mesmo papel que a lepra na Idade Média. Desprovida de seu sentido místico, a loucura doravante só terá hospitalidade dentro dos muros do hospital, junto com os demais miseráveis (LEVCOVITZ, 1988; FOUCAULT, 1995).

Esse aprisionamento iria persistir até o trabalho de Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da Psiquiatria moderna. Pinel foi o primeiro alienista. Consolidou o conceito de alienação mental, elaborou a primeira classificação dos sintomas mentais, fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, propôs o isolamento do mundo exterior de modo a se extrair dos alienados a “alienação em seu estado puro” e introduziu o tratamento moral, o primeiro modelo terapêutico para a alienação. Seu zelo pela reforma social e elevação moral é influência do Iluminismo, segundo o qual o homem podia modelar seu

destino pela ação social baseada no conhecimento científico. Sua contribuição primordial foi mudar a atitude da sociedade em relação aos loucos, para que fossem considerados seres humanos merecedores de tratamento médico. Dizia ser impossível determinar se os sintomas dos pacientes deviam-se à doença mental ou às correntes que os prendiam. Como médico-chefe dos hospitais de Bicêtre em 1793 e, dois anos mais tarde, da Salpêtrière, libertou os pacientes de suas correntes e deu-lhes um tratamento digno. O tratamento baseava-se em confrontar a “desrazão” do louco com a razão do alienista e a ordem do espaço asilar, cuja organização e disciplina rígida eram elementos importantes do processo terapêutico (ALEXANDER e SELESNICK, 1968).

A desumanidade com que os doentes mentais eram tratados no internamento clássico devia-se a três fatores principais: o medo do louco, a ignorância quase completa da natureza da doença mental e a crença na sua incurabilidade. Nesse relacionamento desumano, a loucura não enunciava sua verdade moral. Tão logo lhe foi permitido aparecer, revelou-se um relacionamento humano em sua plenitude. Libertar o louco significa reconhecê-lo pelo que realmente é: um doente, não um possuído. O reconhecimento da doença mental envolve duplamente a civilização. Por um lado, ela concede a regularidade que permite medir o louco e, por outro, possui o saber que permite devolvê-lo à sua verdade. A loucura ganha então o estatuto de “doença mental”. A exclusão do agora doente mental passa a se dar pela inclusão do mesmo nos muros do hospício, onde a loucura continua a ser punida, ainda que inocentada fora dele (MACHADO *et al.*, 1978; FOUCAULT, 1995).

A Psiquiatria no Brasil

Não apenas a então nascente Psiquiatria, mas toda a Medicina da época foi bastante influenciada pelo pensamento iluminista, deixando profundas marcas no desenvolvimento da Medicina e da Psiquiatria no Brasil, que, nessa época, era ainda colônia de Portugal. No período colonial, não havia muitos médicos em nosso território. Os poucos que aqui se encontravam eram enviados pela metrópole, a pedido da população, ou seja, um personagem que faz parte da relação entre o Rei e seus súditos por seu papel na doença e na morte. Fora do ambiente hospitalar, a insalubridade era uma constante, sendo a população

freqüentemente vitimada de epidemias. A ação médica no Brasil-Colônia era, assim, descontínua, fragmentada e, principalmente, não preventiva. Nunca houve interesse por parte da coroa portuguesa em se permitir, no Brasil, a abertura de faculdades de Medicina. À medida que os habitantes da colônia teriam de ir para Coimbra estudar, mantinha-se o monopólio do saber que a metrópole exercia e impedia o nascimento de uma classe pensante autóctone (MACHADO *et al.*, 1978).

Essa situação mudou drasticamente a partir do século XIX, com a chegada da família real em 1808, trazendo consigo seu indefectível séquito de aristocratas e aumentando em um terço a população do Rio de Janeiro. A loucura passou a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado. Tornam-se necessárias mudanças sociais e econômicas e um eficiente controle social para que haja crescimento organizado das cidades e populações, cabendo à instituição médica a tarefa de reordenar o espaço urbano. O discurso médico propôs dispositivos de rastreamento, classificação e controle da população, emergindo daí um projeto que deu origem à Psiquiatria brasileira. Desse modo, a comunidade médica procura consolidar sua influência, organizando-se enquanto categoria profissional e transformando os antigos colégios médico-cirúrgicos do Rio, no Morro do Castelo, e de Salvador, no Terreiro de Jesus, nas primeiras faculdades de Medicina em nosso país (AMARANTE, 1994; RUSSO, 1993). Isso representa um momento onde a medicina como um todo inicia uma nova trajetória enquanto campo de conhecimento e prática social, totalmente distinta de seu papel até então, estabelecendo, pela primeira vez, uma causalidade entre saúde e sociedade. A esse processo denomina-se “medicalização social”, fruto da compreensão de que o perigo urbano demanda uma ação intensa e contínua, intervindo na sociedade (que, quando não está sob observação, é a principal causa de doença) mediante a criação de uma nova forma de poder capaz de controlar os indivíduos e torná-los produtivos e inofensivos simultaneamente (MACHADO *et al.*, 1978; COSTA, 1989).

Até meados do século XIX, no entanto, os alienados mentais não contavam, no Brasil, com um estabelecimento específico para o recolhimento que lhes propiciasse tratamento adequado, sendo encontrados em qualquer lugar, seja nas ruas, entregues à própria sorte, ou confinados em prisões, casas de correção, asilos de mendigos e mesmo

nos porões das Santas Casas de Misericórdia, entidades religiosas de cunho filantrópico a quem cabia a assistência aos doentes e desvalidos. Essa situação começou a mudar em 1852, com a inauguração do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, o marco institucional da assistência médica aos alienados no Brasil. Localizado na Praia Vermelha, à época um bairro afastado do centro da cidade, sua criação assinala o momento em que os doentes mentais começam a ser internados em instituições específicas, retirando da cena social os desviantes que incomodavam a sociedade (AMARANTE 1994; RESENDE, 1993). A promiscuidade entre o louco e os demais desviantes não era atributo do Brasil colonial, do Vice-Reinado ou do Primeiro Império. Era universal, e contra ela se gravou o artigo 24 da lei francesa de 1838, matriz de toda legislação mundial posterior sobre alienados: *Em caso algum os alienados poderão ser misturados com condenados ou indiciados, nem depositados numa prisão* (LOPES, 1965b).

O isolamento era peça fundamental no tratamento do doente mental, pois, na concepção médica de então, a família e seu meio social não só eram causadores de sua enfermidade como também a estimulavam. Por isso, sob o pretexto de propiciar-lhes calma, tranqüilidade e espaço, os hospícios encontravam-se sempre localizados em regiões pouco povoadas e de difícil acesso, bem distantes dos centros urbanos e recuando para áreas ainda mais remotas à medida que o crescimento das cidades os aproximava (LEVCOVITZ, 1988; RESENDE, 1993). O hospício, onde o louco era confinado e cuidado, consistia-se no local de reorganização do contato entre o doente e sua família. Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar constituíam os ideais da instituição psiquiátrica nascente. Dessa forma, ao contrário do que ocorria na Idade Média, a exclusão do louco passou a se dar dentro da própria comunidade (LEVCOVITZ, 1988; RESENDE, 1987; RUSSO, 1993).

O saber psiquiátrico brasileiro havia seguido, desde sua constituição, a escola francesa de Pinel, introduzida através dos textos de seu discípulo Esquirol. A partir do rompimento com essa tradição e a introdução, por Juliano Moreira, da escola alemã de Emil Kraepelin entre nós, as causas psicológicas e morais se incorporaram à etiologia orgânica da doença mental de acordo com as singularidades do Brasil. Os psiquiatras adquiriram o poder de classificar o que para o sistema disciplinar do século XIX era inclassificável. Surgido como categoria médica e portanto, sob seu controle, o conceito de anormalidade já

nasce com a tarefa de justificar em termos médicos as tentativas de submeter os desviantes às normas da sociedade. A história da Psiquiatria brasileira criou uma atmosfera psiquiátrica saturada de conotações ideológicas, muitas vezes negativas, que influenciou sobremaneira sua evolução e que não desapareceu por completo até o presente. Essa mesma atmosfera foi propícia ao desenvolvimento de conceitos surgidos no exterior os quais, ao serem trazidos para cá, encontraram terreno fértil para enraizarem, desenvolverem e frutificarem, sempre assumindo feições e contornos locais graças às particularidades geográficas, históricas e culturais do Brasil. Essa mistura de saberes é que passou a assegurar a validade científica do saber sobre a loucura no século XX. Juliano Moreira representa, assim, uma descontinuidade histórica na Psiquiatria brasileira. (PORTOCARRERO, 2002) e uma de suas contribuições foi estimular a implantação do modelo de colônias agrícolas criando dezenas delas por todo o país.

A idéia da colônia agrícola como local de tratamento e resgate do potencial terapêutico da instituição psiquiátrica tem suas bases na Idade Média. No século VI, uma princesa irlandesa de nome Dymfna, fugiu do assédio incestuoso de seu pai viúvo para a aldeia belga de Gheel. Encontrada, foi decapitada em praça pública devido à sua recusa em entregar-se ao Rei por sua forte devoção cristã. Ao assistir à cena, um alienado recobrou subitamente a razão. O Vaticano a canonizou, transformando-a na santa padroeira dos insanos e a aldeia, em lugar de peregrinação, para onde acorriam, na data de sua morte, centenas de alienados em busca de cura milagrosa. As famílias mais abastadas pagavam aos aldeões para que cuidassem de seus parentes em suas casas até a festa do ano seguinte. Um terço da população de Gheel era composto de alienados. Ao viverem e trabalharem com a população local, muitos deles de fato se recuperavam, sugerindo o potencial terapêutico do trabalho e da assistência hetero-familiar³ (AMARANTE, 2007).

O modelo de colônias agrícolas é um excelente exemplo de como as transformações ocorridas no final do século XIX no campo teórico da Psiquiatria se fizeram de igual modo

³ Assistência hetero-familiar significa a internação de doentes mentais em casas de famílias que não fossem as suas próprias, as quais seriam responsáveis pela continuidade do tratamento mantendo com devoção as instruções médicas. As famílias escolhidas deveriam ser harmoniosas e regradas, com rotinas e hábitos estáveis e regulares. A estratégia foi muito utilizada nas colônias agrícolas no Brasil e funcionaria como alta experimental, sendo aplicada primordialmente para pacientes considerados convalescentes incuráveis ou indigentes inofensivos (SANTA ROSA, 2003).

presentes na prática, refletidas na organização das instituições responsáveis pela assistência ao alienado. Marcou profundamente as ações psiquiátricas aqui desenvolvidas, especialmente após a República, indo ao encontro da prática psiquiátrica vigente e de encontro ao asilo tradicional.

A Reforma Psiquiátrica e as Colônias Agrícolas no Brasil

A primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil caracterizou-se pela implantação do modelo das colônias, por ser baseado no trabalho agrícola como principal forma de tratamento. Demandava a criação de amplos espaços para a instalação dos doentes, nos quais deveria haver grandes extensões de terras férteis onde eles pudessem trabalhar e produzir. O trabalho funcionava como o grande instrumento terapêutico nas colônias agrícolas, visando a resgatar a parte saudável dos internos, fundamental em sua recuperação. O trabalho no campo mantém uma ilusão de liberdade, completada pela possibilidade de passeios dominicais dos pacientes com seus familiares no terreno da colônia e arredores (MOREIRA, 1905). O isolamento a que os psiquiatras do século XX se referem não é mais uma célula prisão, com portas fechadas e janelas gradeadas, mas um local amplo e distante. A eliminação das medidas de força não refletia uma diminuição da repressão ao alienado, significando apenas um modo mais científico e sutil de exercê-la.

Com a Proclamação da República em 1889 e a nova ordem social dela decorrente, o Estado passou a assumir a tutela do louco, sendo introduzidas modificações expressando uma mudança de atitude em relação à doença mental. Os transtornos advindos do crescimento desordenado dos centros urbanos demandaram a criação de instrumentos capazes de levar a cabo a normalização da sociedade. Nessa época, a concepção da população como força de trabalho começava a tomar forma, força essa que não deveria ser perdida, mas classificada e assistida (PORTOCARRERO, 1988). A partir daí, em 1890, foram criadas as primeiras colônias agrícolas de alienados da América Latina, as colônias de São Bento, masculina, e Conde de Mesquita, feminina, ambas funcionando em terrenos de antigas senzalas na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, completamente inseridas no contexto histórico descrito acima (AMARANTE 1994).

As colônias da Ilha com o tempo, também ficaram pequenas. Isso levou seu diretor José Augusto Rodrigues Caldas, empossado em 1909, a lutar por sua remoção para um espaço maior, como grande amigo e colaborador de Juliano Moreira (este na posição de diretor da Assistência Médico-Legal aos alienados de 1903 a 1930 e ambos defensores do modelo). Este espaço viria a ser encontrado na Baixada de Jacarepaguá, cuja ocupação remonta ao apogeu da era do açúcar, no século XVII. Ali existiam diversos engenhos, chegando a região a ser conhecida como "Planície dos Onze Engenhos". O terreno pertencia à antiga Fazenda do Camorim, sendo desmembrado desta em 1653 para ser vendido aos irmãos Tomé e João Silva, que iniciaram a construção do engenho e da igreja Nossa Senhora dos Remédios, que deu nome a todo o engenho. Em 1715, os descendentes dos irmãos venderam a fazenda à família Teles Barreto de Meneses, a qual mudou o nome do terreno para Fazenda do Engenho Novo e erigiu construções que por sinal permanecem até o presente, como o aqueduto (idêntico ao da Lapa), o chafariz e a atual igreja (esta situada no mesmo local da primeira), todas tombadas pelo Patrimônio Histórico Nacional. (COSTA, 2003). Devido à sua extensão, qualidade de terras, clima e abundância de águas, esta fazenda seria o lugar ideal para o desenvolvimento da proposta de trabalho agrícola como forma de tratamento para os doentes mentais, a servir de modelo para outras que fossem criadas no Brasil.

A desapropriação das terras da Fazenda Engenho Novo pelo governo do Marechal Hermes da Fonseca se deu em 1912, tendo o Supremo Tribunal Federal dado como encerrada a pendência em torno do imóvel em dezembro de 1918. Com a liberação das obras, iniciou-se a construção de 15 edificações, além de refeitório, cozinha, lavanderia, farmácia, enfermarias, necrotério, laboratórios, casas para funcionários e reparada a igreja. O antigo casario da fazenda foi utilizado para sede da administração, constituindo-se no primeiro dos vários núcleos nos quais a colônia se subdivide, ao qual foi dado o nome de Núcleo Rodrigues Caldas. A inauguração oficial da nova colônia agrícola se deu em 1924, sob a denominação de Colônia de Psicopatas-Homens de Jacarepaguá, e destinava-se a receber os internos da Colônia de São Bento.⁴ A transferência dos pacientes foi feita por

⁴ Nesse meio tempo, foi criada a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro em 1911, para abrigar a colônia feminina Conde de Mesquita, a qual também sofreu modificações através das décadas, sendo parte integrante

mar e por terra, em carros de bois, sendo que os mais agitados foram mantidos acorrentados para não escaparem durante o trajeto. Recorreu-se a quatro repartições federais, Marinha, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e Saúde Pública, para possibilitar o transporte, que levou de dezembro de 1923 a março de 1924 (CALDAS, 1988). O primeiro diretor foi o próprio Rodrigues Caldas, que a dirigiu até 1926, sempre demonstrando grande entusiasmo pelo “... novo estabelecimento de Jacarepaguá afim de que venha a ser, desde já, o padrão de outras Colônias de Alienados que hajam de ser fundadas no Brazil.” Em sua homenagem, a estrada que dava acesso à fazenda, Estrada Velha do Rio Grande, foi denominada Estrada Rodrigues Caldas em 1932 e a colônia como um todo seria rebatizada como Colônia Juliano Moreira em 1935 e se tornaria um marco na história da Psiquiatria brasileira (CALDAS, 1988; ANDRADE, 1992; AMARANTE, 1994; COSTA, 2003).

A clientela da Colônia de Jacarepaguá compunha-se inicialmente de pacientes de sexo masculino, indigentes e crônicos. A cronicidade e a indigência sempre foram os dois fatores fundamentais que determinavam o encaminhamento. Dentre os critérios de encaminhamento, estavam prognóstico reservado ou incurabilidade, inexistência de recursos financeiros próprios ou de familiares e internação psiquiátrica prévia sem melhora ou alta. Relatórios do ano de 1925 estimavam que no Núcleo Rodrigues Caldas viviam 500 internos e 150 funcionários. Com o crescimento e expansão da cidade e a conseqüente transformação da Praia Vermelha em bairro residencial, o Hospital Nacional de Alienados começou a ser desativado em 1938 e seus internos foram transferidos para a colônia. Passando a receber também pacientes de sexo feminino e casos agudos, entre eles alcoólatras, perturbadores da ordem, perigosos, agitados permanentes e criminosos psicopatas, sua população experimentou um crescimento progressivo, chegando, com o passar dos anos, à superlotação.

Nem sempre a colônia de Jacarepaguá se apresentou como o macro-hospital que a caracteriza hoje. Até meados da década de 1930, existia somente um complexo pavilhonar, o Núcleo Rodrigues Caldas. Nesse momento, em decorrência das dificuldades em ampliar ou remodelar o Hospital Nacional da Praia Vermelha, ocorreu a primeira ampliação da

Colônia Juliano Moreira (CJM) com a construção de novos pavilhões e criação de grandes núcleos. O Franco da Rocha (1936) e o Teixeira Brandão (1940) destinavam-se a pacientes do sexo feminino. O Ulisses Viana (1938), a exemplo do Rodrigues Caldas, era para pacientes masculinos. Outras unidades construídas nessa época foram o Bloco Médico Cirúrgico Álvaro Ramos (1940), o Pavilhão de Tisiologia (1944), Pavilhão de Isolamento (1945), Pavilhão Feminino de Adolescentes (1956), posteriormente Pavilhão Ulisses Pernambucano, Pavilhão Sampaio Correa (1956), Pavilhão Agrícola (1957), originalmente destinado a atividades agropastoris, Pavilhão Mário Pinotti (1958), para a praxiterapia, e o Pavilhão Adib Jabour (1959), para adolescentes do sexo masculino. Estendendo-se por uma grande área física, a CJM era, assim, um conjunto hospitalar constituído por vários núcleos geograficamente afastados uns dos outros e relativamente independentes entre si, sendo os núcleos femininos propositalmente distanciados dos masculinos e todo o complexo, afastado do contato com o mundo exterior.

A CJM foi o maior representante do modelo de colônias agrícolas no Rio de Janeiro. No entanto, o resultado das colônias abertas foi o mesmo dos hospícios fechados: segregação e extermínio social. As colônias conviviam lado a lado com os antigos asilos, cumprindo a mesma função social de isolamento e perpetuação mórbida. Reformulou-se a aparência, mas não a essência. A despeito de surgir como alternativa ao hospital fechado tradicional, o modelo de colônias conservava o seu caráter custodial. Era unitário, centralizado, vertical e concentrado em termos de poder político, baseando-se na força da autoridade médica e excluindo do debate a parcela da sociedade civil que não dominava esse discurso. Por se inserir em um contexto asilar muito forte, a proposta fracassou. Ademais, com o aumento da população urbana assalariada, esta passou a fornecer à colônia a grande maioria de seus internos e, para esses indivíduos, a recuperação baseada em atividades agrícolas não era, evidentemente, a mais adequada (LEVCOVITZ, 1988). Com o crescimento urbano, novos bairros foram criados em sua proximidade e data de 1950 a primeira linha de ônibus ligando a colônia aos bairros próximos, marcando o fim do isolamento que sempre a havia caracterizado.

A criação do Ministério da Saúde (MS), pela Lei n.º 920, de 25 de julho de 1953, reorganizou a hierarquia das instituições psiquiátricas brasileiras. A Colônia Juliano

Moreira, juntamente com o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) e o Hospital Philippe Pinel, passaram para sua jurisdição. As três instituições sempre foram intrinsecamente ligadas por condições históricas e político-administrativas em comum, pois, em virtude do fato de o Rio de Janeiro haver sido a capital federal, muitos hospitais diretamente ligados ao MS assim se mantiveram, mesmo após a transferência da capital para Brasília. Esse vínculo direto se deu, a partir de 1970, através da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), criada em 22 de maio de 1970, pelo Decreto n.º 66.623. Os três hospitais (denominados em conjunto hospitais da DINSAM) eram unidades especializadas em saúde mental, tinham quadro pessoal de perfil semelhante e se destinavam à mesma clientela, a população indigente e não beneficiada pela previdência, diferenciando-se apenas quanto ao seu papel na assistência. O Pinel atendia às emergências, o CPPII destinava-se a internações de média permanência e a CJM recebia internações de longa permanência, eufemismo para permanência definitiva, da população de crônicos, ou seja, os que não apresentavam melhora após sucessivas internações nas outras unidades (GERALDES, 1990; ANDRADE, 1992).

Até esse momento, a população de internos da Colônia Juliano Moreira sempre fora ascendente. Entre os anos de 1950 e 1974, houve um aumento progressivo no número de internos da ordem de 40%, sendo que em 1967 a CJM já era o terceiro macro-hospital psiquiátrico mais populoso do país (4.923 pacientes), superado apenas pelo Hospital e Colônias de Juqueri em São Paulo (13.637 pacientes) e pela Colônia de Barbacena em Minas Gerais (5.103 pacientes). Naquele ano, a instituição já entrava em superlotação, com 1.223 pacientes dormindo no chão, segundo informações da própria direção. Na década de 1970, a curva populacional atingiu o ápice em 5.200 pacientes. A partir de 1974, com a proliferação das clínicas conveniadas (setor privado financiado pelo setor público) e o declínio nos investimentos na assistência pública à saúde, a CJM começou a ter seus pacientes que tinham direito a INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) transferidos para aqueles estabelecimentos, invertendo seu pico de crescimento e tendo uma queda progressiva no número de internos, paralelamente a uma desativação gradativa de suas unidades (ANDRADE, 1992).

Na década de 1980, iniciou-se um processo de transformação na CJM, caracterizado por uma radical democratização interna. Ele não surge isolado no tempo, mas inserido em um contexto de lutas por reformas no campo da Psiquiatria e Saúde Mental. Segundo a crença de que as instituições em geral são essencialmente opressoras daqueles a quem servem, no caso os internos, a transformação assumiu o aspecto de luta antiinstitucional, inspirado na Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia. A abertura da colônia à imprensa em 1980, com conseqüentes denúncias sobre a precariedade das condições de vida dos pacientes, levou à intervenção por parte do Ministério da Saúde e ao começo do processo de mudança.

A maior influência no ideário da democratização da colônia foi certamente exercida pelos novos médicos a ingressar na instituição a partir de 1981, os quais já se conheciam previamente por sua participação em atividades sindicalistas e no “Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental” (MTSM), movimento esse iniciado em 1978 quando da demissão coletiva, por razões políticas, de um grupo de médicos bolsistas da DINSAM. Esses profissionais egressos do MTSM compartilhavam, além de afinidades afetivas, formação teórica semelhante, voltada para a saúde pública e medicina social, e desferiam pesadas críticas à psiquiatria tradicional, denunciando maus tratos e arbitrariedades cometidas contra os doentes mentais nas instituições psiquiátricas, tidas como verdadeiras indústrias da loucura. Contestavam também o tratamento baseado no uso indiscriminado de medicação e eletroconvulsoterapia (ECT), buscando alternativas terapêuticas menos agressivas. Esse grupo conferiu um novo rumo à história da CJM, por iniciar o processo de transformação e democratização que nela teve lugar (LOUGON, 1987).

As transformações iniciaram-se com a suspensão do tratamento com eletrochoques. A ECT era um recurso terapêutico de uso bastante difundido nos hospitais psiquiátricos em geral, consistindo na aplicação de corrente elétrica por meio de eletrodos colocados na região temporal dos pacientes. A passagem da corrente provocava uma descarga neuronal acentuada, levando à perda de consciência e convulsões. Por sua vez, o uso dos eletrodos em outras partes do corpo, bem como de corrente elétrica de menor intensidade provocava apenas a sensação de dor, consistindo em prática punitiva freqüentemente utilizada, conhecida como “miudinho” (LOUGON, 1987).

Seguiu-se a abertura dos chamados “quartos-fortes”, celas individuais destinadas ao isolamento de pacientes agitados, contendo não mais que uma cama dobrável e uma latrina de cimento. Eram fechadas por portas gradeadas de ferro ou madeira espessa, com uma abertura para passar comida e água aos que nelas estivessem trancafiados. O ato de confinar, a exemplo do que ocorria com a ECT, funcionava, na prática, como uma medida disciplinar destinada aos pacientes agitados ou que, por alguma razão, transgredissem as regras de conduta, prescindindo muitas vezes de autorização médica para que fossem levados a cabo. O fim dos quartos-fortes e dos eletrochoques foi de grande significado simbólico, marcando o limite entre a colônia “velha”, autoritária e fechada, e a colônia “nova”, democrática e aberta (LOUGON, 1987).

A democratização da CJM prosseguiu, tendo sido criadas instâncias de discussão e deliberação coletivas, incluindo pacientes, profissionais e moradores, cuja participação na definição do perfil de assistência e gerenciamento tem se dado desde então. O processo atingiu até mesmo a própria equipe, com a diluição das identidades profissionais dos médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais que lá trabalhavam, englobados sob a categoria “técnicos” (de saúde mental).

A implantação de uma nova proposta terapêutica pela direção foi de impacto menos evidente que as medidas anteriormente citadas, mas de suma importância ao processo de transformação. As portas do hospital seriam fechadas a novas internações, o que, por impedir a admissão de novos pacientes, significa, em última análise, o fim da colônia com a morte de seu último interno, e com ela, um dos principais expoentes brasileiros de um modelo de assistência em saúde mental baseado no asilamento (LOUGON, 1987). A partir daí, a instituição deveria seguir novas diretrizes de funcionamento pelo tempo que restar de sua existência.

Em 1990, ocorreu a extinção do MPAS, tendo sido desmembrado e sua autarquia INAMPS, responsável por repassar os recursos do extinto ministério para os hospitais em co-gerenciamento, foi anexada pelo MS. Nesse mesmo ano, surgiu uma nova forma de financiamento do sistema, semelhante ao modelo adotado pelo governo federal para o setor privado, baseado na emissão de autorizações de internação hospitalar (AIHs). E ainda ocorreu a extinção da DINSAM, substituída pela Coordenadoria de Saúde Mental

(CORSAM). Seus hospitais passaram a vincular-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), subordinando-se às Secretarias Municipal ou Estadual de Saúde. No caso da CJM, ela foi municipalizada em 1996, recebendo a denominação de Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM), que permanece até o presente.

A instituição municipalizada guarda diversos resquícios de épocas anteriores quando se encontrava em pleno funcionamento. Até o início da década de 1970, além dos núcleos masculinos Rodrigues Caldas e Ulysses Viana, e dos femininos Franco da Rocha e Teixeira Brandão, a Colônia Juliano Moreira possuía outras unidades em funcionamento, estando as mesmas hoje desativadas ou transformadas. São elas: Pavilhão Masculino de Tisiologia (atual Hospital Municipal Jurandyr Manfredini); Núcleo Mário Pinotti, feminino, destinado a pacientes com direito ao INPS (em cujas instalações funciona hoje o Centro de Reabilitação e Integração Social, ou simplesmente CRIS); Pavilhão Agrícola, onde internos masculinos desenvolviam o cultivo de hortaliças e capim-crina para confecção de colchões (atualmente em franco processo de desativação, com seus internos sendo transferidos para o Núcleo Rodrigues Caldas); Bloco Médico (atual Hospital Municipal Álvaro Ramos); Núcleo Adib Jabour, destinado a crianças e adolescentes do sexo masculino (desativado, transformado em escola); Pavilhão Viana do Castelo, para fisioterapia (atual Centro Municipal de Reabilitação Viana do Castelo); Pavilhão Sampaio Correia, funcionando como pavilhão de geriatria feminino (desativado); Pavilhão Zaqueu Esmeraldino ou “Gaiola de Ouro”, antigo Pavilhão 1 do Núcleo Rodrigues Caldas, dotado de instalações melhores que os demais e destinado a pacientes de classe social mais elevada⁵ (desativado, em ruínas); Pavilhão Feminino de Tisiologia Nossa Senhora dos Remédios (desativado); Pavilhão Ulisses Pernambucano ou Faixa Azul, destinado a crianças e adolescentes do sexo feminino (desativado); Pavilhão Egas Munis ou Bloco Neuro-cirúrgico, destinado a neurocirurgias (desativado); Creche, destinada a filhos de pacientes (desativada); Pavilhão de Dermatologia (desativado). Estas últimas cinco unidades desativadas foram concedidas à comunidade ou ocupadas por invasores, servindo, assim, de moradia para várias famílias. A instituição IMASJM compreende atualmente os quatro núcleos originais da colônia (Rodrigues Caldas, Ulysses Viana, Franco da Rocha e Teixeira Brandão) e o CRIS, não

⁵ Como exemplos dos internos ilustres que ocuparam a “Gaiola de Ouro”, estão o maestro Ernesto Nazaré e o escritor Lima Barreto (LOUGON, 1987).

englobando os Hospitais Municipais Álvaro Ramos e Jurandyr Manfredini e nem o Centro Municipal de Reabilitação Viana do Castelo, a despeito de estarem localizados dentro de suas dependências. O processo de abertura dos antigos pavilhões se completou em 18 de setembro de 1990, quando o último pavilhão fechado da colônia, o pavilhão 11 do núcleo Ulisses Viana, foi abolido e seu portão permanece simbolicamente aberto até o presente (ANDRADE, 1992).

O IMAS Juliano Moreira constitui-se, assim, em parte integrante da história da assistência psiquiátrica no Brasil. Esta, por sua vez, é indissociável das políticas de saúde que o Estado aplica à população, as quais variam para cada momento histórico em função das conjunturas vigentes no período. Se durante o século XIX, a institucionalização das práticas terapêuticas fez com que o doente mental fosse retirado de seu meio social para ser internado e tratado em grandes asilos, na segunda metade do século XX, passamos a assistir ao movimento oposto. Em um esforço de desinstitucionalização, o doente mental deixa o hospital e retorna à sua comunidade, através da organização de novos sistemas de cuidado e serviços materializados em hospitais-dia, CAPs, centros de convivência, lares e pensões protegidas, cooperativas de pacientes entre outras. Essas soluções alternativas buscam uma atenção psicossocial integrada, o entrosamento entre variadas práticas e saberes profissionais e a promoção da cidadania do doente mental. Para tanto foi necessário redefinir-se os termos saúde, doença mental, sujeito, cidadania, indivíduo, sociedade, direitos e deveres do Estado, prevenção e cura. No século XX, assistimos, então, a política pública de saúde transitar da simples assistência médica ao direito à saúde. A história dessa instituição e de suas interações com as políticas de saúde constitui-se, portanto, em um excelente espelho dessas transformações, ponto de partida para lançar um olhar sobre os novos rumos da assistência psiquiátrica no século XXI.

A singularidade do IMASJM, todavia, vai muito além do que pode captar o olhar psiquiátrico e mesmo o da Saúde Mental, campo mais abrangente e heterogêneo por natureza. Ela reside na questão do envelhecimento de sua clientela. No ano de 1990, a população de internos era de 1.626 pacientes e atualmente a instituição abriga cerca de seiscentos pacientes, com idade média de 66 anos. A maior parte deles padece de transtornos mentais graves e persistentes, tendo vivido boa parte de suas vidas ali ou sido

para lá transferidos, oriundos de outros hospitais psiquiátricos, mas sempre sob a chancela da internação psiquiátrica de longa permanência. Uma vez que as internações novas foram proibidas no esteio das transformações atravessadas no decorrer da Reforma Psiquiátrica, a média de tempo de internação de sua população de pacientes é de 40 anos. Os pacientes que lá se encontram são o reflexo das políticas de saúde passadas das quais foram sujeitos e suas vidas são conseqüência direta e indissociáveis destas, pois foram quase todas vividas sob sua influência. A história da Psiquiatria brasileira passa por eles e conhecer suas vidas é conhecer um pouco dessa história.

A Reforma Psiquiátrica e Sua Relação com as Políticas de Saúde

A idéia de se criarem alternativas ao asilo ganhou força com um movimento iniciado nos Estados Unidos a partir da publicação em março de 1908 do livro “A Mind That Found Itself” (Um Espírito Que Se Achou a Si Mesmo), relatando a triste experiência como doente mental de Clifford Whittingham Beers, um jovem americano que, após sofrer um colapso nervoso, passou os três anos seguintes por diversas internações em hospícios tradicionais daquele país. Durante esse período, prometera que, ao receber alta, passaria sua vida a lutar por uma assistência mais humana aos doentes mentais. O livro causou grande comoção na sociedade americana, sendo seu autor convidado a chefiar uma comissão visando à reestruturação da assistência psiquiátrica. Criticando o modelo asilar, estabeleceu a importância da profilaxia da doença mental mediante atuação na comunidade onde ela se origina. O livro marca o início do movimento de Higiene Mental, o qual viria a influenciar profundamente a assistência psiquiátrica em todo o mundo, inclusive no Brasil⁶ (BEERS, 1958; LEVCOVITZ, 1988). No esteio desse movimento, criaram-se os ambulatórios de saúde mental, responsáveis pela prevenção primária das doenças mentais, contando com grande aceitação por parte dos psiquiatras, entre eles Rodrigues Caldas, que recomendava

⁶ A título de informação, o Brasil passou a contar, em tempos recentes, com um exemplo semelhante: o de Austregésilo Carrano, um jovem de São Paulo que relata sua experiência traumática de institucionalização psiquiátrica em seu livro “O Canto dos Malditos”, o qual serviu de base para o roteiro do filme “Bicho de Sete Cabeças” (2000), de Laís Bodanzky. O autor é, hoje em dia, participante ativo do movimento em prol da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização da assistência.

“sua fundação em todos os hospitaes afim de fazer-se a educação do povo para prevenção das moléstias por meio da diffusão dos conhecimentos de hygiene (...) diagnostico e tratamento precoces”(CALDAS, 1988).

O modelo psiquiátrico tradicional, organicista e centrado na figura do médico, já não tem a hegemonia absoluta, cedendo lugar a novas formas de abordagem conhecidas como alternativas. Freud subverte a noção tradicional da loucura ao afirmar que o delírio é uma forma de dar sentido a uma experiência psíquica. Não há o que ser corrigido ou abolido, e sim o que ser escutado, recuperado, construído. Com Pinel, pensamos que todos os loucos fossem iguais. Aquele que perdesse a razão deveria ser ajudado a recuperá-la. Com Freud, aprendemos a ver que somos todos diferentes e o tratamento não pressupõe abolir a diferença, mas mitigar o sofrimento dela decorrente (CORBISIER, 1992). O papel da saúde mental é proporcionar às pessoas com transtornos mentais a possibilidade de lidar melhor com doenças físicas e a dor, minimizar as perdas funcionais e estimular a manutenção de vínculos e relacionamentos com outras pessoas. Em suma, aumentar o interesse pelo mundo exterior em todos os aspectos (AMENDOEIRA, 2000).

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica se constitui em um processo histórico de crítica e prática cujos objetivos e estratégias são o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo asilar clássico, a desinstitucionalização e a possibilidade de uma clínica psiquiátrica bem feita. O asilo é o abandono da terapêutica e a reforma, ao apontar para as conseqüências desse abandono, propõe a comunidade como o local mais adequado ao cuidado com o paciente psiquiátrico, indicando a diversidade de olhares e práticas a serem implantadas visando ao sucesso da proposta (AQUINO, 2006).

Essas mudanças refletem um processo iniciado na década de 1950 nos países desenvolvidos, denominado “desinstitucionalização da assistência psiquiátrica”, um movimento em prol da diminuição das internações e tratamento dos pacientes fora do asilo. Após a Segunda Guerra Mundial, a partir da maior tolerância para com as diferenças e minorias conseqüente ao grande desenvolvimento dos direitos humanos e liberdades civis, começaram as críticas quanto à eficácia do asilo enquanto proposta terapêutica, devido às condições subumanas dos hospitais psiquiátricos. A descoberta dos neurolépticos, o argumento do baixo custo da assistência feita na comunidade e a difusão da Psicanálise

contribuíram para o surgimento de diversos movimentos em todo o mundo visando à modificação da assistência psiquiátrica e a desinstitucionalização do louco, como a Anti-Psiquiatria de Laing e a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia. No Brasil, no entanto, esse movimento tardaria a chegar. O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão da Reforma Sanitária nos anos 1970, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (HAFNER e HEIDEN, 1989; CAVALCANTI, 1992; MORGADO e LIMA, 1994; DESVIAT, 1999; LIMA, 1999).

A organização dos serviços, do fluxo da demanda e o acompanhamento dos casos são fundamentais na manutenção dos pacientes fora do asilo. Do contrário, eles se perdem em redes de atendimentos mal estruturados e insuficientes, fazendo com que casos simples, que poderiam ser resolvidos mediante encaminhamento adequado ao especialista acabem se agravando e sendo atendidos nas emergências de hospitais psiquiátricos e dali internados na rede hospitalar (LIMA, 1999). A desinstitucionalização baseada na simples extinção da internação psiquiátrica não melhora a questão do adoecer psíquico. Se as instituições acentuam a tendência para a cronificação, a ausência de assistência alternativa não oferece melhores resultados (GOLDSTEIN, 2001). Não se trata apenas de criar uma rede de serviços, cuidados e acomodações e sim uma preparação adequada dos pacientes, dispendiosa e longa, que lhes permita viver fora do asilo (DESVIAT, 1999).

Nesse ponto, é preciso recordar a experiência de outros países que nos precederam na reforma psiquiátrica. Nos Estados Unidos, o processo de desinstitucionalização acabou por levar milhares de doentes mentais para as ruas. A reforma foi feita sem o planejamento adequado e sem suporte de tratamento comunitário ou hospitalar, para os poucos casos onde a internação era necessária. Não houve um número adequado de serviços residenciais supervisionados e nem um sistema de seguimento bem estruturado (CAVALCANTI *et al.*, 2001). Os doentes crônicos sofreram com a ingenuidade dos profissionais, os quais, superestimando os malefícios das internações longas nos hospitais estatais, não perceberam a importância do papel social que elas cumpriam para os doentes ao lhes fornecerem

alimentação, moradia e um meio de vida. Supôs-se que, com a reforma, a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício. Ao contrário, surgiu uma nova população de crônicos⁷. A grande maioria dos chamados “novos crônicos” é composta de adultos jovens, a primeira geração de pacientes que não conheceu a institucionalização. Com as portas dos asilos fechadas para internações de longa permanência, vão se acumulando em hospitais de curta permanência, ambulatorios, CAPs e demais serviços existentes destinados à sua assistência. As doenças mentais são o expoente máximo de um modelo de assistência custodial. As novas instituições não aboliram a cronicidade, apenas o asilo. Terminaram por produzir uma nova cronicidade, a das estruturas alternativas (DESVIAT, 1999; CAVALCANTI *et al.*, 2001).

Quando planejada dentro de um sistema de saúde mental dotado de recursos adequados, a desinstitucionalização mostra-se com bastante efetividade clínica. A experiência australiana nesse aspecto tem demonstrado resultados bastante favoráveis. Iniciada na década de 1960, a reforma retirou dos asilos 82% da população institucionalizada naquele país. Experiências mais recentes demonstram que pacientes desinstitucionalizados demonstram significativa melhora em sua qualidade de vida, permanecendo estáveis por mais tempo com menos medicação, desde que apoiados por um eficiente sistema de apoio social, demonstrando que essa forma de tratamento, duas vezes mais barata que o cuidado hospitalar, pode ter bastante êxito mediante um planejamento adequado (HOBBS *et al.*, 2000; LAPSLEY *et al.*, 2000; HOBBS *et al.*, 2002).

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu em plena ditadura militar e se desenvolveu no esteio da luta pela redemocratização do país na segunda metade da década de 1970. Trata-se de um processo histórico impulsionado por circunstâncias próprias do Brasil, tendo amadurecido de acordo com as exigências concretas por ele enfrentadas e as soluções particulares assim criadas, sem a importação colonizada de modelos. Mantém relação com algumas iniciativas de transformação da Psiquiatria vividas na Europa e nos Estados Unidos desde o final da Segunda Guerra Mundial, como a psicoterapia institucional francesa, as comunidades terapêuticas inglesas e principalmente a

⁷ Um paciente com transtorno mental crônico padece de uma doença cujo curso se prolonga no tempo e afeta sua qualidade de vida, limitando suas capacidades e acabando por torná-lo dependente de atendimento sanitário e social (DESVIAT, 1999).

Psiquiatria Democrática Italiana (TENÓRIO, 2001). A experiência brasileira de transformação da assistência psiquiátrica, inovadora em suas soluções, construindo caminhos próprios, solidificando-se e disseminando-se por todo o país, tem sua importância reconhecida pelas agências oficiais de saúde e por importantes autores internacionais (ROTELLI, 1990; DESVIAT, 1994; PEREIRA, 1997).

Dotada de uma história própria, diretamente ligada à do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a Reforma Psiquiátrica brasileira percorreu um longo trajeto junto à reformulação das políticas públicas de saúde, considerando a integralidade como princípio de valores éticos, os quais constituem as bases para a reorientação da assistência psiquiátrica e constroem as práticas de desinstitucionalização como pensamento fundamental para a reversão do modelo assistencial hospitalocêntrico cujos pilares eram medicalização e internação. O poder centralizador do hospital psiquiátrico e o elevado índice de internações passaram a ser consideradas as causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes (LOUGON, 1987; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; SANTA ROSA, 2003; FERREIRA, 2007).

A crise desse modelo assistencial associada à eclosão dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos constitui-se na base onde se assenta o processo da Reforma, cujo marco é tido como o ano de 1978 a partir da demissão coletiva, por razões políticas, de um grupo de médicos de formação teórica semelhante, voltada para a saúde pública e medicina social. A seu lado estavam associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, o cerne do MTSM. Eles desferiam pesadas críticas à Psiquiatria tradicional e seu arsenal terapêutico, baseado em uso indiscriminado de medicação, eletroconvulsoterapia e confinamento nos chamados “quartos-fortes”, denunciando arbitrariedades e maus tratos cometidos contra os pacientes nas instituições, consideradas por eles como indústrias da loucura. Constituiu-se através do MTSM, um espaço de luta, debate e formulação de propostas para a transformação da situação precária em que se encontrava a assistência psiquiátrica, espaço esse aberto não apenas aos médicos, mas aos integrantes de vários setores da sociedade. Assim a Reforma Psiquiátrica já nasceu multidisciplinar (AMARANTE, 1995; PEREIRA, 1997).

Os anos 1980 marcaram a chegada ao poder dos protagonistas do movimento sanitário na gestão efetiva dos serviços e políticas públicas. As iniciativas basearam-se na racionalização, humanização e moralização do asilo e na criação de ambulatórios como alternativa à internação, bem como em críticas ao modelo de financiamento do sistema, baseado em internação asilar e privatização da assistência sob a forma de clínicas e hospitais “conveniados”, que mantêm a clientela pública mediante remuneração do Estado (INPS, INAMPS ou SUS, de acordo com a época). Nessa década, houve ainda três processos importantes a consolidar os rumos da Reforma. Primeiramente a incorporação de novos protagonistas, a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, ambos em 1987, os quais ao instituírem o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, abrangeram com a sua luta não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura e a própria sociedade.

Em seguida, a iniciativa de reforma legislativa, através do Projeto de Lei nº 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado. Apresentado em 1989, propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a progressiva extinção dos manicômios ao impedir a contratação de leitos psiquiátricos pelo poder público e a construção de novos estabelecimentos, direcionando os recursos públicos à criação de serviços substitutivos.

Por fim, o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental. Dentre tais experiências, destacam-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na cidade de São Paulo em 1987, e o início de um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico de Santos (SP), a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. Tal intervenção demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva aos pacientes egressos do hospital, pois foram criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) funcionando 24 horas, cooperativas e residências. A experiência de Santos constituiu-se na primeira demonstração de repercussão nacional de que a Reforma Psiquiátrica era mais do que uma abstração teórica e conceitual, mas acima de tudo uma meta passível de ser atingida (TENÓRIO, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A década de 1990 foi marcada pelos movimentos sociais inspirados na repercussão do Projeto Paulo Delgado e pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela II Conferência Nacional de Saúde Mental. O conjunto de normas e diretrizes responsáveis pela definição dos novos procedimentos em saúde mental no âmbito do SUS, tanto para reorientar o financiamento para a área (Portaria nº 189/1991) quanto para regulamentar a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial (Portaria nº 224/1992), criou condições para reverter alguns dos fatores condicionantes do curso das internações em psiquiatria ao caminhar para uma maior resolutividade da assistência extra-hospitalar. A Portaria nº 224/1992 foi responsável pela implantação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), originalmente considerados unidades de saúde locais, regionalizadas, com capacidade para oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, pela normatização dos hospitais-dia, voltados para o cuidado intensivo, também intermediário, e por estimular a criação de leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais. No corpo dessas ações, incluiu-se a regulamentação do funcionamento dos hospitais psiquiátricos e a importante definição das equipes de controle e avaliação sob responsabilidade dos gestores locais (ALBUQUERQUE, 2006). As normas, no entanto, não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos e não garantiam uma linha específica de financiamento para as novas modalidades de assistência, cuja expansão, em vista disso, se deu de modo descontínuo. No final desse período, 93% dos recursos do Ministério da Saúde destinavam-se a rede hospitalar e o número de CAPS era francamente insuficiente para atender a demanda (TENÓRIO, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). E no ano 2000, foram publicadas as Portarias Ministeriais 106/2000 e 1220/2000, responsáveis respectivamente pela criação e regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) como substitutos dos leitos destinados a internações de longa permanência.

Nosso século está presenciando os efeitos diretos e indiretos das políticas lançadas nas décadas anteriores. A começar pela aprovação, em 6 de abril de 2001, do projeto 3.657/89 sob a forma da Lei 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado), após doze anos de difícil tramitação e alterações no texto original. A lei dispõe sobre a proteção dos direitos humanos e da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como

redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Sua principal diferença com relação ao projeto é que não dispõe de mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Mesmo assim, sua importância é incontestável, pois consolidou a Reforma Psiquiátrica no país por ser o ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo levado a cabo pelo Executivo por meio das portarias anteriormente mencionadas (TENÓRIO, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A importância da Lei Paulo Delgado baseia-se em quatro pontos. Detém a expansão dos leitos manicomiais financiados por verbas públicas, redireciona os recursos humanos e financeiros para dispositivos assistenciais não manicomiais, promove o apoio social aos pacientes com recursos do SUS e torna obrigatória a comunicação oficial de internações feitas contra a vontade do paciente. Apresenta, entretanto, alguns pontos fracos. Não institui um modelo terapêutico, não desaparece com as internações, deixa intactas questões importantes, como a garantia dos direitos dos milhares de brasileiros em internações de longa permanência ou a reformulação dos currículos universitários e tampouco advoga a ressocialização compulsória da população asilar. Apenas põe uma pedra no processo de reprodução do sistema, abrindo espaço para experiências mais bem sucedidas, e oferece, pela primeira vez, um instrumento legal de defesa dos direitos civis dos pacientes. Por outro lado, ao propor a extinção dos asilos, mas não das internações, a lei não esclarece o destino dos indivíduos com transtornos mentais. A empreitada da Reforma é, assim, um desafio complexo, especialmente em um país como o Brasil, onde a inclusão não tem sido a marca predominante das políticas públicas (BEZERRA Jr., 1992a; DELGADO, 2002).

No texto da Lei nº 10216/2001, seu Artigo 5º recomenda que a população internada por longo tempo ou com grave dependência institucional seja objeto de alta planejada e política específica de reabilitação psicossocial. Para tanto, seria preciso viabilizar e tornar sustentável projetos destinados à retomada da cidadania em alguns de seus principais cenários. No âmbito municipal, dois dispositivos legais se mostraram fundamentais para a execução das propostas mencionadas na lei. O Decreto-Lei nº 21.841 de 1º de agosto de 2002 incluiu no programa Rio-Dignidade os pacientes institucionalizados em internação de longa permanência e sem referência familiar, os quais passaram a receber uma bolsa-apoio com vistas à sua ressocialização. E a Lei nº 3.400 de 17 de maio de 2002 criou a Bolsa

Incentivo para Assistência, Acompanhamento e Integração fora da unidade hospitalar, no valor de dois salários-mínimos para pacientes que retornarem a suas famílias (ou a uma família acolhedora) e de um salário-mínimo àqueles que vão para os SRT. Para a concessão da bolsa, os pacientes, com mais de três anos de internação, devem estar de acordo com a alta e em boas condições clínicas, sendo necessário que as famílias ou responsáveis legais se incorporem ao Programa de Assistência Extra-hospitalar ou que o paciente esteja vinculado a um CAPS. A lei prevê que para cada lote de dez bolsas concedidas, haverá uma redução em dez leitos de internação psiquiátrica. Desse modo, os gastos com a assistência psiquiátrica hospitalar diminuirão na mesma proporção do percentual investido nesse programa (SANTA ROSA, 2003).

Na esfera federal, foi criada a Lei nº 10.708/2003 instituindo auxílio pecuniário (no valor de R\$ 240,00 ou cerca de US\$ 110,00) e apoio jurídico para egressos de internações por um período igual ou superior a dois anos ininterruptos, sendo parte integrante de um programa de ressocialização denominado “De Volta Para Casa”. Esse programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Amplia a rede de relações dos usuários, assegurando seu bem-estar global e estimula o exercício pleno da cidadania, por prever o pagamento do auxílio diretamente ao usuário mediante convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal. Outros órgãos parceiros no programa são o Ministério Público Federal e a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, fundamentais para restituir aos usuários o direito de identificação, pois muitos carecem de documentação pessoal mínima para seu cadastramento, fruto de décadas de exclusão e isolamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; 2005).

A Portaria GM nº 251/2002 criou o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), responsável pela avaliação anual de hospitais psiquiátricos e de hospitais gerais com leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e qualidade do atendimento prestado visando à diminuição progressiva e planejada do número de leitos. Os critérios para essa redução foram instituídos pelas Portarias GM 52/2004 e GM 53/2004, as quais, respectivamente, instituíram o Programa Anual de Reestruturação da Assistência

Psiquiátrica Hospitalar e estabelecem os novos procedimentos na tabela do SIH/SUS para o financiamento. Dessa forma, recebem incentivos financeiros através de valores novos e diferenciados de diárias hospitalares aqueles hospitais que efetivam a redução de leitos reduzindo seu porte e qualificam o atendimento prestado, conforme os critérios do PNASH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; 2005).

É importante ressaltar que a diminuição de leitos psiquiátricos como alternativa à internação de longa permanência é fruto de um processo iniciado nos anos 1980 quando já se discutia sua substituição por “instâncias assistenciais diversificadas”. Nessa direção, foram propostos dispositivos substitutivos dos manicômios, tais como os Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), os Clubes de Convivência e de Lazer Assistidos, as Cooperativas de Trabalho Protegido e as Oficinas de Geração de Renda. A estratégia implícita partia do reconhecimento de que as velhas instituições psiquiátricas são anacrônicas não só do ponto de vista assistencial, mas também gerencial, pois era de conhecimento público que os indicadores de outros países demonstravam que uma assistência de base comunitária, de melhor efetividade e qualidade, e que gera maior satisfação da clientela, podia ser até mesmo um pouco mais barata que a asilar. Naquele ano, o Ministério da Saúde pagava uma média de R\$ 800,00 mensais para custear uma internação psiquiátrica convencional. Dados de programas-piloto no Brasil nos permitiam concluir também que, com esses mesmos recursos, seria possível custear uma assistência de qualidade na comunidade e permitir, portanto, a inclusão do auxílio de R\$ 240,00 e o financiamento dos demais cuidados de atenção contínua, por meio de serviços residenciais e dos CAPS (VASCONCELOS, 2006). Foi em tal contexto que as residências terapêuticas começaram a mostrar-se como alternativa necessária e estratégica para o processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Entretanto só se tornaram dispositivo formal da rede pública de atenção em saúde mental no ano 2000, quando foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde.

Novos Rumos da Reforma Psiquiátrica: As Residências Terapêuticas

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são assim denominados pela Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, e pela portaria GM/MS nº 1.220, de 7 de

novembro de 2000, mas são também conhecidos por dispositivos residenciais terapêuticos, residências terapêuticas, lares abrigados, moradias assistidas, moradias protegidas e pensões protegidas. Eles surgem no contexto da Reforma Psiquiátrica como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. O registro das experiências consolidadas e pesquisas realizadas em vários países (Estados Unidos, Inglaterra, França, Itália, Suíça, Austrália e, recentemente, Brasil) revela resultados globais positivos na implementação de dispositivos de integração comunitária como os serviços residenciais, indicando melhora evidente da qualidade de vida e do nível de satisfação da clientela. Experiências de outros países na implantação de residências, como Itália, Inglaterra, Canadá e Espanha, influenciaram, de maneira mais ou menos direta, as iniciativas brasileiras, embora possamos afirmar que as estruturas e os processos nacionais foram decisivos na conformação final de nossas ações nessa área, conferindo especificidade e identidade aos nossos próprios serviços residenciais (LOBO, 2004; DELGADO, 2006; ALBUQUERQUE, 2006).

O histórico da implantação das residências terapêuticas brasileiras inicia-se anteriormente a elaboração de uma legislação específica. É no início dos anos 90 que surgem as primeiras experiências de estruturas residenciais extra-hospitalares. Essas estruturas tinham como função, não apenas a reinserção dos internos de longa data no espaço urbano e na comunidade, como também demonstrar empiricamente a viabilidade da substituição de leitos hospitalares por residências no espaço comunitário. As primeiras experiências foram: “Projeto Vila Terapêutica”, implantado em 1987 na área hospitalar e, em 1992, em bairros residenciais, na cidade de Ribeirão Preto; “Pensão Protegida Nova Vida”, desenvolvido em Porto Alegre, em 1990. Alguns hospitais públicos (por exemplo, em Casa Branca e Santa Rita do Passa Quatro, São Paulo, e Barbacena, Minas Gerais) criaram espaços habitacionais semi-autônomos para seus pacientes-moradores a partir do final dos anos 1980, utilizando o nome moradias ou lares abrigados para designá-los. Até hoje, existe uma precária concordância quanto à precisão dos termos “lares abrigados” ou “protegidos” (que seriam projetos de moradia ainda no interior de antigos asilos), “pensões protegidas” (um antecedente, em geral da iniciativa privada) e residências terapêuticas. No Rio de Janeiro em 1997, surgiu o primeiro Lar Abrigado vinculado ao Instituto Philippe

Pinel. Tais iniciativas repercutiram positivamente na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992 e geraram subsídios importantes para que viessem a ser incorporada como política do SUS, a partir da publicação da Portaria nº 106/2000 (LOBO, 2004; DELGADO, 2006; FURTADO, 2006a e 2006b).

Nesta portaria foram tratados aspectos relacionados às estratégias para a reinserção social dos ex-internos, bem como ao funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos, cabendo então à Portaria 1220/2000 regulamentar a forma pela qual os procedimentos desenvolvidos nesta nova modalidade assistencial passariam a ser cadastrados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, garantindo assim seu financiamento. A Portaria 106/2000, em seu artigo primeiro, define o novo dispositivo como *“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”*. Seus objetivos centrais, tratados no artigo 4º, são definidos como a construção progressiva da autonomia do usuário nas atividades da vida cotidiana e a ampliação da inserção social e a construção, junto ao usuário, de 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. Em setembro de 2004, foi assinada a Portaria GM 2068/2004, que institui incentivo de R\$10.000,00 para a implantação de SRT (LOBO, 2004; FURTADO, 2006a e 2006b).

Até sua regulamentação, com o nome de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), em 2000, os dados sobre as residências não são muito precisos. A norma de 2000 (Portaria 106) foi útil para: a) fixar o termo “serviço residencial terapêutico”, incluindo as residências na rede formal de atenção do SUS; b) definir que são moradias inseridas na comunidade e “fora dos limites das unidades hospitalares”; c) enfatizar sua função estratégica de “modalidade substitutiva da internação psiquiátrica prolongada”, destinada a “egressos de longas internações”; e d) ressaltar, embora com ressalva, sua natureza “exclusivamente pública” (Portaria 106/2000). A Portaria também estabeleceu limites para o porte dos serviços (até oito moradores), valendo-se da experiência internacional, e

estabeleceu a função dos cuidadores, além de vincular diretamente a implantação das residências à redução equivalente de leitos hospitalares.

O I Congresso Brasileiro de Residências Terapêuticas, realizado em Paracambi, em 2004, recomendou a articulação dos SRT aos CAPS. Diante disso, em muitos municípios, a escolha da casa que servirá ao projeto tem de levar em conta sua proximidade com o CAPS de modo a facilitar tal articulação. Apoiar e supervisionar o trabalho das residências, preservando sua autonomia e respeitando sua característica de moradia, casa, lar, e não simplesmente de espaço terapêutico, é competência dos CAPS como ordenadores da demanda e da rede de atenção psicossocial em seu território.

Uma situação diferente é manifestada pelos pacientes considerados de muito baixa autonomia, seja pela grande dependência a que foram submetidos durante a vida asilar, seja pela gravidade do quadro psiquiátrico, especialmente da sintomatologia deficitária, ou por importante comprometimento físico. Para estes, tem sido discutida a organização de módulos residenciais ditos “de cuidados intensivos”, em que à equipe – ampliada – de cuidadores poderiam juntar-se outros profissionais (principalmente para cuidados específicos de enfermagem). A proposta que tem sido discutida nas instâncias de gestão e de debate da Reforma Psiquiátrica aponta no sentido de uma revisão das normas (Portarias 106 e 1220), estabelecendo-se duas configurações de serviços residenciais terapêuticos, I e II, em que o segundo seria considerado como serviço “de cuidados intensivos”. Os SRT do tipo II seriam necessários somente nas experiências mais desenvolvidas, as quais já retiraram os usuários mais autônomos e agora se deparam com situações especiais, que requerem acompanhamento diuturno por questões físicas ou por restrições do grau de autonomia apresentado pelos futuros egressos. A essa proposta costuma contrapor-se o argumento de que os pacientes que necessitam de maior cuidado poderiam viver nas residências comuns, ampliando-se a equipe de cuidadores e fazendo apelo à solidariedade dos demais moradores para apoiar os mais necessitados. O apelo à solidariedade constituiu-se assim em uma das principais fontes de energia para a superação dos manicômios (DELGADO, 2006).

O debate é relevante, tendo em vista a gravidade dos quadros de dependência e a evidente vantagem da inserção dos usuários em um novo ambiente de vida, extra-

hospitalar, mesmo que mais protegido. As experiências com a desinstitucionalização de crianças e jovens adultos com quadros graves de deficiências múltiplas, por meio de moradias com equipes terapêuticas grandes e atividades de cuidado mais intensivas, apesar de sua complexidade, têm se revelado extremamente positivas, com aumento real e visível da qualidade de vida e melhora do quadro clínico dos moradores. Na prática, essa situação já ocorre e contribui para diminuir os riscos da estigmatização dos moradores mais dependentes. As duas posições, ambas defensáveis e relevantes, estão colocadas e seu debate entre gestores e trabalhadores da Reforma já gerou um relatório provisório no qual se propôs a revisão da portaria 106.

Em 2008 existem cerca de 490 serviços residenciais terapêuticos em funcionamento no Brasil, abrigando aproximadamente 2600 usuários em acompanhamento na rede extra-hospitalar. Além disso, contabiliza-se em quase 3000 o número de usuários beneficiados pelo programa De Volta Para Casa. Paralelamente, existem 1181 CAPS cadastrados, distribuídos em todas as regiões do país e não apenas no Sul e Sudeste (ALBUQUERQUE e SILVA FILHO, 2008) Evidentemente há mais CAPS que SRT, mas deveria ser o contrário a se considerar as recomendações descritas acima. Não apenas o número de ambos deveria ser maior, como também a proporção entre eles, com um grande número de CAPS em funcionamento e uma quantidade ainda maior de SRT a eles relacionados.

A implantação destes ainda enfrenta dificuldades e muitas resistências por parte dos gestores, alegando serem muito dispendiosas, contribuir para a perpetuação da condição de dependente e suscitar resistência da vizinhança. Uma maior compreensão da sociedade aumenta sua permeabilidade e o apoio às iniciativas. Com relação ao cargo do gestor (secretário municipal), pairam questões relacionadas à sua baixa implicação com a questão dos egressos, ao rodízio de seus ocupantes e à baixa interação entre ele e os trabalhadores de saúde mental. Além disso, levantou-se a hipótese de que os SRT podem ser vistos literalmente como serviços 24h, levando o gestor a evitar sua implantação em razão da responsabilização ininterrupta que um dispositivo dessa natureza implica. Ainda em relação à gestão, aventou-se a incompatibilidade entre o modo de gestão dos serviços públicos (frequentemente burocrático) e as peculiaridades inerentes ao acompanhamento de uma residência. A falta de uma rede de saúde mental suficientemente instalada para

acompanhar os egressos nos SRT também foi apontada como entrave, pois eles precisam ser inseridos em diferentes equipamentos sociais (FURTADO, 2006a e 2006b).

Tomando como base o que foi exposto até aqui, pode-se afirmar que as questões agrupadas sob a categoria gestão e financiamento se resumem em quatro pontos: a) baixo envolvimento do gestor local do SUS; b) redes ainda inexistentes ou incipientes; c) incompatibilidade entre a gestão de outros serviços e das residências terapêuticas; e d) falta de garantia de acesso e utilização de recursos já existentes por problema na realocação de AIHs ou por falta de autorização orçamentária para a execução de SRT. Um aspecto positivo a se destacar é que os maiores problemas apontados na categoria *clientela* não são identificados pelos profissionais ao lado das eventuais limitações de diferentes ordens dos pacientes, ou seja, o fator dificultador da implantação de SRT com relação à clientela é o receio dos internos em deixar o hospital. Isso é particularmente importante ao lidarmos com uma população de internos em grande parte idosa, cujas redes sociais de apoio são muito fracas ou não existem, ponto onde a Gerontologia se encaixa, entrando com seu olhar e sua contribuição às questões levantadas pelas características específicas da clientela idosa para o sucesso das experiências de desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial de idosos com transtornos mentais crônicos.

Capítulo 3

O Olhar da Gerontologia

A Gerontologia é um campo interdisciplinar que visa a estudar as mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes biológicos, psicológicos e socioculturais. Seu objeto de estudo é constituído pelo envelhecimento enquanto fenômeno geral e também corporificado na pessoa idosa e, em uma esfera mais abrangente, no conjunto de indivíduos acima de 60 anos que constitui a população idosa como um todo. Dessa forma, constitui-se em um campo multiprofissional e multidisciplinar por excelência. Embora a Gerontologia envolva muitas disciplinas, a pesquisa repousa sobre um eixo formado pela Biologia, Psicologia e Ciências Sociais (CALDAS, 2006).

Em contrapartida, a Geriatria é a especialidade que lida com as manifestações clínicas do envelhecimento, expressas pelas várias mudanças nas funções corporais que caracterizam o envelhecer. Seria, assim, um ramo da Gerontologia que se ocupa dos aspectos médicos dos idosos. É uma abordagem complexa e nenhuma disciplina isoladamente possui o conhecimento e a habilidade necessários a cumprir essa tarefa. Por perpassar quase todas as especialidades, traz o debate se seria uma disciplina, uma especialidade, uma sub-especialidade ou uma supra-especialidade, mas de qualquer modo, é uma categoria presente tanto na Medicina, como em Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia (SANTA ROSA, 2003; MOTTA, 2004; CALDAS, 2006).

Os conceitos de Gerontologia e Geriatria são vários, apontando para diversas abordagens de estudo e intervenção no objeto de análise. Apesar de ainda não estarem estabelecidas universalmente enquanto disciplinas estruturadas e delimitadas, ambas vêm desenvolvendo estratégias que ratificam sua evolução enquanto campo de conhecimento particular, como tema único, métodos distintos, capital intelectual e medidas de padronização de qualidade, de modo a auxiliá-las na estruturação de sua identidade. Mas por seu objeto estar presente na maioria das áreas, surge dúvida se a Gerontologia seria realmente uma ciência, um campo de estudos ou simplesmente uma abordagem. Daí essa discussão passar necessariamente pela da multi, inter ou transdisciplinaridade no conhecimento científico (DOLL, 2004).

Ao se afirmar a natureza multidisciplinar de alguma coisa, se está ratificando a complexidade do problema em questão, fora do alcance teórico-prático de uma única disciplina ou área do conhecimento. Quase sempre se refere às questões situadas na fronteira entre duas ou mais delas. Mas na multidisciplinaridade, cada uma das áreas envolvidas não interage com as demais, vendo cada aspecto do problema sob sua própria óptica e sem se relacionar com as outras. Seria uma gama de saberes agrupados, mas sem que haja cooperação entre si. Práticas multi estão presentes em ambulatórios de hospitais gerais, por exemplo, onde profissionais de diferentes áreas desenvolvem trabalhos isoladamente, tendo pouco em comum entre si a não ser o prontuário dos pacientes por eles tratados e uma coordenação comum, administrativa. Como as questões ligadas ao estudo do envelhecimento merecem a discussão em conjunto e o diálogo entre os campos do saber que as formulam e por elas se interessam, a multidisciplinaridade não tem como lhes oferecer resposta.

Para uma melhor abordagem e oferecendo um ambiente conceitual mais acolhedor, “interdisciplinaridade” seria um termo mais abrangente e que refletiria melhor o aspecto da comunicação entre os profissionais de várias áreas. Práticas interdisciplinares, ao levar em conta um problema comum, envolvem participação interativa, cooperação, olhares diferentes trabalhando em conjunto e promovem mudanças estruturais com geração de reciprocidades. Dessa forma, a Gerontologia seria um campo de conhecimento fundamental, fruto de uma abordagem interdisciplinar no contato entre os vários saberes envolvidos.

Na verdade, esse conceito pode ser levado para mais adiante. O que dizer nas situações onde o diálogo seja tão profícuo e frutífero que as questões por ele levantadas demonstram um olhar inteiramente novo ou uma abordagem específica? Nesse ponto, entra o conceito de “transdisciplinaridade”. Quando o contato entre profissionais de várias áreas produz um diálogo particular, um campo teórico inteiramente novo onde, sob um mesmo arcabouço conceitual, as fronteiras entre as disciplinas desaparecem ou são “transcendidas”, uma visão inovadora ou transdisciplinar é criada, com a produção de saberes, teorias e abordagens específicas de modo a acessar a questão. Colaborações em bases iguais requerem conhecimento seguro, confiança e desejo de aprender através das fronteiras das disciplinas, levando a uma abordagem multidisciplinar no início do processo, interdisciplinar à medida que a integração progride, e transdisciplinar a longo prazo (PRAWITASARI HADIYONO, 2001). A Gerontologia, por essa interpretação, seria a transdisciplinaridade por excelência, com um olhar absolutamente singular sobre

as questões relativas ao processo de envelhecimento como um todo, sob seus vários aspectos.

A Gerontologia vale-se então dos saberes de várias disciplinas de forma a produzir o seu, constituindo-se, por essa razão, em área transdisciplinar. Entretanto, apesar dos avanços da inter/transdisciplinaridade e em sua capacidade de integrar diferentes campos de conhecimento sob um mesmo objeto, ainda existem grandes dificuldades em seu próprio reconhecimento enquanto saber legítimo.

Em primeiro lugar estão falhas de comunicação devido a diferenças de terminologia e definição dos conceitos usados, os quais podem diferir bastante para cada área. Um ótimo exemplo é representado pela discussão de um conceito de definição aparentemente simples, como autonomia. Na Gerontologia, relaciona-se à vontade e à independência, significando a faculdade humana em governar as próprias ações e a própria vida (MOTTA, 2008). Já na Saúde Mental o sentido é diametralmente oposto. Autonomia está ligada a contratualidade, definindo-se pela capacidade em gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que encontre, inclusive no estabelecimento de laços sociais. Não se confunde com independência e nem com auto-suficiência. Muito pelo contrário, pois dependentes somos todos e somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas coisas mais pudermos ser, pois isso amplia as possibilidades de estabelecer novas normas e estimula a contratualidade na construção de laços sociais. A capacitação do indivíduo como sujeito de trocas é o fato fundamental que marca a diferença entre um assistido ou tutelado e um cidadão pleno (TYKANORI, 1996).

Em segundo lugar, estão aspectos psicológicos dos pesquisadores, pois a confirmação e o fortalecimento da identidade pessoal, a qual se confunde com a profissional, acontecem muitas vezes pela exaltação do próprio grupo, da própria comunidade, em detrimento das outras, como identidades contrastivas. As diferentes identidades dos cientistas entram em conflito e isso dificulta o diálogo entre eles, já que a existência de outro campo de conhecimento nascendo dentro da sua área de atuação, ganhando nome próprio e clamando para si um naco por vezes importante de seu objeto de estudo pode ser percebida como ameaça à própria identidade e gerando, pelos mesmos processos de identificação, uma “exclusão científica” (DOLL, 2004; ZALUAR, 1996; cf. Introdução).

A questão das diferentes comunidades científicas leva ao terceiro aspecto do problema, o relacionamento entre elas, pois nem todas as ciências possuem o mesmo

reconhecimento social, os mesmos recursos e o mesmo poder. Tais relações configuram uma hierarquia entre elas, cujos valores e posições variam conforme o contexto ou grupo considerado. Essas questões perpassam qualquer diálogo interdisciplinar e a Gerontologia não é exceção. O interesse que ela suscita na esfera governamental explica-se principalmente a partir da questão do envelhecimento populacional e seus efeitos nas sociedades. Já a falta dele entre estudantes de modo geral está diretamente ligada ao escasso valor social dado ao idoso, levando, por exemplo, à pouca expressão da Geriatria e Gerontologia na formação dos profissionais de saúde (MOTTA, 2008).

Mas a Gerontologia ainda enfrenta mais dois desafios. Um deles é a abrangência de seu campo de atuação, levando a falta de independência e autonomia, pois ela não existe sem a referência a outras ciências, as quais muitas vezes fornecem os próprios métodos e teorias que fundamentam seu pensamento. E a falta de autonomia reflete no mercado de trabalho, pois a Gerontologia representa um complemento a partir de uma formação profissional básica, mais um campo de estudo sobre uma temática específica do que propriamente uma disciplina. Dessa forma, ela usaria os resultados de outras ciências, como Biologia, Sociologia ou Psicologia, para sustentar intervenções gerontológicas e o específico da Gerontologia seria, portanto, a transformação e aplicação de conhecimentos advindos de outras áreas, a exemplo do que ocorre na Educação, sem que com isso seu valor seja diminuído (DOLL, 2004).

Nesse contexto, a análise das várias teorias do envelhecimento oriundas da Biologia, da Psicologia e da Sociologia permite traçar um panorama histórico da evolução desses saberes. Os biólogos o definem como uma série de mudanças paulatinas no organismo ocorridas ao longo de sua existência que diminuem sua probabilidade de sobrevivência. E conforme o mecanismo de lesão da estrutura celular ou tecidual considerado o mais importante, teorias são construídas e defendidas. Mas os cientistas sociais são os que com mais afinco se dedicam a conceituar o envelhecimento sob um paradigma mais amplo e integrado e seus esforços em fazê-lo têm gerado teorias classificáveis em três gerações distintas.

A primeira geração de teorias, de 1949 a 1969, de abordagem funcionalista, caracterizou a Gerontologia Social e tratavam das várias formas de atividade e satisfação de viver, destacando o indivíduo como a unidade de análise, no esforço de explicar os padrões ótimos de funcionamento em termos de ajuste a novos papéis sociais e definir os padrões não funcionais sob o prisma da inadequação em abandonar os antigos. Nas duas teorias mais antigas da Gerontologia Social, a “teoria da atividade”

e a “teoria do desengajamento”, a velhice é definida como um momento de perda de papéis sociais. Ambas pretendem avaliar o ajustamento pessoal a essa nova situação medindo o grau de conformidade e o nível de atividade dos indivíduos, mas diferem na interpretação dos dados. A primeira considera mais felizes os idosos que se mantêm ativos, por haverem encontrado atividades compensatórias às quais se dedicar, e a segunda considera como melhor adaptados aqueles que passaram por um desengajamento voluntário das atividades que desempenhavam, considerado a chave para uma velhice bem sucedida (DEBERT, 1988; CALDAS, 2006).

A segunda geração de teorias sociológicas do envelhecimento, de 1970 a 1985, adotou uma abordagem estrutural no nível macro e inclui a estratificação por idade e teorias de modernização. O foco estava nas formas pelas quais as condições estruturais ditam os parâmetros do envelhecer e a situação do idoso enquanto categoria, ao considerarem que as pessoas envelhecem conforme a sociedade se organiza. A unidade de análise é a estrutura da sociedade e não o indivíduo e seus atributos. Um bom exemplo é a Teoria das Trocas, cujo pressuposto básico reside em caracterizar a interação entre indivíduos e grupos como tentativa de maximizar ganhos e minimizar perdas. As interações seriam mantidas e avaliadas positivamente conforme os indivíduos as considerem compensadoras e lucrativas considerando recursos de poder como dinheiro, estima ou respeito, aprovação ou aceitação social, conselhos e serviços. Criada por Blau em 1964, foi aplicada por Dowd em 1975 no contexto do envelhecimento ao sugerir que o decréscimo nas interações sociais entre jovens e idosos se dá pelo fato de que os idosos têm menos recursos de poder com que contribuir em situações de troca entre gerações, pois sejam quais forem suas habilidades pregressas, estariam desatualizadas ou prejudicadas por problemas de saúde (DOWD, 1975; RAMOS, 2002; CALDAS, 2006).

Teorias sociológicas mais recentes e compondo o grupo das de terceira geração, a partir de 1990, consideram o envelhecimento um processo baseado em experiências vivenciadas e que não ocorre isoladamente, sendo altamente influenciado pelo meio onde vive o indivíduo. O fundamento teórico mais atual no olhar da Gerontologia baseia-se no Paradigma do Desenvolvimento ao Longo de Toda a Vida (*Life-Span Development*), fruto de uma síntese entre as perspectivas sociológicas e psicológicas manifestadas pela abordagem do Curso de Vida, pela Sociologia, e do Ciclo de Vida, pela Psicologia. Essa abordagem teórica propõe a perspectiva de “declínio com compensação”, pela qual o declínio cognitivo, a despeito de suas bases orgânicas, é

influenciado por experiências sociais produtoras de capacidades socializadas estáveis ou até crescentes (SIQUEIRA, 2002; CALDAS, 2004 e 2006). Nesta também se incluem aquelas teorias que apontam os distintos lugares dos mais velhos em diferentes culturas, algumas valorizando sua experiência ou saber, como as culturas japonesa e africanas, outras acentuando a sua perda de poder na produção econômica.

O debate atual na Gerontologia se faz em torno de duas concepções antagônicas e diametralmente opostas na compreensão do envelhecimento. Uma delas baseia-se na situação de pobreza e abandono do idoso por parte da família e do Estado, responsáveis por arcar com seus cuidados. A crítica a esse modelo está em alimentar o estereótipo do idoso enquanto indivíduo passivo e dependente, caracterizando um período de retraimento frente ao adoecimento e à pauperização. O idoso seria um ser doente e isolado, em situação de dependência e passividade, legitimando as políticas públicas a ele dirigidas. A segunda concepção apresenta o idoso como indivíduo ativo, capaz de dar respostas originais aos desafios do cotidiano, contrapondo-se ao estereótipo de velhice. A manutenção da atividade física, cultural e emocional viria a negar a influência da idade, criando uma espécie de “idosos jovens”. Enquanto o primeiro modelo confirma os estereótipos, este se contrapõe a eles, chegando mesmo a criar um novo e acabando por engrossar os discursos dos interessados em fazer do idoso um novo mercado consumidor, prometendo que o envelhecimento pode ser bastante adiado mediante a adoção de hábitos de consumo e estilos de vida adequados. Esse processo é denominado “reprivatização da velhice”, pelo qual a velhice é transformada em responsabilidade unicamente individual, deixando, dessa forma, de fazer parte das preocupações sociais (DEBERT, 1999a e 1999b).

Frente ao Estado e à sociedade, que não podem mais ignorá-lo, o idoso tornou-se ator na cena social e política, redefinindo imagens estereotipadas onde a velhice aparece associada à morte, viuvez, doença, entre outras, enfatizando-a como condição desfavorecida ou indesejada. Muitos deles agem como “não-velhos”, praticando esportes, divertindo-se e manifestando vitalidade e alegria, valores identificados com a juventude, simbolizando a superação das limitações impostas pela idade. Ao serem apresentados como exemplo de vitória contra o tempo, esses idosos enfatizam a responsabilidade do indivíduo para com seu próprio envelhecer (LIMA, 2001).

A biomedicalização do envelhecimento enfatizou o indivíduo como unidade básica de análise, reduzindo todo o processo a um “problema” biomédico de bases orgânicas, teciduais, celulares ou moleculares, conforme o nível analisado,

influenciando não apenas a abordagem do cuidado e tratamento dos idosos como também a percepção da população, as políticas públicas, o debate acadêmico e as prioridades no financiamento de pesquisas (ESTES e BINNEY, 1989). Seria o paradigma do “declínio e perda” o responsável por fazer da Gerontologia uma ciência de se construir gráficos de traçado descendente. Tanto a teoria do desengajamento quanto a da atividade aceitam as perdas sociais como fenômenos objetivos relacionados ao envelhecimento, fatos consumados contra os quais nada pode ser feito, em lugar de meros artefatos. Apesar de se observarem declínios em diversas funções fisiológicas, eles muitas vezes carecem de consequência funcional no dia-a-dia comum do idoso. Ainda não está estabelecido se a incapacidade deve ou não ser considerada como concomitante ao processo de envelhecimento. Nesse ponto, três teorias surgem para dar conta desse debate (BORTZ, 1982; MINKLER, 1994).

A “teoria pandêmica da doença crônica” baseia-se no fato de 23% dos idosos e 50% dos idosos muito velhos terem dificuldade em realizar atividades da vida diária. A população de idosos estaria não só crescendo em tamanho, mas também ficando cada vez mais velha nas próximas décadas, pois a proporção de indivíduos que conseguem atingir idades mais avançadas não pára de crescer. Aumenta assim o número de pessoas vulneráveis a limitações funcionais como fraturas de quadril ou doenças como Alzheimer, mais frequentes em idades avançadas. Sabe-se que 15% das pessoas com mais de 80 anos podem sofrer de doença de Alzheimer ou outra forma de demência. Com a taxa de mortalidade dos muito velhos caindo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária, o impacto potencial da demência deve aumentar bastante. Por essa teoria, a taxa de mortalidade fica maior à medida que a expectativa de vida aumenta. Logo, veríamos nas próximas décadas uma demanda por serviços cada vez maior (SCHNEIDER e BRODY, 1983; MINKLER, 1994).

Uma alternativa mais otimista é representada pela “teoria da compressão da morbidade”. Essa teoria remete ao fato de haver cada vez mais pessoas atingindo idades de 85 anos ou mais, sem acompanharem-se do fardo representado pelas doenças crônicas e pela incapacidade progressiva. O período frequentemente longo de incapacidade antes da morte seria uma aberração histórica. No início do século XX, a expectativa de vida era abaixo de 50 anos e a maioria das pessoas morria de doenças agudas, sendo relativamente raros os que sobreviviam para ficarem incapacitados no leito por longos anos. Com o advento de um estilo de vida mais saudável, incluindo melhor alimentação e exercícios físicos, a incapacidade seria comprimida. Isso é

demonstrado pela redução de um terço nas mortes por doenças cardiovasculares nos Estados Unidos entre 1960 e 1980, sendo relacionada à diminuição proporcional no consumo de tabaco e gorduras saturadas no período analisado, refletindo um melhor estilo de vida daquela população. Dessa forma, o indivíduo apenas adoeceria próximo ao momento de sua morte (FRIES, 1980 e 1984).

Em outras palavras, a promoção do envelhecimento saudável compreenderia o desenvolvimento de ações para orientar os idosos quanto à importância da melhoria de sua capacidade funcional mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis e eliminação de comportamentos nocivos à saúde. Dentre os hábitos saudáveis a serem incentivados, encontram-se alimentação equilibrada, prática regular de exercícios físicos, convivência estimulante, atividades ocupacionais prazerosas e mecanismos de atenuação de estresse. Já quanto aos hábitos a serem desestimulados, o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação são os mais importantes.

Entretanto, a abordagem proposta pela teoria da compressão da morbidade peca por remover os indivíduos de seu contexto ambiental ao assumir ser muito fácil modificar padrões de comportamento, sendo preciso apenas educação e algumas intervenções relacionadas para que as pessoas mudem seus hábitos considerados de risco. Desse modo, os indivíduos que se recusassem a seguir as recomendações propostas, seja por falta de meios ou de disposição para tanto, seriam considerados culpados por seu próprio envelhecimento mal sucedido. Essa teoria falha de igual modo por ver o processo de envelhecimento apenas como um problema de doenças associadas a serem conquistadas, ao invés de realidades socialmente construídas a serem transformadas. A teoria também não leva em consideração o impacto da co-morbidade, a presença concomitante de duas ou mais condições clínicas em um mesmo indivíduo, a qual se encontra cada vez mais prevalente entre os idosos. Por fim, mesmo se os hábitos que promovem a longevidade fossem adotados em massa nesse momento, levaria cerca de meio século para que os efeitos acumulados de comportamentos anteriores fossem removidos da população (OUSLANDER e BECK, 1982; ROWE, 1985; ESTES e BINNEY, 1989; SEEMAN *et al.*, 1989; SOLDI e AGREE, 1988).

O meio termo entre essas duas teorias é representado pela “teoria do equilíbrio dinâmico”, pela qual se argumenta que à medida que a expectativa de vida aumenta, haveria uma redução na gravidade e progressão das incapacidades. Apesar de as pessoas viverem mais e passarem mais tempo em estado de incapacidade ou doença, a taxa de progressão das mesmas também será mais lenta. Observações de grandes estudos

longitudinais em comunidades selecionadas parecem confirmar essa teoria. A correlação imperfeita entre aumento de expectativa de vida e redução da morbidade resulta em algum aumento no tempo de incapacidade ou doença, porém consideravelmente menor que o proposto pela teoria pandêmica da doença crônica. Futuramente haverá, ao mesmo tempo, uma grande população de idosos cronicamente doentes ou incapacitados ao lado de um grande número de idosos saudáveis vivendo com um mínimo de comprometimento funcional (MINKLER, 1994).

O arcabouço conceitual fornecido pela Gerontologia vai além do fornecido pelas teorias e se manifesta na prática pelo observado na Geriatria onde conceitos como vulnerabilidade, fragilidade, capacidade funcional, autonomia e dependência se incorporam ao conhecimento adquirido na prática da assistência à saúde da população idosa. Vulnerabilidade, por exemplo, caracteriza o desfecho da interação complexa de múltiplos pequenos fatores de risco, agregando componentes como pobreza, isolamento, fragilidade ou ausência de filhos, e orientando a identificação de idosos em situação de risco. A vulnerabilidade é fortemente influenciada pelo contexto conjuntural e estrutural e os riscos são moldados segundo gênero, etnia, estratificação social, padrão cultural, sistema político e de bem-estar social (SCHÖDER-BUTTERFIL e MARIANTI, 2006).

Por sua vez, fragilidade é uma condição clínica reconhecida pelos médicos, com múltiplas manifestações possíveis, não havendo uma única que lhe sirva de marcador, ou em outras palavras, doenças individuais ou incapacidades específicas que sejam suficientes ou necessárias para caracterizar sua apresentação. Pode ser definida como um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, decorrente do comprometimento de reserva homeostática e redução da capacidade do organismo em lidar com o estresse, ou simplesmente como a condição de pessoas idosas que apresentam alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte (FRIED *et al.*, 2001; FRIED e WALSTON, 2003). Fraqueza generalizada, inatividade, baixa resistência, perda de peso, desnutrição, sedentarismo, marcha instável ou medo de cair são alguns dos seus vários aspectos, os quais já foram utilizados de forma a se consistir em critérios diagnósticos de fragilidade, enquanto entidade individualizada e definível pela presença de três ou mais dentre perda de peso (maior que 5% no último ano), exaustão (sensação de cansaço o tempo todo), fraqueza (força muscular anormal ao exame físico), alentecimento e baixo gasto de energia, manifesto na incapacidade de deambular sem ajuda (FRIED *et al.*, 2004; MOTTA, 2008).

Existem diversas definições de fragilidade, conforme os domínios que se queira enfatizar, mas graças a elas, a fragilidade passou a ser uma condição reconhecida pelos geriatras em seus pacientes e conhecer seus mecanismos transporta esse conhecimento para as esferas da prevenção e do tratamento, pois ela deixou de ser vista como mera consequência do envelhecimento, mas algo a ser evitado ou adiado (WILSON, 2004). Mas se definições fixas de fragilidade são capazes de realmente fazer os profissionais que as utilizam tomar consciência de toda a singularidade representada pela figura de um idoso com limitações físicas, desnutrido, com saúde precária e acometido por várias co-morbidades, e ainda por cima de baixa renda, nível educacional e social baixos, portador de transtorno mental crônico e abandonado pela família em instituições geriátricas ou psiquiátricas, é algo a se considerar.

A fragilidade não se confunde com incapacidade, mas constitui-se em fator de risco para esta. Incapacidade é a dificuldade do organismo em realizar certa função corporal ou desempenhar alguma tarefa, em decorrência de uma lesão adquirida ou algum processo degenerativo, seja ele fisiológico, como no envelhecimento normal, ou patológico se decorrente de doença clínica. A incapacidade física do idoso é consequência de doenças e alterações advindas do envelhecimento, mas o impacto delas é influenciado por fatores sociais, econômicos, comportamentais, culturais e políticos, estes no sentido de não implantar efetivamente medidas que a reduzam. Por sua vez, a incapacidade leva à deficiência, na medida em que gera dependência, expressa pela necessidade de auxílio em atividades essenciais do cotidiano. A dependência é acima de tudo um fenômeno social, para além da entidade médica que a originou (MOTTA, 2008; TEIXEIRA, 2008).

O modelo médico tradicional considera a incapacidade um problema da esfera individual, decorrente apenas da lesão ou doença e que, caso não seja passível de remoção, tratamento ou cura, não lhe compete preocupar-se com ela. Já o modelo social considera a deficiência uma experiência resultante da interação entre características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ele vive, ou seja, a combinação de limitações impostas pelo corpo (a incapacidade propriamente dita) devidas a algum tipo de perda ou redução da funcionalidade (como uma doença ou lesão), inseridas em uma organização social pouco sensível a acolher a diversidade. Desse modo, lesão seria uma característica corporal, como o sexo ou a cor da pele, ao passo que deficiência seria o resultado da opressão e discriminação sofrida pelas

peças em uma sociedade que se organiza de forma que não as inclua (MEDEIROS e DINIZ, 2004).

Políticas públicas de inclusão visam exatamente a corrigir isso. Todo o trabalho da Educação Especial baseia-se justamente em conferir às crianças portadoras de necessidades especiais o direito à inclusão e à cidadania ainda na escola. Adaptações urbanas para os deficientes também são um excelente exemplo, como rampas de acesso e portas de banheiro mais largas, para a circulação de pessoas em cadeiras de rodas, sinais de pedestres sonoros para que cegos possam atravessar a rua sozinhos, o uso da Língua Brasileira de Sinais em transmissões de televisão, a presença de cardápios em braille, entre tantas outras que se fossem onipresentes, seriam a vitrine de uma sociedade verdadeiramente inclusiva, digna de orgulho.

Em resumo, se o modelo médico identifica a pessoa deficiente como alguém com algum tipo de inadequação à sociedade, o modelo social inverte o argumento e identifica a deficiência como inadequação da sociedade em incluir a todos. Assim, uma mesma doença ou lesão ocorrendo em um indivíduo pode levar, como consequência, a graus diferentes de incapacidade e deficiência, conforme o modo pelo qual a sociedade onde se encontra reage a ele. Se o acolhe e se adapta a recebê-lo, pode haver incapacidade física, mas não há deficiência. Se o rejeita e não lhe confere igualdade de direitos aos outros membros, a incapacidade adquire um significado totalmente distinto, o de deficiência, e tendo como resultado final, a exclusão (MEDEIROS e DINIZ, 2004).

Os múltiplos aspectos do processo de envelhecimento e da velhice justificam a noção de que o estudo da saúde do idoso transcende os limites puramente biológicos e que, no controle das doenças, o objetivo maior é a melhora na qualidade de vida do indivíduo. Especialmente em uma fase do ciclo vital tão singular como esta, onde a capacidade funcional costuma apresentar algum grau de comprometimento e cuja manutenção ou melhoria é o objetivo principal do trabalho com essa população. Sua situação particular não tem sido observada com a devida atenção pelas instâncias governamentais responsáveis pela elaboração das políticas públicas direcionadas à promoção do envelhecimento saudável, mesmo a despeito de algumas delas terem efetivamente se transformado em leis e sido aprovadas, como a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94), a Política Nacional de Saúde do Idoso (fundamentada pela Lei Orgânica da Saúde 8.090/90) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03). Ao abordarem aspectos específicos dos idosos, não se detém na discussão acerca do envelhecimento como curso de vida e na necessidade de se propor um programa de envelhecimento

saudável ao longo de todo o ciclo da vida do indivíduo (MOTTA, 2008). E dessa forma, constituindo-se em instrumentos (muito necessários, isso não se discute) para fazer reconhecer os direitos dos idosos, pecam por não estimular a sociedade a reconhecer que o envelhecimento é um dado da condição humana e que, justamente por isso, suas questões interessam a todos e não somente aos idosos. A sociedade não se reconhece nos idosos (BEAUVOIR, 1990) e se arrisca a ver nas leis, nas políticas que as originaram e nos movimentos sociais que as criaram, meros instrumentos surgidos com fins eleitoreiros para satisfazer uma parcela da população com peso de voto, mas que não tem valor ou meios para se fazer valer e reconhecer. Daí a dificuldade em fazer com que esses instrumentos legais sejam efetivamente postos em prática. Esse mesmo processo é observado até na própria Gerontologia, o campo de conhecimento que no meio acadêmico e fora dele luta para se fazer reconhecer enquanto ciência legítima ao mesmo tempo em que fornece, com o trabalho dos que a ele se dedicam, o substrato intelectual que fundamenta a luta de todos os atores que se dedicam a garantir o direito do idoso a recuperar sua cidadania.

De maneira a conhecer as estratégias de estudo e intervenção nos idosos, é preciso familiarizar-se e dialogar com o conhecimento geriátrico e gerontológico, que reforçam e caracterizam conceitos como capacidade funcional, fragilidade, autonomia, rede de atenção, laços sociais, entre tantos outros. Mais ainda, é preciso fazer com que o conhecimento gerontológico dialogue com os outros. Certamente se está a falar a mesma coisa, mas por palavras diferentes, com falantes diferentes, por meios diferentes e para ouvintes diferentes e relacionadas a questões diferentes. A situação se assemelha a um diálogo de surdos, onde os que efetivamente conversam conseguem se entender, mas o que discutem e resolvem não atinge os outros, ocupados que estão em discutir os seus próprios assuntos em seu próprio vocabulário e jargão. Quando os problemas interessam a toda a sociedade, falar para seu próprio grupo não faz com que seus esforços tenham êxito. O diálogo e a integração do esforço de todos, sob qualquer denominação que se queira dar é, assim, a principal ferramenta para a construção da cidadania de todos nós.

Os problemas relacionados à saúde do idoso e sua integração à sociedade fazem parte do campo de atuação da Gerontologia. Os referenciais teóricos e metodológicos dos quais se utiliza para respondê-los são os mais diversos, sendo a exposição acima uma pequena parcela, mas um reflexo fiel de sua maior riqueza e ao mesmo tempo sua maior contradição. Ao mesmo tempo em que se coloca como especialização, ela

ultrapassa de imediato a unilateralidade e os limites normalmente associados a essa denominação por ser intrinsecamente incapaz de fragmentar seu objeto de estudo. A parte que ela isola do contexto originário do real (o envelhecimento enquanto processo e o idoso como efeito deste) só pode ser explicada na totalidade de suas características (SÁ, 1997). Ao responder a essa demanda que lhe é inerente, a Gerontologia desenvolve um trabalho de integração entre as várias ciências, contrapondo a unilateralidade à inter ou transdisciplinaridade. A Gerontologia é inter/transdisciplinar desde sua gênese e compete a ela valer-se dessa característica para deter seu olhar em todos os aspectos que interessam aos idosos.

No que concerne ao envelhecimento e à saúde mental, é de fundamental importância que se estude uma população à qual não se tem muita informação, constituída por indivíduos idosos, porém egressos de internações psiquiátricas de longa permanência. Tais indivíduos constituem-se em um grupo muito singular. Por terem sido submetidos a um prolongado processo de exclusão social, foram mantidos à margem das políticas públicas realizadas para a terceira idade, as quais tinham em vista o idoso que, mesmo apresentando declínio cognitivo, viveu quase toda a sua vida em seu meio social. A Reforma Psiquiátrica está desinstitucionalizando idosos portadores de transtornos mentais e devolvendo-os à sociedade, a qual deve se preparar para recebê-los. Ao devolver-lhes a liberdade dos muros do asilo, permite devolver-lhes a cidadania perdida. A importância disso não poderia ser mais bem sumarizada que nas palavras de Amartya Sen, Prêmio Nobel de Economia, ao salientar a importância de se eliminar todas as privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas para exercer sua condição de cidadão (SEN, 2000).

O aspecto do qual trata este trabalho é a interação do idoso com a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica na observação de idosos egressos de internações de longa permanência vivendo na comunidade. E avaliar a percepção que eles manifestam quanto a seu envelhecimento e às modificações de suas vidas na observação de suas redes sociais e laços de reciprocidade é a forma pela qual este trabalho se propõe a contribuir na construção deste conhecimento.

Capítulo 4

O Olhar da Antropologia

Cultura e Doença Mental

O ser humano tem a capacidade de observar a si mesmo e o ambiente a seu redor e projetar interpretações sobre sua própria existência, a natureza e o mundo que o cerca, com o potencial para viver acontecimentos e relações e pensá-los, classificá-los e simbolizá-los. Ao se somar o que os membros de uma comunidade aprendem das gerações anteriores e da experiência social acumulada, temos um sistema de ações, crenças e valores que a caracteriza, ao que se denomina cultura. A cultura inclui maneiras, costumes, gostos, habilidades, linguagem, crenças e todos os padrões de comportamento que fazem parte da vida social organizada, tecendo para eles juízos de valor particulares. Pode ser examinada do ponto de vista psicológico ou normativo, em termos de como a maioria se adapta aos estresses únicos daquela cultura em particular.

A Antropologia tem tradição em compreender a cultura, introduzindo-a na interpretação de estruturas, de sociedades e do processo de saúde, doença e cura, considerando o homem não como um produto de seu corpo ou consequência direta e unívoca deste, mas como indissociável da cultura a qual pertence e, com suas técnicas e representações, criar seu próprio corpo e sua noção de ser-estar no mundo, ator de sua própria vida. Por sua tradição no estudo das culturas, atitudes e crenças, a Antropologia tem uma especial importância na Medicina e principalmente na Psiquiatria, para a qual, mais do que para quaisquer outras especialidades, os aspectos culturais dos cuidados com a saúde devem ser compreendidos dentro da cultura particular em estudo. A própria relação entre Antropologia e Psiquiatria é longa e imbricada, com uma influenciando e se deixando influenciar pela outra ao longo do tempo e há muitos pontos de contato entre elas. Ambas as disciplinas empregam meios similares na compreensão do comportamento e existência humanos, fazendo-o mediante interação cara a cara e extensa, com seus objetos e aprendendo indutivamente através de observações clínicas individuais dos sujeitos. Em

particular a Etnografia, a prática de pesquisa de campo da Antropologia, produz um conhecimento distinto do conferido pela ciência positivista, pois o pesquisador interage com os sujeitos no contexto de seu mundo social, confiando na reflexão e interpretação do pesquisador como parte do processo de interpretação no qual as idéias dos pesquisados, assim como suas práticas, é levado em consideração. Por outro lado, como o conhecimento leigo a respeito das doenças encontra-se embebido em contextos de ação, é aí que esse saber deve ser apreendido pelo pesquisador. Enquanto o questionário fechado divorcia o conhecimento da situação de sua produção, narrativas e discursos permitem que se mantenha o elo entre saber e contexto (RABELO, 1999; SOUZA, 1999b; NEWTON *et al.*, 2001).

A comparação entre ambas pode se iniciar com a influência da antropologia pré-histórica na formação da Psicanálise. Ao escrever *Totem e Tabu* em 1913, Freud descreveu os primeiros homens como um grupo de irmãos que mataram e devoraram seu violento pai primitivo em um banquete totêmico. Assombrados pela culpa, estabeleceram regras para que tal ato não mais se repetisse, as quais, juntamente com a proibição do incesto, teriam sido o início da organização social da humanidade. A hipótese do assassinato do pai primal na horda primitiva seria a origem do sentimento de culpa. O homem moderno estaria condenado a relembrar essa experiência traumática sob a forma de fantasias primais, pois o banquete ritual representa uma forma de internalização que pavimenta a identificação com o objeto perdido e o desenvolvimento do superego (GRUBRICH-SIMITIS, 2000).

Os escritos de Jung incluem muitas referências antropológicas, especialmente relativas à arqueologia e à mitologia, fundamentais ao criar o conceito de arquétipo e aplicá-lo à sua teoria. Erikson, por sua vez, procurou integrar o desenvolvimento psicosssexual individual às influências culturais, baseado em suas próprias experiências em campo com índios norte-americanos. Dentre os antropólogos que examinaram a concepção de que a personalidade adulta e o funcionamento mental seriam determinados na infância, estão Margaret Mead e Bronislaw Malinowski. Este examinou a sexualidade adulta e infantil nas ilhas Trobriand, afirmando não ter descoberto entre os nativos qualquer evidência do complexo de Édipo, considerado universal à época. Já Mead, ao estudar o papel sexual e comportamento de gênero em três tribos da Nova Guiné, interpretou as diferenças descobertas entre elas como sinal de relatividade dos padrões comportamentais,

constatando dessa maneira que uma sociedade tem o poder de criar um desvio tanto pelo apoio como pela condenação de certos padrões (KAPLAN e SADOCK, 1990). Dessa forma, todas as culturas seriam relativas, devendo ser examinadas em seu próprio contexto, assim como os indivíduos que a elas pertencem. Como a cultura é a matriz na qual opera todo o funcionamento biológico, psicológico e social, chega-se à conclusão de que não apenas tipos de personalidade são mais comuns em certos contextos, mas todas as síndromes psiquiátricas estão até certo ponto, ligadas à cultura, havendo mesmo algumas condições clínicas exclusivas de certos povos ou regiões do mundo. Daí o papel da Antropologia na Medicina, sendo a Antropologia Médica o ramo que focaliza a prática da medicina e os aspectos culturais do dar e receber cuidados de saúde.

Desde seu surgimento, a Antropologia Médica sempre demonstrou grande interesse pela doença mental por esta manifestar uma dimensão biológica menos evidente e aspectos sociais mais acentuados. Tanto a loucura como as respostas destinadas a lidar com ela emergem de determinados contextos sociais. A doença mental é, assim, um campo ímpar para a Antropologia, por sua própria definição, curso, abordagem e prognóstico levar em consideração a cultura. Por não ser passível de diagnóstico por nenhum tipo de exame complementar, seja de imagem ou de laboratório, sua identificação reside exclusivamente na detecção de desvios de comportamento fora dos padrões de normalidade social e cultural vigentes. Um comportamento considerado normal em uma dada sociedade pode não sê-lo em outra, ou ainda na mesma sociedade, em outro momento. O homossexualismo é um exemplo claro desse fenômeno. Enquadrado por muito tempo nos limites da Psiquiatria e classificado como disfunção patológica da sexualidade, sua exclusão de tal categoria adveio da mudança no juízo de valor de certos segmentos da sociedade ocidental formadores de opinião (SANTA ROSA, 2003).

É evidente que isso não significa que todas as entidades classificadas hoje como transtornos mentais possam eventualmente deixar de sê-lo, pois, em sua maioria, são distúrbios de certa gravidade que interferem no funcionamento normal do indivíduo, gerando uma carga de sofrimento e infelicidade difícil de ser quantificada e avaliada, além de grande impacto econômico e psicológico para os pacientes, suas famílias e a sociedade (OMS, 2001). A saúde mental está intimamente relacionada à saúde pública e entender as interações entre a Psiquiatria e o social, ou entre o singular (o paciente) e o coletivo (o

ambiente no qual o paciente se insere), é fundamental para que se preste à nossa população uma assistência de qualidade em saúde mental (CAVALCANTI, 2002).

O estudo dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde é uma das grandes contribuições da Antropologia para a Medicina. Um elemento central nessa abordagem é a própria distinção entre doença como processo (*disease*) e doença como experiência (*illness*), que nos remete aos dois aspectos indissociáveis do adoecimento, o processo patológico em si e a experiência psicossocial do mesmo, ou seja, como essa experiência emerge e toma forma em cada indivíduo. A experiência de doença é uma construção cultural que conjuga normas de conduta, valores e expectativas tanto individuais como coletivas, expressando-se em formas específicas de pensar e agir (KLEINMAN, 1981).

Cultura e Instituições

Cientes de que indivíduos devem ser entendidos em termos das culturas específicas em que estiverem inseridos, seu próprio processo de adoecimento e cura deve ser visto como mediado pelo ambiente físico ou sociocultural onde vivem e se dá o tratamento. O progresso de estudos sobre os efeitos do ambiente físico de hospitais sobre os pacientes ali admitidos só fez confirmar isso ao considerar o ambiente hospitalar como tão terapêutico como a medicação que o paciente ali recebesse. Nesse contexto, o próprio papel do hospital psiquiátrico enquanto local de tratamento e cura da doença mental foi emulado e questionado em diversos momentos e, como pequena sociedade que é, com categorias, distinções e papéis bem determinados, pode-se afirmar a existência de uma “cultura do hospital psiquiátrico”, a qual seria responsável pelo seu papel enquanto instituição causadora de doença mental e cronificação.

A palavra “instituição” é definida como uma consolidação permanente, uniforme e sistemática de idéias, costumes e condutas mediante instrumentos de coerção, assegurando o cumprimento de uma função social. São maneiras de fazer, sentir e pensar distintivas de um dado grupo social, já cristalizadas e socialmente coercitivas (BOUDON e BOURRICAUD apud BAHURY, 1996). Ao se considerar instituições fechadas, onde seus membros são obrigados a aí permanecerem por muito tempo, Erving Goffman introduziu o

conceito de “instituição total”, base da caracterização do papel do próprio asilo em produzir a doença a que se presta a tratar.

Instituição total constitui um lugar de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos em situação semelhante leva uma vida fechada e formalmente administrada, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo. Todos os aspectos da vida são realizados em um mesmo local e sob uma única autoridade. Cada fase da vida diária é realizada na companhia de um grupo relativamente grande de outras pessoas, tratadas da mesma maneira. As atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários predeterminados, reunidas num plano racional único e visando a satisfazer os interesses da instituição. As instituições totais abarcam em si todas as esferas da vida, como repouso, trabalho, alimentação e lazer, submetendo-os à mesma organização burocrática. Existem instituições totais destinadas a diversos grupos e faixas etárias, havendo desde instituições para bebês e crianças pequenas até as de idosos, passando por conventos, prisões, colégios internos, manicômios e asilos psiquiátricos, reformatórios juvenis, quartéis, e até mesmo estabelecimentos para portadores de doenças venéreas e infecto-contagiosas, como os leprosários e sanatórios de tuberculosos e sífilíticos, criados na época em que estas condições não dispunham de tratamento específico (ALTOÉ, 1990; GOFFMAN, 1992; BAHURY, 1996; ATALIBA, 1999).

Os doentes mentais constituem-se em um dos grupos historicamente excluídos, considerados objetos de políticas de segregação em instituições totais, onde, ao serem internados, desenvolvem certa alienação à realidade extra-muros, rompendo com relações sociais previamente existentes e internalizam o rótulo que lhes é colocado, abdicando de tentar modificar essa condição. Tais características correspondem aos sintomas conferidos ao paciente pela própria instituição e não pelo transtorno mental que motivou a internação.

O olhar antropológico sobre essas transformações relaciona-se ao fato de indivíduos enfrentarem mudanças sempre que se transferem para uma cultura diferente da sua ou permanecerem inalterados enquanto a cultura muda à sua volta. O choque cultural pode ser devastador, caracterizando-se por ansiedade, depressão, sensação de isolamento, desrealização e despersonalização, e será maior quanto mais abrupta for a mudança, sem dar oportunidade aos indivíduos para reorganizarem seus mecanismos adaptativos. Em

instituições totais, sofrem os efeitos do processo de institucionalização, representados pela adequação e resposta à privação e estigmatização por que passam a partir do momento em que nelas entram. Todos os homens e seres vivos com os quais as instituições se relacionam sofrem transformações para se adaptar ao novo sistema representado pelos rótulos que elas colocam. Ao mesmo tempo em que estabelecem estigmas, estes estabilizam o fluxo da vida social e criam as realidades a que se aplicam (DOUGLAS, 1998).

No que se refere à cultura institucional acima mencionada, toda instituição precisa de uma fórmula que encontra sua correção na razão e na natureza de modo a adquirir legitimidade. Parte da tarefa é demonstrar esse processo cognitivo na formação da ordem social. O restante está em evidenciar que o processo cognitivo mais elementar do indivíduo depende das instituições sociais. A experiência passada é encapsulada nas regras da instituição para agir como guia do que se deve esperar no futuro. Quanto mais amplamente elas abrigam as expectativas, mais elas assumem o controle das incertezas. Elas começam estabelecendo normas e regras e eventualmente acabam por acumular todas as informações úteis. Nesse aspecto, ao controlar quem e quantos devem ser lembrados e por que, as instituições controlam sua própria história e a de seus membros. Quando tudo está institucionalizado, nenhuma história ou dispositivo de acumulação é mais necessário. A instituição diz tudo (DOUGLAS, 1998).

Cultura e Velhice

Delimitado inicialmente a partir de sua dimensão biológica, o envelhecimento foi associado à deterioração do corpo e, por consequência, a velhice era considerada como uma etapa da vida marcada pelo declínio, cristalizando-se assim, uma visão meramente orgânica do processo de envelhecer (DEBERT, 1999). À medida que o processo de envelhecimento vem sendo documentado em diferentes contextos constatando-se a diversidade de formas de envelhecer, a velhice e o envelhecimento deixaram de ser encarados como fatos naturais para serem vistos como fenômenos profundamente influenciados pela cultura. O envelhecimento é um fenômeno universal, capaz de levar a problemas comuns. Mas observando-se suas representações em diferentes sociedades ao longo do tempo, pode-se questionar a universalidade da visão ocidental e de sua própria representação da velhice

enraizada nas idéias de deterioração e perda. E dessa forma, os problemas podem ser vividos e resolvidos diferentemente.

Diferentes sociedades manifestam concepções distintas quanto às noções de maturidade, idade geracional e idade cronológica. As sociedades ocidentais estruturam-se a partir de um sistema de datação em que se baseiam as idades cronológicas, as quais servem como mecanismo de atribuição de status por si mesmas (maioridade legal), definição de papéis ocupacionais (entrada no mercado de trabalho) ou formulação de demandas sociais (direito à aposentadoria). Já as sociedades não-ocidentais exibem diferentes experiências de envelhecimento, onde incorporam os estágios de maturidade na estrutura social. Essa validação cultural considera não apenas a maturação biológica, mas a capacidade de realização de certas tarefas como casar, caçar e participar do conselho de anciãos. Como exemplo, cita-se os índios Suyá, do Parque Nacional do Xingu, em cuja cultura os estágios do ciclo vital baseiam-se no tamanho de uma criança, no status marital de um jovem e no tamanho de sua descendência. Existem sete classes de idades para os homens, a saber: do nascimento até os primeiros passos; de andar até o início da puberdade; da puberdade até ir morar na casa dos homens; da entrada na casa dos homens até o nascimento do primeiro filho (quando o rapaz se muda para a casa dos sogros); de um filho a muitos; de muitos filhos a muitos netos; de muitos netos até a morte. Daí a impossibilidade de encaixá-los em nossa grade de idades cronológicas (GUEDES apud SANTA ROSA, 1995; DEBERT, 1999a).

Sabe-se que sociedades tratam seus idosos de forma diferente e povos que encorajam uma atitude egocêntrica tendem a ser mais duros no tratamento a seus velhos. Os esquimós Ammassalik, da Groenlândia, para quem poder e posse são muito importantes a ponto de assassinatos não serem passíveis de punição, os idosos são abandonados para morrer ao frio. Podem ser “esquecidos” em expedições de caça ou embarcados em caiaques e postos à deriva. Já entre os esquimós Nunivak, do mar de Bering, e de cultura bastante diferente, a atitude é diametralmente oposta, ficando os velhos protegidos pelo altruísmo do grupo (GUTMANN, 1977; STEIN, 1988; BEAUVOIR, 1990).

Lendas africanas ressaltando o papel do idoso em fornecer sabedoria para a sociedade já foram bem descritas e entre os Bambara, no Mali, a velhice é valorizada e

considerada uma conquista, ocupando o idoso um lugar privilegiado por estar mais próximo dos ancestrais. Entre os Ambum, no Congo, a velhice acontece quando se tornam avós ou os cabelos embranquecem. Acreditam na vida enquanto corrente eterna que flui através dos homens em gerações sucessivas. A crença na sobrevivência e o culto aos antepassados privilegiam os idosos, tidos como vínculo entre vivos e mortos. A velhice, assim, é uma etapa esperada e aguardada com ansiedade, pois tão logo a atingem, seu status social aumenta, assumindo funções importantes na sociedade. Como exemplo máximo desse processo, os Cuiva, da Colômbia, simplesmente negam toda e qualquer forma de envelhecimento, evitando distinções a ameaçar seu ideal de sociedade unida. Após a infância, o indivíduo integra o grupo dos adultos, no qual permanece até a morte. Tratam os idosos como se a velhice não existisse, não havendo, assim, nenhum espaço social para os velhos, nem quaisquer atividades que não possam desempenhar. É um modelo que contrasta muito com o ocidental, onde todos os meios são utilizados para acentuar a distinção entre diferentes fases da vida (KABWASA, 1982; UCHÔA, 2003).

Observações realizadas em diversas sociedades apontam para o que se pode chamar de desejos universais dos velhos, todos voltados para sua inclusão afetiva nos contextos sociais. Comparando-se 71 sociedades indígenas, em todas elas os idosos desejam viver o máximo possível, terminar a vida de forma digna e sem sofrimento, serem cuidados pelos seus na progressiva diminuição de suas capacidades, continuarem a participar das decisões que envolvem a comunidade e prolongar ao máximo as conquistas e prerrogativas sociais, como propriedade, autoridade e respeito (SIMMONS, 1945). Por outro lado, generalizações quanto à condição do idoso em sociedades tradicionais somente apontam para a necessidade de que esta seja interpretada a partir de um sistema específico que lhe dê sentido próprio. Ao se estudar o papel do idoso em sete tribos africanas, em todas elas existe a idéia de que os jovens querem que os anciãos morram. Em suas narrativas míticas, há rituais que separam os idosos da convivência com o grupo, banindo-os ou exterminando-os, para que os jovens assumam o controle. Mas sempre acabam por ser colocados diante de um problema grave que ameaça a sobrevivência da comunidade e cuja solução desconhecem. A resposta está com o último idoso sobrevivente, mantido a salvo às escondidas por parentes dedicados, e que retorna, dessa forma, como salvador do grupo inteiro e marcando o início de uma nova era de respeito aos idosos (RIFFIOTIS, 2000).

Os mitos demonstram a importância da conciliação e do reconhecimento intergeracional para o equilíbrio necessário à organização social. Questionando o regime imposto pelos velhos, os jovens passam de rebeldes insatisfeitos a reformadores sociais, como fundadores míticos da sociedade e agentes da re-atualização da ordem. Ao mesmo tempo, relacionam o poder a um saber adquirido por mérito e experiência, motor do reconhecimento social, pelo qual não basta ser velho para ser sábio, mas deve-se dar provas da sabedoria.

Um excelente exemplo de como o estudo de culturas distintas contribui para entender aspectos da nossa própria está no trabalho clássico de Evans-Pritchard entre os Nuer, no Sudão. O trabalho com esse povo demonstrou bem os ritos de passagem de entrada na adolescência a que os meninos devem se submeter de modo a alcançar reconhecimento e respeito ante os outros. A mudança para o estágio seguinte não se orienta pela idade cronológica dos indivíduos e sim com a transmissão de um status social, mediante o cumprimento de rituais de passagem (EVANS-PRITCHARD, 2002). Interessantemente, entre os Nuer, quaisquer tentativas de determinar o tamanho de uma linhagem se limitam a apenas oito parentes, os mais antigos sendo os próprios fundadores da tribo. Estabelecer os critérios pelos quais alguns ancestrais são lembrados e outros são esquecidos na construção de suas linhagens de parentesco tem toda relação com o envelhecimento dentro de uma instituição e com seus processos de reorganização da memória coletiva de seus membros. Ao se deter sobre esse aspecto da cultura Nuer, suas observações contribuíram sobremaneira para o estudo do envelhecimento em instituições a se considerar como instituição uma cultura distinta ou um local de confinamento como uma instituição total.

A integração dessas questões com a saúde do idoso e com a doença mental pode ser demonstrada tanto estudando-se tanto outras culturas como a nossa própria. A avaliação da gravidade de um problema de saúde entre a população idosa de Bambuí (MG) era determinada não apenas pelo problema em si, mas principalmente diante da possibilidade de enfrentá-lo, a qual estava associada tanto ao apoio dado pela família e rede social como pelo acesso a cuidados médicos. A situação econômica do próprio idoso e sua família surgia como fundamental ao configurar uma representação da saúde como dependente de dinheiro e refletindo as desigualdades que caracterizam o acesso do brasileiro idoso aos

serviços de saúde e medicamentos. Tal representação no contexto atual de promoção da saúde dificilmente incentivaria a população idosa a se preocupar com o envelhecimento bem sucedido e desenvolver hábitos saudáveis, por exemplo, e a atenção para esses aspectos é da maior importância ao se pensar em estratégias de intervenção adequadas a essa população (UCHÔA, 2003). Com relação à doença mental, experiências de doença e narrativa foram bem estudadas em Nordeste de Amaralina (BA), onde o próprio adoecer psíquico e as representações do mesmo para pacientes e suas famílias foram abordados por psiquiatras e antropólogos e resultando em um trabalho belíssimo que muito tem a contribuir para essa questão (ALVES, RABELO e SOUZA, 1999).

As correlações entre Antropologia, Psiquiatria e Gerontologia só nos levam a pensar em como unir as três no estudo de uma população bem particular, constituída pelos idosos em internações de longa permanência em instituições psiquiátricas. O envelhecer em uma instituição total é uma experiência das mais singulares e que leva à correlação entre o processo de envelhecimento biológico, o conceito de instituição enquanto cultura independente e o seu papel em produzir doença mental. Identificando esses processos e inserindo-os em seus contextos históricos, nos capacitamos a confrontar nossas próprias representações da velhice e da loucura não apenas com um olhar contemplativo, mas nos fazendo pensar, enquanto sociedade, o que fizemos para confinar ali tantas pessoas. Questionando nossas visões passadas e estereotipadas nos capacitamos para efetuar o movimento oposto, ou seja, a reinserção deles em nossa sociedade, que, afinal, também é deles, e da qual, a despeito dos preconceitos e estereótipos a que sempre estiveram e estão sujeitos por parte dela, nunca deixaram de fazer parte.

E nesse ponto, a Antropologia apresenta uma nova contribuição, pois há mais tempo analisa os sistemas de troca sob os conceitos de dádiva e reciprocidade e seu papel no estabelecimento e manutenção do tecido social em diversos grupos e sociedades. Um pouco dessa análise é apresentada nas páginas seguintes, sem a pretensão de ser abrangente, mas com a preocupação de ser clara e relevante para a análise dos laços sociais entre os moradores dos SRT do IMASJM.

O Social Como Dádiva

Na sociedade moderna, o indivíduo é invadido por uma quantidade inacreditável de relações sociais, influenciando e sendo influenciado por um número impressionante de pessoas, autoridades, instâncias e instituições que perpassam sua vida. E na pós-modernidade atual, o modelo dominante é o representado pelo mercado, que mediante o uso do dinheiro como “ficha simbólica” (GIDDENS, 1991), a tudo aliena e põe um preço. No contexto da ruptura do modelo comunitário, o mercado confere a liberdade de se sair de uma relação que não mais se aprecia e essa liberdade se funda na liquidação imediata e permanente da dívida. O modelo mercantil de troca pressupõe que toda troca é completa. As relações são pontuais e não comprometem o futuro, ou seja, não têm futuro e, portanto, não formam um sistema de obrigações. Se os conflitos são resolvidos pela mão invisível do mercado, a idéia de que os interesses privados conduzem ao bem público significa que, de uma perspectiva utilitarista, para fazer funcionar a sociedade, basta controlar as paixões e os desejos, prescindindo da virtude, da autoridade e da tradição, em prol da vontade e dos interesses da maioria (GODBOUT, 1998).

Contudo, a solução do mercado, tal como apresentada pelos pensadores do Utilitarismo, é uma ilusão, haja vista que não resolve os conflitos, mas os incrementa. E é incapaz de responder aos problemas atuais da sociedade, pois pressupõe laços sociais fracos e relações limitadas ao presente, além de acarretar exploração, injustiça e desigualdade.

Levando-se em conta o papel do Estado, a ele caberia a tarefa de recompor a sociedade nos moldes ideais, mas ele não é suficiente para isso, pois decidiu se desobrigar da economia, bem como de inúmeros aspectos da vida social, deixando à própria sorte uma grande parcela da população, justamente a mais carente e que mais dele necessita por sofrer os efeitos do funcionamento do mercado, que cria a desigualdade e a injustiça. É esse nó de contradições e impotências que constitui o contexto social onde se faz o apelo à dádiva no cuidado, cada vez mais e em toda parte.

Por definição, a dádiva que se pretende estimular não é aquela forçada pelo Estado ao criar novos tributos ou impostos e que obriga a maioria a partilhar o pouco que tem com os mais necessitados, tentando preencher as brechas que o mercado abre sem cessar, sob sua anuência plácida camuflada de perplexidade complacente. Trata-se da dádiva enquanto

fenômeno humano e universal, existente em todas as culturas, pois sem ela não há interação social, não há comunidade, não há sociedade. Apesar de dar margem a aspectos particulares e nem sempre transparentes dessa interação, como o clientelismo ou o nepotismo, é a mesma dádiva que se confunde com a solidariedade capaz de mobilizar pessoas que não se conhecem nem nunca se encontrarão, mas que, durante uma campanha beneficente ou de ajuda humanitária, pode fazer um donatário qualquer encarnar a miséria do mundo inteiro em seu apelo e receber dele a ajuda que lhe faz falta ou um doador de sangue, medula óssea ou órgãos amar toda a humanidade no ato de doar uma parte de seu próprio corpo (GODBOUT, 1998; GODBOUT e CAILLÉ, 1999).

Espremada entre o mercado e o Estado e não se enquadrando em quaisquer desses paradigmas, a dádiva permite a discussão de diversos aspectos da vida social, consistindo mesmo em uma imbricação de suas várias dimensões (GODBOUT, 1998). Basta pensar no que circula entre amigos, vizinhos, parentes, sob a forma de presentes, hospitalidade e serviços e, na sociedade moderna, sob a forma de doações de dinheiro, sangue, órgãos, benevolência, entre tantas outras, tendo em mente que o que circula entre próximos se caracteriza não pela ausência de obrigações e sim pela ausência de cálculo. O ato de dar é encadear três obrigações: de dar, com propriedade, de aceitar ou receber e de retribuir, uma vez que se aceitou (MAUSS, 1974). E isso de modo a reduzir no outro o sentimento de dívida que deve ser ressarcida logo, mantendo o sistema em um estado de incerteza de modo que a confiança se manifeste. Refletir acerca da dádiva é tentar compreender o que é uma obrigação moral ou social, pois dar com a certeza de que não sairemos perdendo é a base de qualquer sociedade.

A dádiva é qualquer prestação de bem ou serviço sem garantia de retorno, visando a criar, alimentar ou recriar os vínculos sociais entre as pessoas, no que constitui o fundamento de toda sociabilidade e comunicação humana. Seria tudo o que circula na sociedade em prol ou em nome do laço social e o alimenta, e que não está relacionado à violência física, ao mercado ou ao Estado. A dádiva se coloca inclusive em um pólo oposto ao do mercado, pois enquanto o sistema mercantil se caracteriza pela transação pontual de modo a liquidar a dívida, a dádiva visa justamente à criação e manutenção da dívida, expressa pelos laços de aliança entre as pessoas. Por essa razão, seu estudo assume um

lugar absolutamente ímpar para a Antropologia (GODBOUT, 1998; GODBOUT e CAILLÉ, 1999).

O texto fundamental que deu partida a todo o campo de estudo trata-se do “Ensaio Sobre a Dádiva” de Marcel Mauss, que lançou as bases do problema do lugar ocupado pela reciprocidade na formação da cultura. O livro é uma extensa investigação sobre as formas de troca em diferentes sociedades, de modo a estudar a natureza das transações humanas e rastrear nos direitos primitivos e antigos o estado das categorias que o Direito moderno separou, como a diferença entre coisas e pessoas. O argumento central do Ensaio é que a dádiva produz aliança, seja ela de ordem matrimonial, política, religiosa, econômica, jurídica, diplomática ou mesmo de hospitalidade, justamente pelo conceito de dom incluir presentes, visitas, festas, comunhões, convites e tributos. A vida social seria constituída pela tríplice obrigação: dar, receber e retribuir. E a troca é discutida como fenômeno a partir do qual se pode ter acesso a todos os aspectos da vida social que estariam nele concentrados, encaixando-se no conceito de **fato social total** (MAUSS, 1974). Daí a importância de se entender como as trocas são concebidas e realizadas em diferentes contextos socioculturais, entendendo-se como trocas não somente circulação de bens materiais, mas de pessoas, mulheres, nomes, títulos, palavras, convites e festas. Por exemplo, ao receber alguém, torna-se um anfitrião e abre-se a possibilidade de se tornar um hóspede. Ao aceitar um presente, o receptor aceita algo do doador, deixando de ser um outro e tornando-se um semelhante. Não se trata de estudar a economia primitiva, mas a circulação de valores como um momento do estabelecimento do contrato social. Para tanto, partindo de um provérbio norueguês, Mauss realiza comparações entre várias regiões do mundo, valendo-se de dados etnográficos colhidos por observação de outros, pois nunca fez pesquisa de campo. A etnografia da troca dá um novo sentido às etiquetas sociais, mostrando que por mais que estas variem, reiteram que para se dar algo adequadamente, é preciso se colocar no lugar do outro (LANNA, 2000).

O trabalho de Malinowski em “Os Argonautas do Pacífico Ocidental” é a pedra fundamental dos modernos estudos sobre os sistemas de troca primitivos ao descrever o *kula* (o termo quer dizer círculo), ponto de partida da análise de Mauss. O *kula* pode ser entendido como um comércio intertribal por implicar uma troca circular que ocorre entre populações de diversas ilhas do arquipélago das Trobriand, na Melanésia, envolvendo

milhares de indivíduos ligados por relações diárias de parceria. Mas as semelhanças param aí, pois trata-se de um sistema de obtenção de prestígio e renome por meio de trocas materiais, minuciosamente regulado em seus menores aspectos e inserindo os nativos em um ciclo interminável de prestações e contraprestações. Os trobriandeses o distinguem das trocas puramente econômicas, de mercadorias úteis (chamada *gimwali*), pois no *kula*, trocam-se apenas dois artigos: colares e braceletes. E sob regras precisas, pois em cada dupla de parceiros, um oferece braceletes e o outro retribui com colares, tal qual um grande círculo de trocas onde cada nativo receberia colares com uma mão e braceletes com a outra e os repassaria somente a quem estivesse a seu lado. À aparente inutilidade dessas transações, pois os objetos trocados nem seriam tão usados por eles, contrapõe-se seu valor em unir toda a sociedade do arquipélago. Não se trata de escambo, mas presentes retribuídos depois de algum tempo. O que garante o respeito às regras é o fato de, para os trobriandeses, a riqueza não estar na posse de objetos, mas na generosidade em dar o que se tem. Obviamente os nativos sabem os motivos, as regras e os objetivos do que fazem. O que lhes escapa (e cabe ao etnógrafo perceber) é a estrutura geral do processo.

A generosidade em retribuir assume a feição de verdadeira batalha por prestígio entre os nativos da costa noroeste da América do Norte estudados por Franz Boas. Ao analisar o sistema de crédito entre eles, notou que, por serem ágrafos, o ato de contrair e saldar dívidas deveria ser feito em público para que as transações fossem testemunhadas por um grande número de pessoas. Isso se dava durante o *potlatch*, cerimônia na qual os objetos trocados, quase sempre peças de cobre, eram destruídos diante dos olhos de todos. Para eles, deve-se dar sempre mais do que se recebe no *potlatch* anterior, ato interpretado por Boas como uma manifestação do empréstimo a juros (BOAS, 2004). Mas Mauss, ao estudar o *potlatch*, enfatiza a rivalidade e a destruição das riquezas inerente às trocas. Chefes e vassalos destroem imensas riquezas de modo a obter prestígio e renome. Tais trocas expressam o potencial insultuoso dos presentes em geral, pois retribuir o presente recebido e de modo adequado é essencial para manter o prestígio, honra e autoridade. No *potlatch*, se dá alguma coisa para esmagar o outro com o peso de uma dádiva que ele não possa retribuir. Por isso, se retribui mais do que se deu, de modo a manter o desafio. É o que Mauss denomina prestações agonísticas, que visam a colocar o outro em dívida permanentemente, fazendo-o perder prestígio. Ao associar troca e sacrifício, conclui que

dar associa-se à vida e receber, à morte. Dessa forma, destruir as mercadorias trocadas recria a vida do doador, pois evita a retribuição. Até casas do próprio grupo podem ser queimadas, pois nessa lógica, quanto mais se destrói, mais prestígio se adquire. E a exemplo do *kula* trobriandês, os cobs destruídos do *potlatch* são signos de riqueza e meios de troca (MAUSS, 1974).

A passagem de atos isolados de oferta e aceitação de bens materiais para um sistema minuciosamente regulado de trocas ou como e porque as coisas dadas são retribuídas define os rumos do Ensaio. As duas vertentes da dádiva, transações voluntárias aparentemente espontâneas e retribuições obrigatórias, geram inquietação. O exame do problema da retribuição das trocas sob o prisma de responder à questão sobre que força haveria na coisa dada que faria o donatário ter de retribuir ao doador leva Mauss a buscar uma resposta na natureza dos objetos trocados. E encontra, na categoria maori de *hau*, a sua resposta. Ao se deter sobre a explicação das trocas na fala do sábio Tamati Ranaipiri, recolhida pelo trabalho do etnógrafo Elsdon Best na Nova Zelândia em 1909, descreve uma teoria nativa de reciprocidade, na qual as coisas dadas teriam uma alma (o *hau*), que as faria retornar àquele que anteriormente as possuiu e deu. As coisas dadas teriam algo do doador mesmo que afastadas dele e assim, as almas estabeleceriam vínculo a partir das coisas trocadas entre as pessoas (GODELIER, 2001).

O sistema de prestações e contraprestações ganha sentido com a virtude espiritual nas coisas trocadas. Como ato de dar, como doação, a dádiva reproduz as relações sociais e pessoais, sendo simultaneamente forma e conteúdo destas. Por conter e unir ao mesmo tempo algo que vem das pessoas e que está presente em suas vidas, encarnando ambas ao mesmo tempo, por representar, significar e totalizar o conjunto das relações sociais, do qual é instrumento e símbolo, a dádiva é um fato social total (MAUSS, 1974).

Anos mais tarde, ao homenagear a obra de Mauss, Lévi-Strauss (1974) aponta a falha deste ao interpretar a fala do sábio sob um prisma místico, pois, na realidade, toda a vida social seria interpretável como troca e a sociedade seria compreendida em termos de linguagem. O erro de Mauss seria ter tomado o modo como os nativos viam a obrigação como sua razão última. Assim o *hau* seria apenas o modo consciente como aqueles nativos teriam interpretado a necessidade inconsciente de realizar as trocas. A razão de tal

necessidade foi atribuída por ele às estruturas inconscientes do pensamento, os **significantes flutuantes**. Para ele, o que as pessoas acreditam estar fazendo seria muito diferente do que efetivamente pensam e fazem. “*Esses tipos de noções (mana, hau) [...] intervêm [...] para representar um valor indeterminado de significação, vazio em si mesmo de sentido e, portanto, suscetível de receber qualquer sentido, cuja única função é preencher um espaço entre o significante e o significado*” (LÉVI-STRAUSS, 1974).

Desse modo, a investigação etnográfica visaria à apreensão de uma realidade subjacente ao próprio discurso, onde as representações do mundo, os significantes flutuantes, nada diriam sobre o mundo em si, mas apenas sobre aqueles que as pensam. A realidade inconsciente da mente nativa seria acessível ao se examinar as instituições e a linguagem ao invés se deter sobre suas elaborações conscientes, como o fizera Mauss. Os símbolos dominariam o imaginário e teriam precedência sobre o real, pois “*...como a linguagem, o social é uma realidade autônoma*”. Assim, “*os símbolos são mais reais [do] que aquilo que simbolizam, [e] o significante precede e determina o significado*”. A partir daí, lançou as bases da Antropologia Estrutural e da “*origem simbólica da sociedade humana*” (LÉVI-STRAUSS, 1974). A proibição do incesto segue o mesmo modelo do sistema da dádiva, o da reciprocidade obrigatória, elemento essencial de constituição da cultura, pois as coisas mais importantes só se obtêm por dons recíprocos (dádiva), e nesse contexto, as mulheres seriam o presente supremo. O parentesco seria troca (de mulheres entre os homens) e a aliança assim constituída teria peso maior que a descendência em si (LÉVI-STRAUSS, 2003).

A dádiva também pode ser estudada com base nos objetos que não fazem parte dos sistemas de troca e que devem ser guardados em vez de trocados, como o fez Maurice Godelier, contrapondo-se às teses de Lévi-Strauss e restaurando a primazia do imaginário sobre o simbólico. Ao estudar objetos sagrados a partir dos dados etnográficos de Annette Wiener, nas mesmas Ilhas Trobriand, e de suas próprias observações entre os *baruya* da Nova Guiné, viu que eles surgem como substitutos dos homens e dos deuses e que, em qualquer sociedade, existem bens que não se dão e nem se trocam. Conclui que o social é a interdependência entre o que se dá e o que se guarda. Os bens excluídos da troca assim o são porque sustentariam a identidade individual e grupal. O objeto dado não se afasta do doador, mas a força na coisa dada que obriga à reciprocidade não seria de ordem religiosa.

À luz de uma nova tradução do texto original de Ranaipiri, conclui que a interpretação de Mauss estaria descontextualizada ao enfatizar o aspecto religioso da fala e que “...o que a religião faz não é impor um caráter inalienável às coisas comuns, mas impor um caráter sagrado à proibição de aliená-las”. O movimento dos objetos deve-se à vontade dos homens, mas seriam movidos por forças subjacentes e imanentes, necessidades impessoais que agem nos indivíduos, pois justamente mediante suas ações, a sociedade se cria e recria independentemente da forma e do grau de consciência que os atores sociais tenham desses processos. Desse modo, os homens, em vez de atores, seriam atuados pelos objetos. Ou como se os homens falassem entre si usando os objetos como meio de comunicação (SAHLINS, 2003). É o mundo do imaginário que surge nesse tipo de crença e o simbólico seria apenas a face visível do sistema, mas não se confundiria com ele. Para Godelier, os significantes flutuantes de Lévi-Strauss e a ênfase dada às estruturas mentais inconscientes ocultas sob o emaranhado de práticas e representações da dádiva de cada cultura desviariam a atenção devida à diversidade das formas culturais. Seria a ênfase no simbólico em detrimento do real. O social não seria redutível à soma das trocas possíveis, mas haveria uma outra esfera, constituída por tudo o que se acha que se deve excluir da troca, da reciprocidade, e que se deve conservar e enriquecer. A fórmula “*guardar para (poder) dar, dar para (poder) guardar*” permitiria tomar a verdadeira medida do homem enquanto ser social, precondições de qualquer sociedade. O imaginário não pode se transformar em social, fabricar “sociedade”, existindo apenas “idealmente”. Precisa materializar-se em relações concretas que tomam forma e conteúdo nas instituições e, claro, nos símbolos que as representam e fazem com que correspondam entre si, que se comuniquem. “*Materializando-se em relações sociais, o imaginário torna-se parte da realidade social*” (GODELIER, 2001).

Estudos posteriores em outras culturas vêm fornecendo novos substratos, correlacionando bens trocados com a aquisição de respeito diante de tribos vizinhas e potencialmente agressoras. Fredrik Barth, ao estudar a sociedade *patane*, viu que, entre eles, a honra depende das aparências. Os líderes dos clãs competem por status e poder, gastando sua riqueza em presentes e ostentações de hospitalidade de forma a manter adversários à distância e fornecer confiança a seus seguidores, que, em troca, oferecem-lhes serviços e lealdade. A semelhança de tais demonstrações com o *potlatch* é evidente. Um

grande número de seguidores confere ao líder honra e poder para humilhar os rivais, mas a necessidade de satisfazer as necessidades materiais de um grande número de súditos os força a guerras freqüentes (BARTH apud BURKE, 2000).

Originalmente estudada tendo como universo as sociedades tradicionais, reflexões sobre a dádiva acompanham a história do pensamento antropológico e servem de base para a discussão de natureza da vida social em seus vários aspectos. Ao voltar seu interesse também para as sociedades contemporâneas, urbanas, seus sistemas de troca passaram a ser objeto de análise e estudo.

Isso é especialmente evidente ao se deter sobre festas e presentes de aniversário. Na posição de palco onde tais fenômenos têm lugar e se expressam, as festas de aniversário também podem ser vistas como fatos sociais totais. E no contexto da dádiva, os presentes e bens trocados, por seu caráter pessoal, servem como veículos para a expressão das pessoas. A dádiva seria, portanto, uma forma de reelaboração do *self* e os indivíduos o fazem constantemente nas coisas que dão e recebem dos outros (GOFFMAN, 2007). A dádiva seria vista como forma de construção de imagens de si e manipulação de impressões, pois todo presente carrega um potencial de insulto (a exemplo do visto no *potlatch*), do qual cabe ao indivíduo desprovê-lo mediante uma utilização habilidosa das regras sociais vigentes. Assim, o potencial dos presentes em insultar ou prestigiar viria justamente da sua capacidade de servir de expressão para doadores e donatários, como uma mistura de pessoas e coisas. Aceitar um presente é a imposição de uma identidade e sua contrapartida é a rejeição da imagem de si pela recusa do presente que a objetifica. Para que o presente realize sua natureza de ato de comunicação, é preciso levar em conta a resposta que suscita, mesmo que frustre a expectativa criada com sua oferta. O sentido é um convite à parceria, mas o significado só se concretiza na reação do donatário. O intervalo entre a dádiva e a contradádiva é que permite a conciliação entre a visão nativa do presente como espontâneo e desinteressado e a externa, como obrigatório e calculista. O tempo permite ao indivíduo auto-enganar-se, facultando-lhe ver como espontâneo um ato que, se retribuído imediatamente, daria a impressão de simples escambo. A dádiva supõe uma incerteza quanto à forma e a ocasião da retribuição, e mesmo quanto à própria ocorrência desta. (MAUSS, 1974; COELHO, 2006, GOFFMAN, 2007).

A reciprocidade e a dádiva em circuitos simétricos e assimétricos de troca são o cimento de qualquer sociabilidade, mas a se considerar a complexidade do mundo atual, é preciso saber de que tipo de reciprocidade se trata, do seu contexto social, seus limites comunitários, seus circuitos, de quem dela faria parte e sob quais critérios ou razões. O laço social ou as novas formas de reciprocidade embasariam as novas convivências e constituiriam o novo contrato da civilidade, que não seria nem mais o civil com o mercado, nem o político com o Estado, mas um contrato de cada um com todos os que formam a comunidade nacional. Seria a repolitização dos laços sociais reaproximando o social e o político. O espaço social da reciprocidade moderna deve ser construído em cada instância, em contraste com as formas em vigor (ZALUAR, 1997). Com relação ao mercado e ao Estado, os contrastes vêm sendo evidenciados no trabalho de Jacques Godbout e Alain Caillé. A diferença entre dádiva e mercado reside justamente no papel deste em tornar as relações impessoais por meio do dinheiro, que intermedia as trocas, e por sua retribuição se dar de imediato, por meio do pagamento. A troca baseada no princípio da equivalência medida pelo dinheiro extinguiria a relação no próprio ato de trocar. A relação começa e termina ali. No Estado, o princípio da movimentação de bens e serviços é o da equidade, em um sistema baseado em relações impessoais e burocráticas, movido pelas concepções do Direito em uma perspectiva universalista e jurídica de justiça. Nas comunidades domésticas, onde vigoram as relações baseadas no amor e na amizade, a reciprocidade é de natureza restrita ou generalizada, mas dentro do alcance de seus laços primários, envolvendo pessoas que se conhecem entre si e mantêm muitos laços de longa duração. Comunidades como famílias, aldeias, grupos e vizinhanças antigas têm perspectivas particulares de justiça que fogem do âmbito jurídico e se aproximam do que já foi chamado de valor de ligação, o que agrega e reúne pessoas em relações duradouras (CAILLÉ, 1988; GODBOUT, 1998; GODBOUT e CAILLÉ, 1999; CAILLÉ, 2006).

Na reciprocidade moderna, a dádiva entre estranhos assume papel fundamental, por ser oriunda de um ato gratuito e livre do doador para um receptor que pode nunca ser conhecido. Hoje, outras associações voluntárias e participativas, onde se trocam serviços e todas as formas de comunicação que criam relações sociais entre parceiros estão surgindo como representantes legítimos desse movimento ao estimular a participação ativa e o engajamento responsável. O efeito é estabelecer ligações de vários tipos, seja pela doação

do bem ou pela participação na discussão pública sobre a alocação desse bem, em um circuito de reciprocidade que incluiria tanto bens mercantis como quanto os não mercantis, como segurança, educação, segurança e saúde. Mas sendo a inclusão e a exclusão social os efeitos das políticas de redistribuição de bens, o estudo da dádiva no contexto da sociedade atual não seria capaz de fornecer uma interpretação? Não teria a dádiva toda a pertinência em explicar os problemas gravíssimos nela existentes que sejam oriundos de processos perversos de inclusão/exclusão? A busca por respostas para essas questões nos leva a uma nova leitura do conceito de dádiva com vistas a uma aplicação. Mesmo que não nos dê o caminho a seguir, pode ao menos fornecer a direção para onde se deve olhar.

A exclusão social é ao mesmo tempo de justiça e institucional. Se a criminalidade atual pode ser entendida sob o prisma da falência da família e do Estado enquanto instituições destinadas respectivamente a oferecer modelos de moralidade e respeito às leis e de se fazer presente nas comunidades mais necessitadas, permitindo que seu lugar fosse ocupado pelas organizações criminosas, como o tráfico de drogas, não seria seu avanço um sinal do fracasso da reciprocidade e da dádiva em se estabelecer valores que norteiem a vida social? A falta de modelos destrói o equilíbrio nas redes locais de sociabilidade e solidariedade e a quebra dos laços dentro da família e da vizinhança abre espaço para que o crime ocupe essa lacuna, ao inverter o sinal dos circuitos de reciprocidade da solidariedade para a vingança, do agônico para o antagônico e da rivalidade esportiva ou cultural para a rivalidade mortal. Sendo assim, é urgente que as políticas de redução da criminalidade mantenham o foco em recriar e reestabelecer tais redes sociais (ZALUAR, 1997). Reatar os nós frouxos ou desfeitos do tecido social faz parte indissociável de um processo de ressignificação da sociedade o qual é imprescindível a cada um de nós enquanto parte integrante dela.

Mas e quando a instituição causadora da exclusão de uma categoria específica de indivíduos já foi identificada como tal? E quando as observações dos pesquisadores sobre esse papel já foram aceitas por uma grande parcela da sociedade, tendo caído inclusive na pauta das políticas públicas visando à correção de tais disparidades? E se essas políticas levassem à aprovação de leis e medidas com o objetivo de destruir completamente a instituição causadora de exclusão e reformular nesse processo todo o imaginário da sociedade que criou a categoria conceitual que excluiu aquelas pessoas de seu seio de modo

a recebê-las de volta? Se essa trajetória puder ser auxiliada por políticas que tenham por objetivo a reinserção total desses indivíduos na comunidade mediante o estímulo às redes locais de solidariedade, não seria essa a situação ideal a que todos os estudiosos do fenômeno do crime almejam e por que tanto lutam? Gostaria de mostrar com essas comparações que, ao menos para um grupo singular de excluídos, os doentes mentais, e para uma instituição específica causadora de exclusão, o asilo, esse processo de desconstrução já começou.

A Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da assistência são elementos legítimos desse movimento, o qual se encontra em andamento há décadas e cuja estratégia mais recente e inovadora está representada por um mecanismo baseado exatamente na adaptação do indivíduo portador de transtornos mentais crônicos de volta à sociedade e encarando o meio ambiente em que ele vive (o território) e os laços de sociabilidade locais baseados na dádiva (as redes sociais) como os próprios princípios ativos fundamentais no tratamento visando sua reinserção. Este mecanismo chama-se Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

Os SRT surgiram recentemente como alternativa viável de tratamento no contexto da reforma psiquiátrica e desinstitucionalização da assistência, integrando os conceitos de território e redes sociais na prática assistencial como peças-chave fundamentais na adaptação dos indivíduos à vida fora da instituição. A imagem de rede traz um modelo de compartilhamento de recursos no fornecimento de cuidados para responder a necessidades múltiplas de ordem clínica (psiquiátrica, psicológica, etc.), material (renda, moradia, cultura, lazer, comida trabalho, etc.) e afetiva, no que requerem cada vez mais ações solidárias de governos, voluntariado e cidadãos comuns. Isso está em consonância com as alternativas propostas acima nos contextos das políticas públicas de segurança e de reconstrução do tecido social esgarçado pelo mercado (PITTA, 1996; GODBOUT, 1998; ZALUAR, 1997). Ao menos no que concerne aos SRT e à desinstitucionalização, a dádiva e o estímulo aos laços de reciprocidade passaram de modelos teóricos ideais para elementos de aplicação imediata.

Por outro lado, os sistemas de dádiva e reciprocidade interessam à Saúde Mental devido à correlação entre o adoecer psíquico e a processos de mortificação do eu

característicos da carreira institucional, ligados à perda de valor intrínseco do paciente tão logo é admitido em uma instituição total. Partimos do pressuposto que, no universo social, as relações de troca são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Esse valor pressuposto é que lhe confere seu poder contratual, expresso nas dimensões de trocas de bens, mensagens e afetos. Essa é a grande troca afetiva e material do ser humano, pois a habilidade do indivíduo em efetuar suas trocas relaciona-se à adaptação deste ao universo da cultura em que se encontra e à sua própria condição de sujeito social pleno. A partir do diagnóstico psiquiátrico, o indivíduo assume um valor negativo, anulando sua contratualidade e tornando praticamente impossível qualquer possibilidade de trocas. O hospício seria o lugar da troca zero e o doente mental passa a ter positividade apenas na sua dimensão de doente, destruindo qualquer valor da pessoa que lhe assegure como sujeito social (TYKANORI, 1996; ROTELLI, 2001).

Muitos pacientes têm um nível de contratualidade no seu espaço habitacional que tende a zero, seja por não possuírem casa, e a casa é um marco, ou por não terem rede social que os sustentem. Porque não sabem, não podem ou têm uma capacidade de produção social muito baixa e limitada. Dessa forma, a reabilitação psicossocial levada a cabo nas residências terapêuticas é um processo de reconstrução da cidadania dos indivíduos com transtornos mentais crônicos, bem como um exercício de plena contratualidade, a se efetuar nos cenários da casa, do ambiente de trabalho e do território, os quais passam a se constituir em espaços de troca (SARACENO, 1999). As perspectivas de tratamento têm como objetivo proporcionar que atinjam patamares cada vez maiores no gerenciamento de suas vidas e possibilidades sempre maiores de autonomia, aumentando-lhes a capacidade de escolha, de realizar suas trocas e construir seus laços sociais. E a reabilitação psicossocial assume a função de restituição do poder contratual do indivíduo, aumentando o valor de suas trocas e ampliando sua autonomia. O papel da equipe é ajudá-los a estabelecer laços com pessoas e lugares desconhecidos, muito embora essa tarefa possa ser difícil para pacientes com comprometimentos decorrentes de sua condição básica ou de seu período de institucionalização.

Subjacente ao esforço de fazer um resumo de trabalhos que permitissem formar teorias sobre o uso da dádiva para explicar a natureza da vida social, evidencia-se que dar,

receber e retribuir são obrigações universais e organizadas de modo particular em cada grupo humano estudado, sejam culturas isoladas, casais, famílias e mesmo a sociedade inteira. Com isso, pode-se analisar com propriedade ambientes humanos não antes analisados sob o paradigma da dádiva, como, no caso desse trabalho, idosos em residências terapêuticas.

Ao se correlacionar as bases do trabalho nos SRT com o sistema de dádiva, suas prerrogativas tornam-se imediatamente auto-evidentes, pois seus problemas se colocam em contextos mais amplos. A interdisciplinaridade inerente a esse processo leva indivíduos trabalhando em determinados contextos de ação a contribuir com suas idéias para o progresso do trabalho de outros e para a solução de problemas aos quais suas observações nunca foram relacionadas, simplesmente por terem se dado sob outra perspectiva. De tal modo a percepção disso não lhes tira valor como, pelo contrário, lhes agrega um ainda maior. Inserir a dádiva no contexto da Reforma Psiquiátrica tem, assim, o mesmo papel que inseri-la no estudo da violência urbana, do mercado, da doação de órgãos, da amizade, do amor ou da troca de presentes. A interdisciplinaridade torna-nos atores uns dos outros. No âmbito das relações pessoais, é a dádiva a responsável por fazer da família e amigos uma falha na tessitura do universo, uma solução de continuidade na própria existência humana.

A Dádiva na Desinstitucionalização

Os aspectos mais atuais da desinstitucionalização psiquiátrica, ao serem analisados sob o contexto dos sistemas de dádiva e reciprocidade, revelam semelhanças tão grandes e de tal monta com os problemas gravíssimos enfrentados por todos nós enquanto sociedade que o reconhecimento de que ambos se constituem em meros reflexos de um mesmo problema é um pressuposto fundamental na compreensão de que se está a lidar com aspectos de uma questão básica para possibilitar o planejamento de soluções em comum. Questões em aberto suscitam esforços de diversos atores, por meio da aplicação do conhecimento em suas áreas específicas, na busca de soluções para elas e na luta política para sua implantação. Tal movimento é característico de todas as ciências, mesmo que as questões levantadas sejam de cunho eminentemente teórico, referentes a visões de mundo ou idéias específicas que se quer fazer prevalecer. E a originalidade de tais idéias quase

sempre se relaciona a áreas de fronteira entre vários saberes. No que concerne a questões de ordem prática, a interação entre esses saberes deve se dar ainda mais intensamente ao se identificar que problemas relativos a cada campo de conhecimento podem ser perfeitamente interpretados como aspectos específicos, contextos locais, de um mesmo problema mais abrangente e universal, em última análise, e que afeta a todas elas expressando-se de modo diverso conforme os contextos analisados. A falta da visão global e integrada dos diversos saberes faz com que as soluções aos problemas graves da sociedade venham sendo propostas, planejadas e implantadas em contextos locais de ação. E com diferentes graus de sucesso, conforme a gravidade da questão para a sociedade e a força política dos grupos envolvidos que fazem com que ela reconheça a questão por eles levantada. Uma proposta global para a sociedade só faz sentido se for pensada globalmente, ainda que se aja localmente.

Se tal ação local se dá no contexto teórico particular de cada disciplina, a questão recai sobre o motivo de algumas ciências estarem em evidência em detrimento de outras e a consequência direta disso é que suas questões passam a liderar a agenda das políticas públicas em detrimento das outras, as quais podem bem ser de igual relevância. Talvez seja pelo modo particular como suas descobertas ou propostas são comunicadas que uma cultura se diferencia da outra, ou que um campo de conhecimento seja reconhecido ou criado ou esteja em evidência. O SUS propõe a intersetorialidade, mas se os campos de conhecimento não se tocam, se cada um deles tem os seus jargões e não dialoga com os outros, o efeito será o de uma batalha teórica, levada a cabo na esfera das políticas públicas, de modo a obter recursos para si e para fazer valer sua agenda em detrimento da dos outros.

No que concerne a esse trabalho, a reforma psiquiátrica está alcançando os idosos em internação de longa permanência nas instituições psiquiátricas. Estão desinstitucionalizando idosos, mas sem a presença de um geriatra nas equipes de saúde mental ou, em última instância, sem o olhar da Gerontologia para essa questão. Por sua vez, a Gerontologia se volta mais para as questões relacionadas à promoção do envelhecimento saudável, sem aparentemente atentar que a discussão do envelhecimento com dependência está no esteio de uma discussão muito mais ampla que é a mudança de toda a sociedade de modo a torná-la mais acolhedora e inclusiva. Não apenas para o idoso, mas para o doente mental, para o doente mental idoso e para todas as pessoas que foram incluídas em

categorias que lhes propicia exclusão. Pobres, negros, mulheres, homossexuais, estrangeiros, deficientes físicos, crianças portadoras de retardo mental e síndromes genéticas, a lista é quase interminável. Felizmente o trabalho de vários pesquisadores com essas pessoas nos tem dado frutos importantíssimos, manifestados por vários artigos e livros que chamam a atenção para os problemas a eles relacionados. O conhecimento obtido a partir de seus trabalhos ajuda a conhecer a magnitude e a dimensão das questões. Mas nunca se pode esquecer que uma sociedade verdadeiramente inclusiva deverá estar atenta para que seus avanços nessa seara não sejam interpretados como concessões aos menos favorecidos, mas como um direito que lhes cabe e que lhes assiste e ao qual a sociedade inteira, ou seja, todos nós, tem a obrigação moral de fazer cumprir. A dádiva aqui não se assemelha a esmola e sim a respeitar o outro da mesma forma como se respeita a si mesmo.

E de forma a se conseguir tal objetivo, é imprescindível que os saberes dialoguem e percebam que seus problemas têm a mesma raiz. Saberes dialogam por meio da interação entre aqueles que os sabem e os representam diante de si e dos outros. E o diálogo se dá mediante a confluência de seus olhares e esforços para problemas específicos de seus objetos de estudo. Talvez uma forma de interação entre o individual e o social que passe pela fala face a face, ou pela observação dos atores em seus próprios contextos sociais, seja a resposta. E é isso a que esse trabalho se propôs a contribuir.

Apesar de sua entrada tardia no campo do envelhecimento e da saúde mental, a Antropologia vem dando contribuições fundamentais para inovar a abordagem das questões relacionadas à doença mental e à velhice. A primeira delas refere-se à relativização de ambas como construções universais e perenes, ao demonstrar que sua própria existência depende da cultura considerada. Uma segunda contribuição refere-se à construção de um quadro conceitual e metodológico inovador. A etnografia entra como método fundamental de construção de conhecimento para, ao penetrar em uma cultura específica, evidenciar de que forma aspectos ligados ao envelhecimento, à velhice e à loucura são organizados e adquirem significado. É para esta última que agora lançaremos o olhar na Parte II deste trabalho.

Parte II

As Residências Terapêuticas

Capítulo 5

Definindo a Metodologia

O Objeto

Qualquer campo de conhecimento pressupõe uma relação inegável entre discursos e práticas de modo que não apenas os primeiros ajudem na formulação das segundas, mas também as práticas possam ser levadas a efeito de modo a produzir conhecimento. Tal produção só é frutífera, entretanto, se articulada às práticas sociais que dele necessitam.

Na saúde mental, a articulação entre discurso e prática se faz ainda mais necessária, frente à constatação de que, até os dias atuais, as mais variadas políticas públicas e os planejamentos diversos na área da assistência psiquiátrica pouco conhecimento conseguiram construir sobre a população real a que se propõem a atender. Quem são essas pessoas idosas acometidas por transtornos mentais? Como experimentam seu envelhecimento? Que relação elas estabelecem com espaços de estruturação social importantes como o território, a família, o trabalho e a própria instituição a qual estão vinculados? Como lidam com o sistema de saúde que lhes é ofertado e os recursos terapêuticos disponibilizados e o que esperam dele? Essas questões ainda precisam ser largamente estudadas, principalmente no momento em que os pacientes com transtornos mentais crônicos encontram-se envelhecendo e necessitam de programas qualificados que lhes garantam a qualidade de vida a que têm direito em sua velhice, pelo Estatuto do Idoso recentemente criado.

A melhor forma de se conseguir as respostas a essas questões é entrevistando diretamente os próprios sujeitos da pesquisa. Neste trabalho, são eles os pacientes idosos com transtornos mentais crônicos já desinstitucionalizados, ou seja, moradores das residências terapêuticas. No entanto, isso raramente vem sendo feito. A idéia de levar a cabo semelhante trabalho não deixa de causar estranheza. Idosos portadores de transtornos mentais crônicos constituem uma população difícil de ser estudada, não somente devido à sua capacidade verbal por vezes ruim, mas principalmente por seu estado de “desligamento” comum nos pacientes crônicos, além da presença de sintomas psíquicos

causadores de grande sofrimento por quem deles padece (NEWTON *et al.*, 2000). A despeito dos avanços na reforma psiquiátrica, a fala dos indivíduos portadores de transtornos mentais ainda não recebeu a devida atenção, prevalecendo a concepção de que esses pacientes, por estarem desprovidos de plena razão, são incapazes de objetivar seu sofrimento. O ponto de vista dos supostos interessados não costuma ser levado em conta. Justamente por isso, os relatos dos idosos desinstitucionalizados e vivendo na comunidade são de grande valia para compreender a vida fora da instituição psiquiátrica conforme esta vida é apreendida e experimentada, além da descrição do espaço físico e social em que vivem (ou seja, o território) e das redes sociais nas quais se inserem. De igual modo, a observação e a descrição dos SRT e seu funcionamento fazem parte do trabalho, na medida em que é justamente o fato de os usuários que as ocupam não se encontrarem mais internados que confere o caráter singular da abordagem utilizada e do serviço escolhido.

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica, onde foi utilizada a observação participante. Os dados foram coletados mediante entrevistas abertas, semi-estruturadas, com os usuários idosos assistidos pelo programa de residências terapêuticas do IMASJM. Foram entrevistados 30 moradores, com idade igual ou maior que 60 anos, em um total de 14 dispositivos. As observações foram feitas e as entrevistas gravadas, transcritas e analisadas no período de maio de 2007 a junho de 2008.

A População Estudada

O programa de residências terapêuticas do IMASJM acompanha 83 pessoas, sendo 71 delas alocadas em instalações que preenchem os requisitos da Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, sendo, em vista disso, denominadas Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e correspondendo a 86% do total. As outras 12 pessoas habitam casas que, por não preencherem os critérios discriminados na portaria, recebem a designação de Moradias Assistidas.

Com relação às habitações disponíveis e utilizadas pelo programa, 19 delas classificam-se como SRT e 9 são moradias assistidas, totalizando 28 instalações. Dentre as 19 habitações denominadas SRT, em 14 (73,6%) delas moram indivíduos de idade acima de 60 anos. E das 9 moradias assistidas, residem idosos em 4 (44%). Dessa forma, dos 28

dispositivos do programa, 18 (64,2%) deles são ocupados por indivíduos idosos. Esses 18 dispositivos abrigam um total de 37 indivíduos com idade igual ou maior que 60 anos, sendo 18 idosos e 19 idosas.

Para efeito dessa pesquisa, somente interessaram os 18 dispositivos onde residissem idosos, tendo sido visitados 14 (77,7%) deles. E dentre seus 37 moradores idosos, 30 (81%) deles foram entrevistados. A se separar as entrevistas por sexo, dos 18 idosos, 13 (72%) foram entrevistados e das 19 idosas, 17 (89%) foram entrevistadas. Alguns deles não foram entrevistados, seja por estarem em tratamento clínico ou psiquiátrico no CRIS, ou por simplesmente terem se recusado a colaborar com a pesquisa.

O Método

A observação participante é um método de pesquisa de uso disseminado em Ciências Sociais. Consiste na coleta de dados a partir da participação do pesquisador na vida cotidiana do grupo ou organização que estuda, visando a observar seus membros e as situações com as quais se deparam normalmente de modo a registrar como se comportam diante delas. O pesquisador conversa com alguns ou todos os participantes e descobre as interpretações que têm a respeito dos acontecimentos que vivenciaram. O método costuma ser usado quando se está especialmente interessado em compreender um problema ou organização em particular (BECKER, 1999), no caso, a vida cotidiana dos idosos participantes do programa de residências terapêuticas do IMASJM e a percepção que manifestam de seu processo de envelhecimento.

A pesquisa qualitativa é a que melhor se coaduna com o reconhecimento de situações particulares e grupos específicos que tenham universos simbólicos próprios. A abordagem qualitativa vê o mundo pelos olhos dos atores sociais e dos significados por eles atribuídos aos objetos e ações sociais que desenvolvem. Não procura uma tradução do real, mas se preocupa com versões do mesmo, não as assumindo como produto final do trabalho do pesquisador. Através de entrevistas em profundidade e da observação participante, as pessoas estudadas são observadas de diferentes maneiras e têm suas falas registradas ao longo do tempo. Os dados de um trabalho qualitativo consistem em descrições detalhadas

de situações e de falas dos próprios sujeitos da pesquisa, com o fito de compreender os indivíduos em seus próprios termos (MALINOWSKI, 1990; GOLDENBERG, 2001).

No campo da saúde mental e do envelhecimento, não se pode prescindir dos estudos qualitativos, pois se depara com emoções, sentimentos, pensamentos e vivências possibilitando um grau elevado de subjetividade. Todo o conteúdo da vida mental, bem como os aspectos formais de que se reveste, não pode ser apreendido senão como qualidades (AMENDOEIRA, 2000). A pesquisa qualitativa visa a compreender a realidade, considerando-a como uma construção do ser humano e enfatizando o processo e os significados que os indivíduos atribuem aos fatos. Qualquer atividade científica de observação se faz acompanhar pela carga de valores, interesses, preferências e princípios que orientam o pesquisador. Seu olhar é, assim, entrelaçado ao objeto empírico estudado. A pesquisa qualitativa baseia-se em cinco tópicos (LUDKE e ANDRÉ apud PINTO, 1995):

- 1) As questões são estudadas em seu ambiente natural ou contexto de uso;
- 2) Todas as observações são relevantes para a compreensão do objeto;
- 3) O dinamismo do processo que influencia os sujeitos da pesquisa é relevante;
- 4) Não há hipóteses prévias à entrada do pesquisador no campo;
- 5) Uma vez iniciada a observação, os significados atribuídos pelos participantes orientarão a formulação de hipóteses sobre a questão a ser trabalhada.

A pesquisa qualitativa etnográfica adquire cada vez mais importância. As metodologias quantitativa e qualitativa fazem perguntas diferentes, revelam visões de mundo distintas e a procura pela verdade somente tem sentido se feita no próprio universo pesquisado. Todas as metodologias têm a pessoa do autor como autoridade, mas a abordagem quantitativa transforma o mundo em objeto enquanto a abordagem qualitativa diferencia-se pelo envolvimento do autor, pelo foco na subjetividade dos sujeitos estudados e sem a perda de objetividade. Através das interações diárias, o etnógrafo estabelece a confiança e entende os significados atribuídos e as experiências vividas pelos participantes de um grupo ou organização social. Todo fenômeno humano só pode ser compreendido

pela descoberta de seu sentido para quem o vivencia e as metodologias qualitativas procuram dar conta deste significado, para o qual a abordagem quantitativa é inadequada (LEIBING, 1999; NEWTON *et al.*, 2000).

Assim, em virtude das considerações apresentadas acima, optou-se pela abordagem qualitativa no trabalho de observar e entrevistar os pacientes idosos portadores de transtornos mentais que passaram pela desinstitucionalização e estão residindo nos SRT do IMASJM, de modo a obter respostas a respeito de como se dá as interações entre eles, seus laços sociais e de reciprocidade, a percepção de seu processo de envelhecimento e de sua própria velhice, bem como a influência dos projetos e programas terapêuticos para eles disponibilizados. Nesse aspecto, a pesquisa por si só já se reveste de importância na medida em que devolve aos usuários a palavra que lhes foi por tanto tempo negada, a expressão a cujo direito nunca foi dada a liberdade.

Ouvir vozes historicamente silenciadas, de que esta população recupere a dignidade que anteriormente a sociedade confiscou. Pensar que, através de reminiscências, estas pessoas possam resgatar sua auto-estima e identidade em um mundo que parece prescindir de sua existência. E, com um gravador, registrando todos os seus silêncios e lapsos de memória. (CORDOVIL, 1998).

A Pesquisa

Eu fiz parte do quadro de funcionários do IMASJM de 2002 a 2006, na posição de psicóloga e técnica de referência do Pavilhão 7 do Núcleo Rodrigues Caldas. Esse fato foi o fator predominante que facilitou a entrada em campo, permitindo o contato com a instituição, os profissionais da equipe e os moradores dos SRT. A partir do conhecimento da instituição foi possível delimitar o objeto de estudo, a área da coleta de dados e sua posterior análise. Fui vista pelos outros técnicos como “alguém da casa”, (mesmo que, no decorrer do período de observação, tivesse formalmente deixado de sê-lo) facilitando, assim, o andamento da pesquisa e o acesso a informações dificilmente divulgáveis se eu fosse considerada como alguém realmente “de fora”.

A pesquisa teve lugar nas casas que fazem parte do programa de residências terapêuticas do IMASJM. As observações se deram nas moradias e no espaço social de seus

moradores, entendendo-se que este compreende tanto a área circunvizinha às residências ou a sede do IMASJM como locais mais distantes, caso alguma atividade ou programa os levasse para mais longe. Os idosos foram entrevistados em suas casas e apartamentos, sendo o momento e o local de sua realização facultados ao morador, cujo consentimento foi sempre considerado um direito ao qual a entrevistadora nunca afrontou.

Na primeira vez em que visitava uma casa, sempre me fazia acompanhar pela psicóloga, técnica de referência daquele SRT. Após as devidas apresentações, os moradores consentiam (ou não) com a minha presença para entrevistá-los e observá-los. Caso concordassem, a partir daí era possível marcar-se novas datas para as visitas posteriores. Os cômodos utilizados para a realização das entrevistas variaram, tendo sido elas feitas na sala ou nos quartos das residências. Com relação às observações nelas feitas, tomei sempre o cuidado de respeitar o espaço privado de cada usuário, ciente de que estava entrando em casa alheia, não importando o quanto eles já pudessem estar acostumados à minha presença e me convidassem a conhecer todas as dependências.

Evidentemente o fato de aqueles idosos haverem sido internos em uma instituição total significa que eles passaram quase toda a vida residindo em uma unidade pavilhonar da antiga Colônia Juliano Moreira, composta de amplas enfermarias onde todo espaço pessoal que cabia a cada um deles restringia-se a uma cama e eventualmente um armário. Mas uma vez desinstitucionalizados e habitando os SRT, eles têm a oportunidade de apreender uma idéia de intimidade diferente da que haviam se acostumado, ocupando as casas estabelecendo seus espaços, seus limites e suas atribuições no funcionamento das mesmas (tarefa na qual são auxiliados pelos cuidadores que com eles trabalham). Assim, entrar na privacidade desses idosos é uma tarefa tão peculiar como entrar na casa de qualquer pessoa, sendo, portanto, muito mais difícil do que simplesmente entrevistá-los nos núcleos.

A transcrição das entrevistas permitiu delinear melhor o eixo da tese a partir da percepção do que realmente interessava ouvir e ser abordado, favorecendo uma definição mais precisa do objeto. Procurou-se, no ato da transcrição, registrar a forma como os pacientes falavam, preservando repetições e erros de concordância gramaticais.

As entrevistas foram analisadas a partir de uma triagem dos assuntos recorrentes nos discursos, classificados segundo algumas temáticas básicas a servirem de guia para orientar

a análise. A separação por categorias facilita a compreensão ao agrupar trechos de entrevistas de diferentes pacientes em um mesmo local, permitindo análise em conjunto e melhor generalização das conclusões obtidas. No decorrer do processo de análise, outras categorias foram surgindo, mostrando-se bem representadas e merecendo destaque próprio na elaboração dos resultados. De modo a resguardar a privacidade dos usuários entrevistados, que narram suas histórias de vida, todos os nomes próprios apresentados nas páginas a seguir são fictícios, substituindo os nomes verdadeiros.

As casas foram descritas em seu cotidiano, buscando sempre, com essa descrição, registrar o funcionamento daquela moradia e da dinâmica interna de seus ocupantes, bem da relação de todos entre si com as redes sociais das quais fazem parte e com o território. A rotina de cada casa e dos moradores foi por vezes comparada à rotina característica dos núcleos do IMASJM (nesse aspecto, cf. SANTA ROSA, 2003). Buscou-se também, conforme o caso, identificar quaisquer itens ou situações porventura existentes ou observadas, capazes de conferir dificuldades ou riscos adicionais aos moradores dos SRT especificamente relacionados ao fato de serem indivíduos idosos.

Como se trata de idosos institucionalizados com transtornos mentais crônicos, sua vulnerabilidade está reconhecida e assegurada nos termos da lei. A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde regulamenta as pesquisas no Brasil que envolvem seres humanos e serve como referência a nortear o trabalho dos comitês de ética em pesquisa (CEP) em território nacional. Ao incorporar os quatro referenciais básicos da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça), visa a assegurar os direitos e deveres inerentes à comunidade científica, ao Estado, aos patrocinadores e aos sujeitos da pesquisa. Com relação aos aspectos éticos das pesquisas, ela afirma que devem ser desenvolvidas preferencialmente em indivíduos com autonomia plena, capazes de manifestar seu consentimento por escrito mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada puder ser obtida através de sujeitos com autonomia plena, a menos que a informação desejada possa trazer-lhes benefícios diretos. Nesse caso, seus direitos devem ser assegurados e eles devem ser tratados em sua dignidade, respeitados em sua autonomia e defendidos em sua vulnerabilidade (CNS, 1996, Art. III.1 item a e III.2 item j). Onde sujeitos de pesquisa estiverem em situação de substancial diminuição de suas

capacidades de consentimento, deverá haver justificação clara de sua escolha e cabe a seus representantes legais a tarefa de zelar por sua integridade (CNS, 1996, Art. IV.3 itens a e b). No caso desse trabalho, sua própria natureza etnográfica impossibilita que as informações referentes à população escolhida possam ser obtidas de outra forma. Por essa razão, dadas as necessárias garantias de respeito à sua autonomia, sigilo e confidencialidade dos dados, o projeto de pesquisa que o originou foi submetido ao CEP do IMASJM e aprovado. Dessa forma a instituição, enquanto representante legal dos idosos moradores dos SRT, autoriza e, juntamente com a pesquisadora, responsabiliza-se pelo bem-estar dos sujeitos da pesquisa. Mesmo assim, assegurou-se a cada idoso a inteira liberdade de participar ou não. Caso o consentimento solicitado fosse negado por quaisquer razões, nem a moradia era visitada novamente.

O Pesquisador

Evidentemente o processo da pesquisa não se dá sem uma grande carga de sofrimento para o pesquisador. No decorrer dela, que me mobilizou bastante em uma série de características pessoais, independentemente do volume de trabalho que a mim cabia, foram inúmeros os obstáculos e tropeços. Isso deve ser melhor esmiuçado porque *“...ao eleger como objeto de pesquisa elementos que fazem parte da sociedade do próprio pesquisador e que lhe são familiares, sua subjetividade não apenas deve ser levada permanentemente em consideração, mas também incorporada ao próprio processo de conhecimento.”* (VELHO, 1986).

Em primeiro lugar, sempre fui uma pessoa tímida, e educada a nunca entrar em lugar algum sem ser convidada e a nunca permanecer ali mais que o necessário. Ora, uma etnografia de um SRT implica necessariamente freqüentar a casa de outras pessoas durante algum tempo e observá-las em seu cotidiano, situação essa que já abre, por si só, um conflito interno. Mesmo tendo sido apresentada aos moradores pelos membros da equipe e sido, assim, autorizada a voltar sempre que precisasse, nunca me senti totalmente à vontade em me fazer presente por tanto tempo em casa alheia, por ter sempre ciência do quão incômoda uma convivência como essa pudesse ser para eles.

Em segundo lugar, o fato de não pertencer formalmente à equipe dos SRT também teve seu papel na gênese do “estranhamento” comum a qualquer etnografia. Enquanto funcionária do IMASJM, eu trabalhava como técnica de referência de um pavilhão. Por isso, em meu trabalho de reabilitação psicossocial ali realizado, eu preparava os pacientes para serem desinstitucionalizados, mas nunca trabalhei nos próprios SRT. Como me conheciam desde essa época, a equipe sempre me acolheu e me ajudou na medida do possível, contribuindo com sugestões importantes e opiniões úteis ao longo do trabalho. Não frequentei suas reuniões internas por não ter sido necessário que o fizesse, já que meu trabalho não era fazer uma etnografia do serviço e sim das moradias. Mas novamente tive de vencer minha timidez. Ao contrário dos núcleos, o programa de residências terapêuticas é um serviço dinâmico, onde mudanças ocorrem todo o tempo com o ingresso de novos pacientes e a entrada em funcionamento de várias moradias. Ao longo de minha observação, houve mudanças na coordenação do programa e na própria direção do IMASJM. Via que as pessoas com quem havia conversado inicialmente para expor o projeto e que haviam concordado com sua realização não se encontravam mais, estando em suas posições outras pessoas igualmente competentes, mas com quem não havia conversado anteriormente.

Mesmo estando ali realizando um projeto apresentado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do IMASJM e autorizada pela direção do mesmo, por vezes me sentia uma estranha entre eles. De modo a dissolver quaisquer dúvidas quanto à seriedade de minha pesquisa e minhas intenções em acompanhar o cotidiano daquelas casas, procurei deixar claro desde sempre que meu papel não se confundia com o de uma observadora alheia ao quadro de funcionários e que estaria ali simplesmente para amealhar benesses pessoais com o trabalho deles, algo como uma parasita ou ave de rapina. Até porque só me interessaram as 18 casas onde moravam idosos e não todas as moradias ou toda a clientela que compõe o programa.

Por fim, o fato de não ser mais funcionária do IMASJM me deixou com sentimentos um tanto ambíguos para com o local da pesquisa. Objetivamente, minha demissão se dera por razões administrativas (encerramento do contrato entre a Prefeitura do Rio de Janeiro, que administra o IMASJM, e a ONG à qual eu estava ligada), não tendo sido de modo algum relacionada a fatores como competência técnica ou motivos pessoais, os quais são

muito mais sujeitos a variação conforme a situação específica, sendo por isso, chamados de subjetivos. Isso deveria por si só me isentar de quaisquer sentimentos de culpa ou responsabilidade. Mas, a exemplo do que ocorre na esfera dos relacionamentos humanos desfeitos, ninguém costuma freqüentar os locais onde já se trabalhou e de onde se saiu por iniciativa de outrem. Assim, voltar lá após a demissão durante o tempo da pesquisa me foi muito doloroso. De modo a lidar com isso, tive o tempo todo que tentar separar esses sentimentos do processo de construção do trabalho e identificar dentre as frustrações, quais as que se referiam a meu período como funcionária e quais as referentes à pesquisa. A julgar pelo que estudei de outros autores mais experientes em Etnografia (DAMATTA, 1978 e 1997; VELHO, 1986 e 1997; PEREIRA, 2001; GONÇALVES, 2002; SOUSA E SILVA, 2003; CARDOSO, 2004; ZALUAR, 2004), não escapei dos *anthropological blues* que acabam afetando todos os etnógrafos que, estando afastados de seus espaços sociais familiares, não são inteiramente aceitos ou não são integrantes daqueles que estuda.

Acompanhar os SRT do IMASJM foi uma tarefa difícil, pois trata-se de um serviço dinâmico onde, a cada momento alguma coisa pode estar mudando. Com relação à equipe técnica, ao longo de meu período de observação, alguns profissionais que supervisionavam e acompanhavam as casas e seus moradores foram demitidos, transferidos ou simplesmente saíram, tendo sido substituídos por outros em suas funções. E quanto aos usuários, alguns podem falecer (e com isso serem abertas novas vagas) ou entrar em crise e serem transferidos para outros locais (como o CRIS ou uma moradia mais assistida) e ali permanecer por algum tempo até retornar. Tais situações ocorreram algumas vezes, tendo sido por mim presenciadas. É como uma viagem de trem, onde cada um entra na composição com sua história prévia, mas que naquele vagão, naquela trajetória, todos a fazem juntos pelo tempo que lhes couber e, ao mesmo tempo em que constroem juntos a história daquela viagem, cada um dos passageiros é ator e sujeito de sua própria. E o trabalho com os passageiros moradores dos SRT está em fazê-los conscientes disso. Captar todas essas nuances em meio às observações das rotinas das casas foi uma tarefa difícil. Metaforicamente, é como tirar uma fotografia. Se o tempo de abertura do obturador da máquina é curto, tem-se uma reprodução precisa daquele instante. Mas quando esse tempo é maior, a luz entra por mais tempo, a imagem passa a ficar borrada e de definição pior. Em contrapartida, o tempo de exposição maior capta melhor o movimento e a dinâmica do

objeto que se quer registrar. Durante minhas observações, em alguns momentos, meu obturador variou o tempo de abertura. O que posso afirmar, nas páginas a se seguir, é que minhas observações refletiram o que vi e registrei, mesmo às custas de sofrimento em vários momentos e alegria em outros, principalmente naqueles que evidenciavam a melhora na qualidade de vida dos idosos que estudei.

Capítulo 6

As Moradias Visitadas e Seus Moradores

O Estado do Rio de Janeiro tem 92 municípios, dos quais 89 possuem Programas Municipais de Saúde Mental em funcionamento. É o segundo maior parque manicomial do Brasil, com 41 hospitais psiquiátricos e 7814 leitos em 2006, ocupando o primeiro lugar no que diz respeito ao financiamento de hospitais psiquiátricos. Isso o torna o estado que mais gasta com o procedimento “internação em hospital psiquiátrico”, em torno de 18% do total de gastos com internações na área da saúde. E desde 2000, observa-se um aumento contínuo da cobertura assistencial extra-hospitalar em saúde mental, por intermédio através da implantação de diferentes dispositivos, como a Portaria 336/2002. A rede dos Centros de Atenção Psicossocial passou de 17, em 1999, para 79, em 2005; e os Serviços Residenciais Terapêuticos aumentaram de nove, em 1999, para 83, em 2005 (CERQUEIRA *et al.*, 2006).

O maior macro-hospital psiquiátrico no Estado é o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM), importante não apenas por seu tamanho, mas pelo papel único e simbólico na história da Psiquiatria brasileira (SANTA ROSA, 2003). Seu papel inovador se reflete até mesmo no processo da implantação dos SRT, já que as primeiras residências destinadas aos egressos de longa internação dos pavilhões do IMASJM foram implantadas na área de seu imóvel em 1995, antes mesmo do advento das portarias ministeriais e leis federais. São moradias oriundas do processo de desospitalização da década de 1980. O programa de residências terapêuticas do IMASJM foi implantado em 2000 acreditando na potência reabilitadora do dispositivo residencial (SANZANA *et al.*, 2006; FERREIRA, 2007).

O Programa de Residências Terapêuticas do IMASJM

O programa de SRT do IMASJM acompanha 83 pessoas na comunidade. A maior parte dessa clientela é oriunda dos pavilhões do próprio IMASJM, havendo algumas pessoas provenientes de outras instituições, como o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, Casa de Saúde Dr. Eiras, Fazenda Modelo, Clínica Valência, entre outras. Em

sua grande maioria, são indivíduos de idade avançada (média de 54 anos) e alto grau de institucionalização. Muitos deles envelheceram sob a chancela de internação de longa permanência e somente após o início do programa puderam novamente experimentar a vida fora dos muros do asilo. Esta população é alvo desta pesquisa. Compõe-se de 37 idosos, considerando-se sob essa denominação indivíduos de idade igual ou maior que 60 anos (caracterizando a terceira idade), estando esse limite etário estabelecido em conformidade com a Política Nacional do Idoso.

As residências do IMASJM se localizam na região da Taquara, no bairro de Jacarepaguá. Em maio de 2008, perfazem um total de 28 residências terapêuticas, sendo nove moradias dentro da área da antiga colônia e outras 19 situadas fora dela. A escolha do bairro envolve aspectos relacionados ao acesso dos pacientes ao serviço de referência e das visitas diárias da equipe responsável. Na seleção dos imóveis a serem alugados, privilegia-se características do entorno social e a existência de serviços e comércio nas proximidades. Há um contingente de moradias compostas por população masculina, feminina e mista. São moradias individuais, de casais, trios e grupos de quatro a seis moradores, alocados em casas e/ou apartamentos, os quais em nada diferem de outras residências da região. A implantação e a manutenção das residências terapêuticas têm sido possibilitadas pelo repasse financeiro do convênio da Secretaria Municipal de Saúde com a Associação de Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira (APACOJUM), entidade sem fins lucrativos que responde pela contratação de profissionais e pelo pagamento dos aluguéis e das contas dos imóveis.

No início do funcionamento do programa, a saída dos pacientes do IMASJM se fazia mediante sua transferência dos núcleos para uma outra unidade, o CRIS, responsável por fazer a adaptação dos internos à vida fora do asilo, uma ponte para a ressocialização. Internos em condições de alta eram alocados em trabalho protegido, explicado mais adiante, visando a sua reabilitação profissional. O passo seguinte seria o programa Bolsa de Emprego, onde os profissionais da equipe buscavam empresas interessadas em contratar os ex-internos. Durante esse processo, eles moravam no CRIS. Muitos se acomodavam a essa situação provisória e se recusavam a sair dali. Mudanças posteriores acabaram por transformá-lo em uma unidade de porta de saída, recebendo pacientes oriundos não apenas do IMASJM como de várias clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS. Em atendimentos

de grupo ou individuais, o grupo Porta de Saída é um espaço de troca entre os usuários e entre eles e a equipe no sentido de auxiliar os primeiros a construir projetos de vida mais amplos, de acordo com as biografias individuais, criando demandas de saída para as residências (ANDRADE, 1992; MILAGRES, 2002). Atualmente, o CRIS é uma unidade de passagem, que presta suporte 24 horas às residências do programa. Os atuais usuários que lá se encontram estão sempre sendo preparados para residir em um SRT, ou seja, nas moradias terapêuticas. No entanto, deixou de ser a única forma de ingresso no programa de residências terapêuticas do IMASJM na medida em que internos dos próprios núcleos e de outras instituições conveniadas vêm sendo encaminhados mediante contato entre as equipes.

A saída do IMASJM para as SRT é um processo iniciado ainda nos núcleos. A equipe de cada núcleo identifica, dentre seus pacientes, aqueles em condições de viver em residências na comunidade e realiza um trabalho de preparação para a saída que compreende a realização de pequenas tarefas, como arrumar a própria cama, armário e cuidar de suas próprias coisas, assim como aspectos de higiene pessoal e cuidados com o ambiente em geral. Este também inclui atividades fora do IMASJM, acompanhadas de membros da equipe. Pequenas incursões no comércio próximo e na Taquara, almoço em restaurantes, passeios, idas ao cinema, são algumas das atividades frequentemente realizadas, visando a desenvolver a auto-estima e estimular sua autonomia e independência (SANTA ROSA, 2003). Nesse aspecto, visitas a usuários já desinstitucionalizados são intervenções de grande valia, com o objetivo de facilitar a identificação com o mundo fora dos muros da instituição e fazer os pacientes verem que a vida na comunidade é um objetivo possível e passível de ser alcançado.

Tendo em vista que a recuperação da capacidade produtiva do indivíduo o capacita a encontrar instrumentos para negociar suas demandas ou outra destinação social, o trabalho é fundamental para o processo de desinstitucionalização dos usuários. O Programa Arte, Horta e Cia. - Geração de Trabalho e Renda do IMASJM foi criado em março de 2002, devido ao crescimento das várias oficinas que já aconteciam ali, com o objetivo de proporcionar espaços de trabalho e de convivência que possibilitem não apenas a geração de renda, mas uma maior inserção social dos usuários no sistema de trocas sociais,

ampliando sua autonomia. O programa dispõe de oito oficinas de geração de renda, onde trabalham os moradores dos SRT:

- Culinária – produção de salgados, bolos e tortas, frutas secas;
- Horta/Jardinagem - plantação de hortaliças, frutas e plantas em geral;
- Marcenaria - produção de peças para o mosaico;
- Mosaico – produção em tábuas de frios, bandejas, porta panelas, etc;
- Costura - bordados em camisetas, confecção de bolsas, almofadas, etc;
- Lavagem de carro a seco – parceria com uma empresa que fornece os produtos;
- Cantina das Delícias – fornece lanches e almoço (self-service);
- Cantina Cuca Legal – fornece lanches.

As oficinas recebem usuários tanto dos SRT como de CAPS e outros serviços de saúde mental, submetendo-os a uma entrevista inicial onde escolhem em qual delas desejam ingressar. A equipe, por sua vez, avalia se têm perfil para estarem nas oficinas ou os encaminha para cursos, balcão de empregos ou montar seu próprio negócio. Além disso, a instituição oferece aulas de alfabetização e um telecentro, onde se aprende noções básicas de informática visando à readaptação dos usuários à vida fora do asilo. Essas oficinas são ministradas na sede do IMASJM e não se classificam como as anteriores por não terem o objetivo de gerar renda.

A Equipe dos SRT e Seu Funcionamento

A equipe do programa residencial do IMASJM é composta de um coordenador (que é psicólogo), um profissional administrativo, cinco psicólogos, um estagiário psicólogo, um psiquiatra, um clínico geral e dezesseis cuidadores divididos nas funções de atendimento a residências, territórios e de medicação.

Os cinco psicólogos dividiram suas equipes em cinco mini-equipes, cabendo a cada um supervisionar a sua própria, mediante reuniões semanais nas quais se discute fatos ocorridos na casa ao mesmo tempo em que se traçam condutas e se organiza a agenda da semana. Cada mini-equipe é constituída pelos cuidadores residenciais e de território que

acompanham as moradias sob sua responsabilidade e pelo psicólogo, o qual é o técnico de referência daquelas residências terapêuticas.

O cuidador residencial tem como função encarregar-se das tarefas domésticas necessárias ao bom funcionamento da casa e de seus ocupantes. Varrer, passar, cozinhar, lavar roupa e louça, são algumas delas. Sempre que os próprios moradores sejam capazes de desempenhar as tarefas por si sós, seu papel se resume ao de supervisioná-los, incentivá-los e orientá-los em sua realização.

O cuidador de território está responsável por incluir o morador no território. Nesse ponto, o território passa a ser, ele próprio, campo de exploração e experimentação de novas possibilidades. Sempre ao lado do usuário em seu processo de construção de significados, o cuidador de território o incentiva a manifestar escolhas conscientes relacionadas a seus desejos e idiossincrasias. É uma tarefa delicada, pois, sem deixar de respeitar as reais condições a eles disponíveis, a tarefa consiste na construção efetiva desse campo de relações, no qual a presença mediadora, não apenas do cuidador, mas da equipe como um todo, tem como objetivo contribuir para a busca de um lugar social onde o sujeito seja reconhecido não por sua condição ou pelas limitações por ela impostas, mas sim por sua capacidade de efetuar e sustentar escolhas. Na prática, é o cuidador de território o membro da equipe que acompanha os usuários nas compras, nas consultas médicas ou nos passeios de final de semana, para citar alguns exemplos.

O cuidador de medicação é responsável por separar e distribuir as medicações pelas casas, sejam elas clínicas ou psiquiátricas. Via de regra, não lhe cabe acompanhar a ingestão das mesmas, salvo em situações especiais.

O papel dos médicos é o de prestar atendimento aos usuários. O clínico dedica quatro horas semanais de sua carga horária para atender os usuários dos SRT e presta esse atendimento no CRIS. Os psiquiatras que atendem aos pacientes do programa são quatro, sendo que três deles estão lotados no CAPS Arthur Bispo do Rosário, que funciona dentro da área do instituto e é responsável pelo atendimento ambulatorial em Psiquiatria na AP-4 e o outro está lotado no Hospital Jurandyr Manfredini, dividindo seu horário entre o hospital e o CRIS.

O encaminhamento para essas especialidades ocorre quando o técnico de referência ou o cuidador observa que o usuário apresenta algum problema clínico ou psiquiátrico que, em sua opinião, necessita de esclarecimento. O atendimento em Clínica Médica é realizado no CRIS mediante agendamento prévio e as consultas se dão em um dia específico da semana. Nesse dia, o usuário comparece para a consulta e, caso seja necessário avaliação por outro tipo de especialista, seja clínico ou cirúrgico, ele é encaminhado para a rede hospitalar do SUS. E pequenas intervenções de menor complexidade, como curativos, aferição de pressão arterial, medição de glicemia ou mesmo internações clínicas simples podem ser realizadas lá mesmo, configurando o papel atual do CRIS como unidade de suporte 24 horas às residências terapêuticas. Usuários que por quaisquer razões não se adaptem aos SRT não retornam para os núcleos ou para as clínicas conveniadas, mas para o CRIS. A possibilidade de reinstitucionalização não é sequer considerada.

Durante a noite, não dormem cuidadores nos dispositivos, salvo em caso de emergência. Todos os SRT possuem telefones que permitem o contato direto na eventualidade de intercorrência clínica ou psiquiátrica. Caso um morador se sinta mal de madrugada, é possível acionar o CRIS para que um cuidador vá até a casa saber o que está acontecendo. O cuidador contata o SAMU e casos graves ou que requerem atendimento de emergência são levados diretamente para o Hospital Lourenço Jorge. Exames laboratoriais ou de imagem porventura necessários seguem o mesmo processo, sendo realizados preferencialmente na rede pública, salvo em situações de urgência e sempre que o usuário possa arcar com o custo dos mesmos na rede privada.

O acompanhamento psiquiátrico ambulatorial dos moradores dos SRT é realizado pelo psiquiatra do CRIS ou pelos do CAPS Arthur Bispo do Rosário, cabendo à equipe avaliar caso a caso a fim de identificar que usuário se beneficiará de cada tipo de atendimento. O Hospital Jurandyr Manfredini é a referência para internação psiquiátrica na AP-4. Se o usuário estiver em crise e precisando de uma contenção maior, será levado para lá de modo a ser avaliado pelo psiquiatra e, se for o caso, medicado e internado.

O atendimento médico, assim, não se confunde com o ministrado por médicos de família. E também não se espera deles tal papel, haja vista que a proximidade intensa do

médico com o paciente é característica do modelo asilar de assistência ao qual eles se submeteram por toda a vida e é justamente essa vinculação que se quer combater.

Segue-se a observação etnográfica feita por mim nas residências que visitei e nas quais entrevistei os pacientes, além de acompanhá-los em parte do seu dia-a-dia.

Moradia 1

Carla (branca, 74 anos), Célia e Ellen (morenas, 65 e 62 anos) moram em um apartamento de primeiro andar em um condomínio fechado, situado em uma parte movimentada da Taquara. Na área comum do condomínio, há uma banca de jornal e um rapaz que vende pão. A entrada principal fica ao lado de um colégio, havendo ponto de ônibus e comércio próximo e amplo. O apartamento, contudo, é lugar tranquilo e protegido, não sendo tão afetado pelo barulho proveniente da rua. Chega-se a ele por elevador ou subindo seis lances de escada sem corrimão, o que tem o potencial de causar problema para os idosos sempre que o elevador não estiver disponível.

O mobiliário é simples. São dois quartos, sala, cozinha e banheiro. Carla dorme em um quarto sozinha, enquanto Célia e Ellen dormem juntas no outro quarto. Cada quarto tem cama, armário e cômoda. Não há tapetes na casa, o que é adequado para casas onde moram idosos. A cozinha é pequena, com tanque, máquina de lavar e fogão, mas sem espaço para a geladeira, que fica na sala juntamente com dois sofás, um móvel para televisão e a mesa com cadeiras. Na porta da geladeira, está afixado um quadrinho com as várias tarefas domésticas (varrer a casa, ajudar na cozinha, fazer café, lavar louça, entre outras), cuja realização está sob seu encargo. Aqui um quadro de tarefas não se confunde com idéias de divisão estrita ou obrigatória de funções a serem desempenhadas por internos em certos tipos de instituições totais. Ao contrário, sua presença em um SRT se presta a estimulá-las a se organizar entre si para cuidar da casa e, assim, apropriar-se melhor dela e de seu significado enquanto lugar de moradia.

Todo dia de manhã, Carla desce à área comum do condomínio para comprar pão e conversa muito com o vendedor, com quem gostaria de ter um romance. Também conversa com a dona da banca de jornal. Ao chegar com o pão, prepara o café e põe a mesa. Ela é branca, loura e bastante vaidosa, preocupando-se em manter sempre as unhas pintadas e o

cabelo arrumado. Veste-se bem, comparado às outras duas. Possui uma irmã que reside em Ipanema e a visita cerca de duas vezes ao mês. Ela tem uma vivência de “casa” maior que as outras companheiras de moradia. Quando vai a Ipanema, as duas saem e vão ao salão de beleza para fazer as unhas. Seu território é, assim, o mais ampliado, por sair dos limites da Taquara e abranger também áreas mais distantes. Também é a que melhor se vale dos recursos do condomínio, pois é a que mais se relaciona com os vizinhos, já conseguindo manicure e até indicação de médico. Tem como atividades no IMASJM, oficina de tapeçaria e aulas de informática. Proveniente da Casa de Saúde Dr. Eiras, uma das clínicas psiquiátricas particulares mais tradicionais do Rio de Janeiro, Carla provém de um meio socioeconômico bem superior ao das outras duas, sendo bem articulada e vaidosa. Talvez por isso seja a que menos se dedica às tarefas da casa e encara a cuidadora residencial como uma empregada doméstica. No entanto, apresenta alguns problemas clínicos, como artrose e tremor nas mãos, os quais devem ser levados em consideração no planejamento das atividades as quais ela pode desempenhar dentro da casa.

Célia e Ellen se conhecem há bastante tempo, pois vieram ambas do Núcleo Teixeira Brandão, sendo que Célia passou um período de internação anterior no CPPII. E conheceram Carla a partir de seu ingresso na casa. Célia também é alegre e gosta muito de conversar, embora tenha problemas de comunicação. Já Ellen é a mais reservada e introspectiva das três e apresenta dificuldades no cuidado pessoal e higiene, necessitando de ajuda da cuidadora residencial nesse aspecto. Célia é que está sempre a incentivando a falar, pois é mais de responder do que tomar a iniciativa na conversa. Célia e Ellen, por já se conhecerem desde o Núcleo, apresentam laços de amizade mais fortes entre si do que com Carla. Ellen não gosta muito das tarefas da casa. Já Célia tem prazer em realizá-las, tanto que faz a cama das três. As duas continuam a manter laços afetivos com o IMASJM, visitando com frequência o Núcleo Teixeira Brandão acompanhadas da cuidadora de território, para rever as amigas que lá permaneceram, e para a cantina, onde ambas trabalham. Mantêm contato telefônico com suas famílias, porém não com frequência.

Em uma de minhas visitas, ao final da tarde, é Célia que me abre a porta. Estava com Ellen e a cuidadora residencial na sala assistindo à televisão. Vestiam roupas simples (de andar em casa). Carla, em contraste, encontrava-se bem arrumada e cheirosa, pois estava saindo para pegar seu remédio na farmácia de manipulação. Pediu-me que a

esperasse. Pouco tempo depois, Carla regressa e vamos para seu quarto começar a entrevista, pois Célia e Ellen já haviam sido entrevistadas noutra ocasião.

A religião é um traço de união nessa casa, como o demonstra as muitas imagens de santos ali dispostas e o hábito de freqüentar a missa. As três são católicas e vão juntas à missa aos domingos às 10:30. No caminho de volta, costumam fazer um lanche juntas. A ida à igreja é um dos momentos de lazer para todas.

Com relação à Carla, possui interesses e rotinas muito diversas, um território bem mais ampliado e é a que menos freqüenta os passeios e atividades do clube de lazer, só o fazendo em ocasiões especiais. Célia e Ellen, por sua vez, vão sempre, e tem praticamente os mesmos gostos e afinidades. Ficam mais unidas e manifestam, entre si, mais laços de reciprocidade. Ambas mantêm rotinas mais regradas, pautando suas vidas ainda pelos horários do núcleo. Acordam às 6:00 e vão dormir cedo, por volta das 20:00, logo após jantarem. Por isso, não gostam do barulho da TV e a preferem desligada, o que perturba Carla, que gosta de assistir ao noticiário. De certa forma, em minhas observações, percebi que moradores oriundos dos núcleos são de origem mais humilde, se vestem de modo simples e, mesmo fora do IMASJM, ainda preservam aspectos de seu cotidiano na instituição em suas rotinas nas casas.

Esta casa tem, assim, uma atmosfera tensa, quebrada em alguns momentos, como, por exemplo, quando vão à missa juntas. No geral, todas gostam da casa e umas das outras. Mas a se considerar o papel das redes sociais na construção de subjetividades e na adaptação à vida fora da instituição psiquiátrica, a história prévia das pessoas talvez mereça ser levada em consideração no planejamento do trabalho a ser realizado com os ocupantes dos SRT. Pacientes provenientes de clínicas particulares ou de outras instituições podem ser diferentes dos originários do próprio IMASJM e não apenas por seu histórico ou diagnóstico psiquiátrico. Conflitos sempre vão existir para quem mora junto ou convive por longos períodos e cabe às equipes que supervisionam os SRT gerenciar eventuais diferenças na medida do possível.

Moradia 2

Sílvio, Jonas, Jorge e Ivo (todos morenos escuros, com 61, 66, 60 e 57 anos respectivamente) moram em uma casa em uma rua de mão dupla. É uma rua principal, onde ao final está o portão de entrada do IMASJM. O terreno onde está construído o imóvel é grande, estando dividido em duas partes. Uma de frente para a rua, onde está a casa que serve como SRT, e outra nos fundos, com a casa onde o proprietário reside. As entradas para ambas as casas são independentes. A região onde se situa a casa é movimentada, com ponto de ônibus, posto de gasolina, mercado, salão de beleza, farmácia e lanchonete onde se vende comida caseira.

A casa possui sala, dois quartos, cozinha e banheiro. A sala tem uma das paredes de cor salmão, incompletamente pintada. É ampla, com dois sofás de cor vermelha, mas um tanto gastos pelo uso. No chão há um tapete, também de cor avermelhada. A mesa e as cadeiras são brancas e simples. Há ainda um móvel para suportar uma televisão de 14 polegadas e o conversor da antena de UHF, e outro móvel menor onde está o telefone. Todo o mobiliário das residências é comprado pelos próprios moradores de acordo com suas preferências, não sendo de modo algum padronizado para todas as casas. Eles mesmos os escolhem em lojas da vizinhança. Chama à atenção a simplicidade da sala e da casa como um todo. Não há objetos de decoração nem tampouco quadros nas paredes, o que levanta a questão se existe diferença nesse pormenor entre as moradias masculinas e as femininas. Mas a presença do tapete deve ser desestimulada, dado ao risco de quedas a que idosos estão sujeitos.

A cozinha tem forno de microondas, geladeira e fogão. Há sempre muitas frutas na fruteira, em todas as vezes que visitei a casa. O banheiro é simples, todo em azulejos azuis. A área de serviço possui um tanque e uma máquina de lavar roupa, comprada com o dinheiro deles. Os quartos têm duas camas cada, dispostas lado a lado, e também dois armários, um para cada um. Sílvio e Ivo ficam em um dos quartos, Jorge e Jonas no outro.

Minha entrada nesta casa se deu da mesma forma que nas outras, ou seja, sempre me fazendo acompanhar por um membro da equipe. Mas o primeiro contato com eles foi com bastante emoção. Já os conhecia a todos, por haverem sido pacientes do mesmo Núcleo Rodrigues Caldas onde trabalhei. Muito embora fossem internos de um pavilhão

vizinho, o Lar de Pedra (SANTA ROSA, 2003), nós nos conhecíamos bem e matamos as saudades. Eles tiveram imenso prazer em me receber, mostrar a casa, armários, falar de si e da dinâmica da casa deles, tanto nesse primeiro contato como nos subseqüentes.

Os quatro dividem entre si os afazeres domésticos. Não há uma divisão estanque, podendo qualquer um deles desempenhar quaisquer tarefas. O dia de todos divide-se entre a casa e as oficinas do IMASJM. Sílvio assume a posição de líder da casa, entrando em conflito com Jonas. Este se revolta com isso, mas acaba por se conformar. Saem com a cuidadora de território para ir à sede e para fazer compras na Taquara, pois pegar ônibus ainda é difícil. Todos gostam de comprar coisas para a casa, inclusive plantas. Gostam de passeios e festas, mas não saem tanto, freqüentando as atividades do clube e tendo, assim, um lazer assistido. Estão ainda aprendendo a usar o território e se apreender dele.

Jorge, em contrapartida, tem um território bastante ampliado. Adora comprar balas e constantemente sai para fazê-lo. Come fora com freqüência e sempre passa mal. Seu processo de ocupação do mesmo vem preocupando a equipe, pois ele pega ônibus sozinho e percorre grandes distâncias. Seus passeios o levam a bairros bem distantes, como Bangu, Recreio e Barra da Tijuca. Ele não sai escondido, avisando sempre quando vai sair, mas não diz para onde vai. Por isso, entra em conflito com a cuidadora residencial, pois freqüentemente nem a equipe e nem os outros moradores sabem de seu paradeiro. Durante meu período de observação nesta casa, eu o vi fazer isso várias vezes, preocupando a equipe. Saía de casa de manhã cedo, mesmo antes de a cuidadora residencial chegar. No núcleo, eles não eram restritos aos pavilhões e passeavam por onde queriam, mas sempre na área da colônia e as saídas eram registradas em livro de ocorrência (com licença institucional para grandes distâncias). No SRT, tais controles institucionais não existem. No entanto, a equipe se preocupa, pois não pode deixar que os moradores coloquem sua própria segurança em risco.

A relação de todos eles com a vizinhança é muito boa. São conhecidos na padaria, farmácia e mercado vizinho e muito queridos por todos os atendentes. À exceção de Jorge, o território dos outros três é restrito à área circunvizinha e ao IMASJM. Quem passa pela rua em frente à casa, sempre os vê varrendo ou sentados na varanda. Várias vezes eu os vi cumprimentando conhecidos que encontram e os convidando para entrar na casa, seja para

almoçar ou tomar café. E frequentemente o convite é aceito. Entre as pessoas envolvidas nessas trocas sociais estão vizinhos, funcionários antigos e atuais do IMASJM e moradores de outros SRT como eles, tanto homens como mulheres.

Jonas faz passeios com o clube de lazer no final de semana, mais que Sílvio e Ivo, pois embora residam na mesma casa, cada um faz as suas próprias escolhas. Ele está mais descontraído e comunicativo em comparação a quando estava no núcleo. Faz compras na padaria e atravessa a rua com desenvoltura. No aniversário de um outro usuário, Jonas tomou a iniciativa e se ofereceu para ajudar comprando pão. Ele gosta de falar da casa e dos amigos. É o que mais ajuda a cuidadora nas tarefas domésticas. O fato de eu os haver conhecido anteriormente me fez vê-los sob outra perspectiva. Muito embora não fossem meus pacientes no núcleo, pude ver em Jonas os resultados do trabalho realizado pela equipe como um todo. Antes ele era mais reservado e introspectivo. Agora está mais comunicativo e independente, demonstrando mais iniciativa ao escolher suas atividades. Atende bem o telefone e chama as pessoas. No núcleo, isso não tinha como acontecer.

O processo de reapropriação de território começou com o trabalho de reabilitação psicossocial ainda no Lar de Pedra, a partir de um maior controle sobre os objetos e o próprio corpo do paciente. Isso se refletiu das formas mais simples e aparentemente mais banais. Por exemplo, eles costumam tomar banho com a porta do boxe aberta, pois nos núcleos, não havia portas nos chuveiros. Na casa, eles aprendem que se deve fechar a porta do boxe, ou então o chão do banheiro ficará todo molhado e são eles que terão de secar. Eles tinham dificuldade em ligar a TV. Como no núcleo, a TV era ligada à tarde pela equipe após o almoço, não cabia a eles ligá-la ou desligá-la e, quando não queriam mais ficar assistindo, simplesmente se retiravam da frente dela. Na casa, por sua vez, o televisor fica à sua disposição, podendo ser ligado sempre que quiserem. E eles têm a responsabilidade de desligá-lo após o uso. Não costumavam atender ao telefone. Nos núcleos, o único telefone fica na sala da enfermagem e é atendido pelo profissional que ali estiver, chamando o usuário se a ligação for para ele. Na casa, o trabalho é feito com fins de que eles se conscientizem de que as ligações recebidas serão todas para eles ou para a cuidadora residencial. De qualquer forma, atender ao telefone não é tarefa para visitantes ou pacientes de uma enfermagem, mas dos moradores de uma casa, e que, no caso dos SRT, são eles próprios (SANTA ROSA, 2003). A se considerar como espaço a ser explorado

simplesmente o interior da casa, este é, talvez a menor extensão de território de que todos nós dispomos.

Moradia 3

Esta moradia está localizada dentro de um condomínio residencial de classe média em uma grande estrada. Trata-se de uma rua extensa, que se inicia na região principal da Taquara e termina no portão de acesso ao IMASJM, estendendo-se assim de uma área importante e movimentada do bairro a outra bem mais calma e distante dessa agitação. O trajeto entre esses extremos se faz por áreas de poucos edifícios e muitas casas de um ou dois andares, algumas ocupadas por um comércio simples. Dela saem algumas ruas pertencentes a condomínios fechados. O condomínio onde se situa essa moradia fica mais próximo à colônia, a cerca de meia hora a pé do centro da Taquara. Por isso, seus moradores dependem mais do comércio local, como padaria, farmácia, restaurante, escola, creche e mercado, entre outros.

O condomínio é composto de casas simples de um a três andares, geralmente com garagem. Tem várias ruas internas ao redor de uma praça arborizada com quadra, bancos e mesas de cimento com tabuleiros pintados. Crianças brincam na praça e vizinhos e amigos param para conversar em frente às suas casas, o que só é possível por se tratar de um local fechado e particular, por onde só costumam circular aqueles que lá residem. É, portanto, um local tranqüilo e calmo. Nesse local, o IMASJM aluga duas casas para servir de SRT. E cabe ressaltar que em nenhum momento houve resistência por parte da vizinhança quando do início de seu funcionamento, a partir da vinda de seus ocupantes, os quais foram e têm sido muito bem aceitos.

Em uma dessas casas, residem Mary, Júlio e Leda (negros, 65, 60 e 58 anos, respectivamente). A casa é simples, com sala, dois quartos, cozinha, banheiro e quintal, com algumas plantas e lugar para se estender uma corda de varal para secar roupas. A decoração é pobre, com poucos ornamentos na estante da sala, onde fica a TV de 29 polegadas. As mulheres ocupam o maior quarto, no qual há cortinas novas, imagens de N.S. Fátima, sapateiras e um frigobar, pertencente a Mary e comprado com seu dinheiro. Júlio

tem o outro quarto somente para si, porque Lauro, seu antigo companheiro de quarto, faleceu e sua vaga ainda não foi preenchida por outra pessoa.

Mary é quem fica mais tempo na casa, mas ajuda pouco, passando o dia ouvindo rádio ou assistindo à TV, a qual costuma monopolizar. Quase não sai de casa e quando o faz, sai geralmente com a cuidadora de território para ir ao banco, fazer um lanche e voltar. Esquizofrênica, ouve vozes freqüentemente. Por apresentar delírios persecutórios, tem medo de que a porta da frente permaneça aberta. De modo a satisfazê-la, Júlio utiliza a porta dos fundos para entrar em casa ao chegar do trabalho. Todos protegem Mary em sua fragilidade. Eles não entendem o que é um delírio, mas compreendem e respeitam a sua singularidade. Leda não é idosa, sendo ela a que mais se dedica às tarefas domésticas, junto com a cuidadora residencial. Júlio também ajuda em alguma tarefa mais pesada nos momentos em que não está no horto, onde trabalha como faxineiro. Limpa o fogão, o banheiro e lava a própria roupa. Normalmente todos se recolhem após a última novela da Globo. Nos finais de semana, Mary fica em casa enquanto Júlio e Leda freqüentam as atividades do clube de lazer. Mary, até por sair pouco, mantém ótima relação com suas vizinhas do lado e da frente, e em dias de comemoração (aniversários, Natal, ano-novo), é convidada por elas para essas festas e igualmente as convida para os aniversários que ocorrem em sua casa. A vizinha da frente tem um filho de três anos pelo qual Mary é “apaixonada”, fazendo questão de sair com a cuidadora para comprar-lhe presentes de aniversário e Natal. Sua rede social está se construindo nas casas ao lado da sua, a partir das trocas em que exerce a reciprocidade com seus parceiros sociais. Levando-se em conta que esta moradia está em um condomínio fechado, estimulando assim a proximidade com os vizinhos, a localização pode ser um fator importante no planejamento de futuras casas a serem adquiridas para funcionar como SRT, especialmente para idosos que tenham limitações físicas para se deslocarem.

Júlio, por sua vez, é bastante independente, pois pega ônibus com desenvoltura e vai aonde quer. E justamente por isso, tem um território e uma rede social bem mais ampla que as outras duas, participando de mais interações e trocas simbólicas/materiais.

Por ocasião de uma de minhas visitas, pude presenciar um lanche que eles fizeram, patrocinado por Júlio, para receber um outro paciente, proveniente de uma clínica

conveniada, candidato à vaga deixada pelo usuário falecido. A cuidadora comprou queijos (minas e prato), pães, três tipos de refrigerante e bolo de laranja e os moradores se encarregaram de preparar o lanche e pôr a mesa. O paciente chegou, trazido pela técnica de referência, cumprimentou a todos, ficou conversando na sala com eles e, a seguir, foram todos lanchar. A técnica de referência incentivava as conversas entre o candidato e os moradores. Conversaram sobre gostos e preferências sobre vários aspectos. Por apresentar problemas visuais (altamente míope), ainda não está definido se ele poderá ou não mudar-se para essa casa. Júlio gostou dele por não fumar, já que o tabagismo de Lauro o incomodava sobremodo. Após o lanche, Júlio saiu para ir a um aniversário de uma usuária de outro SRT, levando de presente, uma caixa de sabonetes Natura comprada por ele com seu próprio dinheiro, o que o deixou muito feliz, tanto por sua autonomia em comprá-lo, como por ter comprado algo de que sabia que a aniversariante iria gostar.

Esse programa particular a que Júlio compareceu é muito significativo em seu processo terapêutico por vários aspectos. Oriundo de uma internação psiquiátrica de longa permanência e desinstitucionalizado há relativamente pouco tempo, a liberdade de ir e vir significa internalizar a própria capacidade de fazer suas escolhas e se ver como sujeito autônomo. Ao decidir sua programação, financiar o lanche a ser servido para uma visita, sair sozinho para ir a um aniversário de uma amiga e, principalmente, a capacidade de escolher e comprar o presente a ser oferecido e pensando no gosto alheio, Júlio demonstra estar recuperando seu poder de interagir socialmente e resgatar aspectos simbólicos, morais, afetivos e econômicos de sua vida que dificilmente poderiam ser desenvolvidos por pacientes internados nos núcleos.

A reciprocidade desses atos manifestou-se meses depois, por ocasião de seu aniversário. Comemorado na casa, nele compareceram cerca de 30 pessoas, entre elas estavam as várias vizinhas, o menino e sua prima de 10 anos, outros usuários moradores de outros SRT, a namorada de Júlio e a equipe. Júlio ganhou de presente cuecas, caneca, camisa, chinelo, perfume, entre outros artigos de uso pessoal. Mary, que não gosta de ser filmada ou fotografada, fez questão de tirar fotos com o menino. No quintal, um grupo dançava alegremente forró e pagode, enquanto na sala outros usuários conversavam. Na cozinha, as pessoas circulavam para ver o bolo que tinha como tema a camisa do Flamengo e em busca de mais refrigerantes e salgadinhos. Após cantarem os parabéns e terem comido

do bolo, alguns usuários pediram para levar um pedaço para os companheiros que ficaram em suas casas e não puderam comparecer.

Moradia 4

Essa moradia é uma casa de dois quartos, varanda, cozinha, sala, banheiro e área de serviço, onde moram quatro mulheres. Na sala, há dois sofás, estante e móvel para som e TV. Nota-se a presença de pisos no banheiro e na cozinha, pouco recomendáveis para uma casa onde residem idosos. A cozinha tem mobiliário simples, predominantemente metálico. A mesa tem tampo de fórmica imitando granito e os pés um pouco enferrujados. Não há armários embutidos e nota-se que o que lá existe é o que nela foi colocado depois pelos moradores. A área é grande, com uma parte interna, onde estão um tanque, uma máquina de lavar nova e uma corda de varal para estender roupa, e outra externa, nua, com chão de cimento, onde, no verão, as moradoras colocam uma piscina e se divertem.

Mercedes (negra), Cida (negra), Márcia (branca) e Rose (branca), com 69, 60, 63 e 61 anos, respectivamente, são oriundas do Núcleo Teixeira Brandão, tendo passado pelos mesmos processos de porta de saída do IMASJM até sua mudança para a residência. Cida e Márcia dividem o mesmo quarto e Mercedes e Rose, o outro. Mercedes, no entanto, veio depois, ocupando o lugar de outra usuária que lá vivia e faleceu, sendo assim a moradora mais recente. Analfabeta, é a mais idosa e a mais dependente dentre as quatro. Tem dificuldade em colocar a própria comida no prato e as outras cozinham mingau para ela. Prefere passar pano nos móveis enquanto tarefa doméstica. Não sai de casa sozinha, necessitando de auxílio das cuidadoras para isso, seja a residencial ou a de território. Vai à sede para oficinas de alfabetização e de informática. Ela é muito ajudada pelas outras na casa, recebendo delas muito carinho e atenção. Tem artrose, e quando está com dores, toma antiinflamatório, ao encargo da cuidadora de medicação. Por ser a mais dependente, demanda mais a atenção das cuidadoras e da técnica de referência do que as outras moradoras. Nessa situação, Cida, por exemplo, refere sentir ciúmes dessa atenção maior a ela destinada.

Cida também é analfabeta, precisando da ajuda das outras para ler textos simples e mesmo dar um telefonema. Quanto às tarefas domésticas, prefere a faxina. É a mais

extrovertida das quatro. Adora ficar dentro de casa ouvindo música e dançando, mas também fica na praça tomando sol e conversando com quem passa. Trabalhava na cantina, mas pediu para sair e não está fazendo nenhuma atividade externa. Cida é uma freqüentadora assídua do clube de lazer, indo a todos os passeios organizados. Cida freqüenta o IMASJM até mesmo em eventos especiais. Quando da reinauguração do Museu Arthur Bispo do Rosário, ela compareceu, viu a exposição, apreciou os quadros, lanchou e voltou para casa sozinha, sem necessidade de se fazer acompanhar pela cuidadora de território. Visita com freqüência as amigas que deixou no Núcleo Teixeira Brandão, indo conversar e dançar. Vai só, não precisando de acompanhamento para isso. Para lugares próximos ao condomínio, ela pode ir sem problemas, mas ao centro da Taquara, já tem mais dificuldade. Para Cida, internada na colônia desde a infância e desinstitucionalizada em 2003, o território compreende o núcleo também, já que é a moradora da casa com maior carreira institucional ou tempo de permanência no sistema, sendo esse pormenor um dado fundamental na construção de sua identidade.

Márcia e Rose são alfabetizadas e ajudam as outras duas no que necessitam nesse aspecto. Na casa, ambas preferem cozinhar. Com relação a Márcia, ela freqüentemente se encarrega de comprar pão na padaria e preparar o café da manhã de todas. À tarde, também cozinha mingau. Faz oficina de bordados na Sede duas vezes na semana e quando vende os bordados que faz, consegue com isso uma pequena renda extra. Tem uma filha e uma neta, com as quais o contato se dá pelo telefone e por visitas esporádicas mútuas. Só vai ao núcleo em dias de eventos ou festas. A exemplo dela, Rose também tem uma filha e um neto e o contato com eles se dá nos mesmos moldes. Ambas usam bem os recursos do território, saindo para passear nas redondezas, freqüentar atividades na Sede e comprar coisas no comércio local. Como Cida e Mercedes, só vão ao centro da Taquara acompanhadas da cuidadora de território ou de outro membro da equipe. Márcia também freqüenta os eventos do IMASJM, sejam organizados pelo clube de lazer ou não. Na inauguração do Museu, por exemplo, foi junto com Cida, mas voltou para casa separada, dela, indicando que cada uma mantém sua própria independência nesse pormenor. Quando institucionalizadas, os eventos e passeios deviam seguir a programação organizada e os horários estabelecidos pela instituição. Agora, elas próprias decidem os eventos e

atividades a que desejam comparecer, exercendo seu direito de fazer suas escolhas pessoais e controlar seu próprio horário de acordo com sua vontade.

Cabe ressaltar que as pacientes internadas por vezes mantinham relações sexuais com outros pacientes ou funcionários, engravidando durante a internação. As crianças eram retiradas delas logo após o parto para serem entregues à adoção, de modo a serem criadas fora do ambiente institucional por quem se interessasse em proporcionar-lhes um lar (quer se tratasse de funcionários ou não). Dessa forma, nunca eram criadas em companhia de seus reais genitores. Nos casos onde o trabalho da equipe levou à localização desses filhos, após exaustiva procura, a relação se dá de modo distante e pouco afetuosos, a qual se compreende pelo fato de haverem sido criados separadamente, sem contato próximo e muitas vezes sem que se soubesse da existência uns dos outros.

O ambiente nessa casa é muito amigável. Márcia é a líder da casa, lidando melhor com a dinâmica da mesma. Apanha a correspondência, lida com os aparelhos com desenvoltura, recebe técnicos para consertar algum equipamento danificado, cozinha com mais frequência e usa mais o telefone, ajudando as outras quando precisam. Elas se ajudam com frequência umas às outras e muito mais a Mercedes. Não há problemas de higiene seja pessoal ou com o ambiente. As quatro costumam ir ao centro da Taquara com a cuidadora de território. À tarde, comem o mingau que Márcia faz. Todas acordam e dormem cedo, por volta das 6:00 e 19:30 respectivamente, costume remanescente dos tempos de institucionalização. Todas são tabagistas, sendo Cida a que menos fuma. Rose e Mercedes fumam cachimbo.

Um dos problemas que ocorria nessa casa era o gasto excessivo com alimentação. Quando elas se encarregavam de cozinhar, elas preparavam de uma só vez todas as carnes que encontrassem na geladeira, quer se tratasse de frango, carne bovina ou suína, não restando nada para a refeição seguinte. Tal situação demandou a atenção da equipe, que resolveu dividir a carne em potes separados para cada refeição, administrados pela cuidadora residencial. A ela cabe também o preparo do feijão, uma vez que as moradoras não sabem cozinhar com panela de pressão.

Ao acompanhar as mulheres dessa casa, dois momentos de minha passagem por essa moradia foram particularmente tocantes. Em uma de minhas visitas a elas, encontrei

Mercedes sentada em um banco da praça. Ela estava bem arrumada, pronta para sair. Estava muito ansiosa, pois iria fazer um passeio e estava esperando que a cuidadora de território a viesse buscar. Quando cheguei, ela me achou uma negra muito bonita. As moradoras da casa estavam ansiosas pela chegada das “colegas do Teixeira” que viriam visitar a casa naquela tarde. Bem antes do horário marcado, elas já estavam apreensivas, perguntando a todo o momento para a cuidadora residencial quando as amigas iriam chegar e pedindo para que ela telefonasse para o Núcleo de modo a confirmar a visita. Quando passou do horário marcado, elas começaram a se preocupar ainda mais, temendo que a visita não mais acontecesse. Durante a entrevista, as visitas chegaram, com meia hora de atraso. Estavam acompanhadas de um médico e de uma psicóloga do Núcleo. Elas ficaram muito felizes e fizeram questão de mostrar-lhes a casa toda e oferecer café. Puseram um CD de forró e todas dançaram na sala de estar. Foi um encontro muito alegre.

Em outro momento, ao chegar na casa junto com a cuidadora residencial, encontramos Cida e Mercedes chorando e visivelmente abaladas. Márcia havia lhes dito que, conforme um boato que ouvira dizer, devido a uma mudança próxima na direção do IMASJM, o programa de residências terapêuticas da instituição iria acabar e que, por essa razão, elas haveriam de retornar ao Núcleo Teixeira Brandão. A cuidadora, então, as tranqüilizou, explicando que suas preocupações eram infundadas e que o programa era muito bem estruturado, secundário a toda uma política de governo que não acabaria apenas por uma mudança de direção. Ao chegar de sua atividade na sede e ver a preocupação que seu relato provocou, Márcia minimizou o que ouvira, admitindo tratar-se de um mero boato e, assim, a história se encerrou. Esse momento demonstra o quanto elas gostam de estar na casa e o quanto temem o retorno ao núcleo. Percebem que obtiveram ganhos por residir com alguma independência e poder ter controle sobre suas relações pessoais, inclusive com vizinhos. Estão identificadas com a vida fora da instituição e mediante essa identificação, torna-se possível a construção de um outro lugar de moradia em que possam exercer independência e autonomia, e adquirirem a condição de sujeitos de suas próprias vidas.

O grupo de moradoras dessa casa sofreu duas desestruturações ao longo de sua “história residencial”. A primeira delas se deu com a morte de uma das usuárias que para lá foi inicialmente, abrindo uma vaga que foi preenchida com a ida de Mercedes. A segunda

se deu com o surgimento de uma crise psicótica em Rose demandando sua transferência para o CRIS, aonde permanece até o momento.

Moradia 5

Esta moradia situa-se em uma rua movimentada da Taquara, ao longo da qual se encontram casas de dois a três andares, ocupadas por comércio variado (padaria, farmácia, lavanderia, bar, oficina de pintura automotiva, entre outras lojas), e ao final desta, uma igreja católica. A casa fica na frente desta igreja, no andar térreo de um prédio de dois andares, de fundos. Ali residem Lia (67 anos, morena clara), Fábio (66 anos, branco) e Cristiana (59 anos, morena escura).

Fábio é bastante reservado e não gosta de conversar. Pouco sai de casa, fazendo-o quase que somente para comprar cigarros. Seu quarto é amplo e tem vista para um jardim de inverno, com uma mesa e quatro cadeiras de ferro pintado. No entanto, não há quaisquer plantas nesse espaço. A decoração de seu quarto é pobre, quase minimalista, limitando-se apenas a cama e armário. Conta somente com um rádio cinza posto ao lado da cama, o qual foi comprado por ele como presente de Natal para si próprio. Fábio passa grande parte do tempo em seu quarto ouvindo rádio, ou na sala assistindo à televisão. Lia também é calada e não gosta de falar muito sobre si. Esquizofrênica, entrou em crise e foi transferida para o CRIS. Atualmente encontra-se em processo de readaptação e visita a moradia todos os dias acompanhada da cuidadora de território, para que os vínculos já constituídos com a casa e os colegas não sejam rompidos.

Dos moradores deste SRT, Cristiana é a mais comunicativa e faz amizades com facilidade. Sua rede social compreende vários colegas das oficinas que realiza no IMASJM. Divide o quarto com Lia e ambas o decoraram com quadros e imagens de santos. No momento, vem ocupando o quarto sozinha. Acompanhada da cuidadora de território, costuma sair pelas redondezas de casa para fazer compras, não precisando se deslocar muito para fazê-lo, porque a própria rua onde residem dispõe de praticamente todo o comércio de que possa necessitar.

A exemplo do observado em moradias que não são mistas (ou seja, casas ocupadas somente por homens ou só por mulheres), quartos masculinos costumam ser bem menos

ornamentados que os femininos, onde se vê vasos, pequenos quadros e flores. Essas diferenças de decoração conforme o sexo dos ocupantes faz parte da experiência de observação de outros serviços (PERRONE, 2007) e reflete diferenças culturais a respeito dos papéis sexuais dos indivíduos. No período de institucionalização, o espaço pessoal dos internos se restringia a uma cama e uma pequena cômoda ao lado desta. E é notável como as mulheres vêm conseguindo, ao decorar seus espaços de moradia e imprimir-lhes um “toque feminino”, internalizar mais rapidamente que os homens aquele ambiente como seu.

Cristiana e Fábio freqüentam a missa aos domingos na igreja situada em frente à casa. A religiosidade é um ponto de união para esses moradores. De um modo geral, a questão da religiosidade enquanto apoio social nos processos de saúde e doença ainda precisa ser mais bem estudada de modo a se compreender as relações entre eles, especialmente no campo da saúde mental e da reabilitação psicossocial. Mas em virtude das idas à missa dominical, a construção de laços de solidariedade entre eles foi favorecida, estimulando o resgate de sua auto-estima e seu sentido de união. Mais ainda, freqüentar a igreja aumenta a possibilidade de interação com outras pessoas, ou seja, o círculo social em que podem manter comunicação, trocas, relações fora do grupo de moradores.

Moradia 6

Esta moradia se localiza no segundo andar de um pequeno edifício sem elevador, aos fundos do qual funcionam alguns estabelecimentos e lojas, incluindo uma empresa de assistência médica privada e um salão de beleza. O comércio vizinho gera uma razoável quantidade de lixo ao final do expediente. Nela residem Élio, Vera (negros, 62 e 60 anos) e Júlia (43 anos, morena clara). Elas ocupam um mesmo quarto e Élio um outro, onde há vaga para um futuro morador adicional. Os moradores conhecem o ritmo uns dos outros e observam o que cada um gosta e tenta fazer as coisas daquela maneira. Desse modo, o ambiente nesse SRT é bastante acolhedor.

Vera não cozinha, por medo de se queimar ou queimar a comida, mas tem vontade de aprender. Faz algumas atividades na sede, como alfabetização duas vezes por semana. Aos finais de semana, ela realiza os passeios do clube de lazer ou sai com a cuidadora de território. Élio trabalha como office-boy no CRIS. Quando chega do trabalho, toma seu

banho, troca de roupa e sai para dar uma volta pela cidade. Ele gosta de pegar ônibus e ir até a Barra da Tijuca ou Vargem Grande pelo simples prazer de ver o movimento da rua e seus ocupantes. Ao retornar, esquenta seu próprio jantar no microondas, sem grandes dificuldades. Necessita da ajuda da cuidadora residencial para auxiliá-lo nas tarefas domésticas, especialmente às quintas, quando é sua folga e dia de faxina pesada na casa. Nos outros dias, cada morador realiza as tarefas domésticas mais rotineiras, com a finalidade de manutenção. Élio costuma pedir ajuda da cuidadora de território para outras tarefas, como levá-lo ao dentista.

Élio ajuda Vera a dar laço em blusas quando ela não alcança sozinha, enquanto Vera lhe oferece leite porque ele “trabalha demais”. Ela implica bastante com Élio por vários motivos, como chegar tarde em casa, comer muito ou urinar na tampa do vaso. Mas esses pequenos conflitos são de pequena monta, dentro dos limites considerados normais para quem mora junto.

Vera é um pouco dependente dos cuidados de Júlia, a mais jovem e preservada dentre os moradores desse SRT. Vera é analfabeta, reconhece números com dificuldades e não sabe ligar o fogão. Ela consegue atender ao telefone, mas realizar uma ligação já é tarefa mais difícil. Não tem um território tão ampliado, dependendo dos cuidados de Júlia ou da cuidadora de território para fazer compras, no reconhecimento das notas e no recebimento do troco. Contudo, isso nos leva a pensar se esse tipo de organização colocar idosos juntamente com não idosos ou pessoas dependentes junto a não dependentes não seria um fator que facilitaria a convivência e as relações dentro de uma moradia, bem como a própria adaptação à vida fora de um ambiente institucional.

Em minha primeira visita ali, Vera estava na janela, onde costuma ficar por longos períodos vendo o movimento da rua e acenando para as pessoas que conhece. Quando passa uma pessoa de quem ela gosta e com quem deseja conversar, ela a convida para subir até sua casa. Júlia está em casa e me recebeu com alegria, pois, a exemplo dos usuários da moradia 2, também já me conhecia desde meus tempos de funcionária. Júlia e Vera me mostraram vários álbuns de fotos, contendo registros de seus aniversários, da família, dos amigos da igreja metodista que frequenta, dos amigos da rua, entre outros. Elas são muito amigas e estão juntas em muitas ocasiões, gostando muito do convívio uma com a outra e

de fazerem coisas juntas. Júlia me ofereceu sopa de legumes que a cuidadora deixara pronta. È Júlia que a esquentou enquanto Vera pôs a mesa e cortou o pão. Na mesa, observei que Júlia que conversava mais, quase não parando de falar para comer, enquanto Vera acompanhava atenta nossa conversa, participando sempre para complementar o que Júlia dizia. Após o jantar, Júlia saiu para buscar um menino de 10 anos na escola, um “bico” que fazia para ganhar R\$ 50,00 mensais.

Na verdade, os três moradores se preocupam bastante uns com os outros e desejam continuar morando juntos. Ajudam-se mutuamente e estabelecem dentro de seu próprio lar os laços de reciprocidade que os capacita a formar suas redes sociais para ajudá-los a reconstruir sua história e sua identidade. Nesse aspecto, um dado importante é representado pelas fotografias. Não havia ali qualquer registro nelas de seu período de internação no IMASJM. Ou se havia, não fizeram questão alguma em me mostrar. Para elas, toda a história digna de nota e de ser contada e mostrada com alegria e orgulho está contida no período de desinstitucionalização e é contada a partir de sua entrada no programa de residências terapêuticas. Sua história passa a não se confundir mais com a da instituição e elas se tornam agentes de sua própria transformação.

Antes de adoecer, aos 19 anos, Élio vivia com sua mãe e irmãos. Ele se envolveu com drogas durante o período de serviço militar, ficou violento em casa e acabou sendo internado no CPPII, sendo transferido mais tarde para a Colônia Juliano Moreira. Contudo, ele também já apresentava indícios de psicose, tornando difícil determinar o que veio antes, o envolvimento com drogas ou os sintomas psicóticos. Durante o período de internação, ele perdeu o contato com sua família, mas guarda em sua lembrança o endereço e o bairro onde residia na zona norte da cidade. Em conversas com a técnica de referência, muitos anos mais tarde, sendo Élio já morador do SRT, a equipe investe em levá-lo ao endereço que lembrava. Lá chegando, ele encontrou seu irmão e sua irmã residindo em uma casa muito precária, sem manutenção. O irmão estava desempregado e com problemas de saúde. Durante todo o período de afastamento, nunca souberam se Élio estaria vivo ou morto. Assim, o reencontro entre os irmãos foi um momento muito marcante para todos os que o presenciaram.

Élio é tabagista e consome vários maços de cigarro por dia. Depois de estar nesta residência, passou a utilizar maconha na escadaria do prédio. Certa vez, um vizinho sentiu o cheiro, o que acabou gerando um mal estar entre os vizinhos e a equipe do SRT, pois para a vizinhança, a combinação “maluco” e o uso de drogas tornava-se muito perigosa. Já a equipe se surpreendeu com o acontecido e interveio para que este episódio não colocasse em risco o programa como um todo e nem a vida de Élio. Atualmente, ele diz que não faz mais uso de drogas. Tais situações indesejáveis e impossíveis de se prever acontecem, gerando imediata intervenção da equipe do SRT que atua no sentido de lidar com questões complexas inerentes ao indivíduo que habita a cidade.

Outra situação difícil com a qual a equipe teve de lidar nesta residência se deu no episódio de uma briga entre Júlia e um antigo usuário do SRT, colega de quarto de Élio. Nessa briga ocorreram muitos gritos, xingamentos e ameaça do morador agredir não só Júlia como também outros vizinhos. A confusão terminou na delegacia e mobilizou muito a vizinhança. Esse usuário foi retirado desta casa e a equipe teve de assegurar aos outros envolvidos a seriedade de seu trabalho enquanto aposta responsável na reabilitação dessas pessoas. A partir daí, a técnica de referência da casa passou a deixar seu telefone pessoal para uma vizinha mais próxima, capaz de auxiliar no cuidado caso observasse algo fora do comum e que necessitasse do conhecimento da equipe do SRT. Tal atitude não deixa de fortalecer e mobilizar a constituição de laços entre a vizinhança, os moradores e a equipe, além de demonstrar que um trabalho de reabilitação sério implica em cuidado contínuo e intervenções apropriadas no momento adequado, na ocorrência de situações não habituais.

Moradia 7

Joana (71 anos, morena escura) e Pedro (66 anos, branco) residem ao lado da antiga sede do clube de lazer, em frente a um campo de futebol onde à tarde jogam crianças e adultos. A casa é um cômodo grande onde uma cortina divide o quarto de casal com o único banheiro da casa, da sala, a cozinha e a área já do lado de fora da moradia. Antigamente, toda essa área era uma casa muito grande que foi dividida em três outras mais. Não há comércio perto, a não ser algumas “biroscas” que vendem refrigerantes e biscoitos. As compras são feitas fora do muro do IMASJM, no bairro chamado Remi.

Joana tem a rotina diária típica das donas-de-casa. Acorda cedo, prepara o café, apronta o almoço do marido, sai para trabalhar, vai resolver “negócios de banco” e quando volta, descansa um pouco, lancha com o marido e mais tarde se aprontam para ir para a igreja que ambos freqüentam diariamente. Joana trabalha na Cantina das Delícias, no prédio ao lado da sede no IMASJM. Ela lava louça, coloca a comida no “Self-Service” e serve refrigerante nas mesas. Ela tem uma boa organização do cotidiano. Pedro, por sua vez, não está trabalhando mais e passa a maior parte do tempo em casa ouvindo rádio e deitado na cama. Tem uma das mãos atrofiada por seqüela de acidente vascular cerebral. Faz pequenas tarefas domésticas, mas teme que Joana o critique por não fazê-las corretamente. Joana é natural do Espírito Santo e todo ano vai lá no período de festas visitar a família, com quem não perdeu o contato mesmo com muito tempo de institucionalização. Ela mesma compra a passagem e organiza sua viagem, avisando a técnica de referência quando vai viajar e quantos dias passará fora apenas para obter a medicação durante esse período. Pedro a acompanha na maioria das vezes.

As finanças de Joana precisam ser acompanhadas de perto, pois volta e meia contrai empréstimos pessoais com funcionários de empresas de crédito, os quais a abordam na rua dizendo que existe um dinheiro pronto para ela pegar, sem maiores complicações. Ela acaba fazendo esses empréstimos sem se dar conta que terá que devolver esse dinheiro e com juros altos. Esse fato desorganiza suas finanças, pois a renda mensal do casal não é grande. Joana é muito preocupada com a saúde de seu marido. Não o deixa sair sozinho, por receio de ele cair na rua, o que já aconteceu. Por sua vez, Pedro considera excessivos os cuidados a ele dispensados e acaba por temer sair de casa sozinho, o que o leva a apreciar os momentos em que o faz. O lazer do casal é praticamente a igreja e as viagens para o Espírito Santo.

A valorização dos passeios e das viagens pode ser interpretada como um efeito da ênfase contemporânea em uma velhice com qualidade de vida e voltada para o prazer e o bem-estar pessoal. Passeios ao ar livre, caminhadas e viagens são a expressão maior dessa tendência. A vivência dos idosos no espaço do lar não se restringe ao domicílio, mas se espalha pela vizinhança, pois a casa, o bairro e as imediações são os contornos de sua vida social. Porém, no contexto da desinstitucionalização, viagens representam um grande avanço para os usuários e para a equipe técnica (AQUINO, 2006; ALVES, 2007).

Moradia 8

As três moradias apresentadas a seguir estão em uma mesma vila de casas, cujo acesso está em uma rua movimentada de mão dupla, bem servida de transporte público e comércio local. A exemplo do condomínio onde estão as moradias 3 e 4, trata-se de uma vila tranqüila com terrenos baldios e uma praça arborizada ao final, onde crianças brincam nos poucos brinquedos ali instalados. As casas ali são grandes, com cômodos amplos e bem ventilados. Em uma delas residem César (60 anos, moreno escuro), Geraldo, (31 anos, moreno), Breno (28 anos, negro), Guilherme (59 anos, negro) e Edson (29 anos branco). Breno e Guilherme dividem um quarto, César e Geraldo dividem outro e Edson ocupa um quarto só para si, pois um antigo morador dessa casa foi morar sozinho. Guilherme é o mais isolado da casa, o mais dependente dos cuidados da cuidadora domiciliar.

A questão principal dessa casa são as tarefas domésticas ligadas à limpeza, como varrer a casa, lavar banheiro, tirar o pó dos móveis ou passar cera no chão. Cada morador tem o seu dia para executar essas tarefas, mas à exceção de César, não se comprometem com elas. Ele não reclama de se sobrecarregar, pois qualquer reclamação seria encarada entre eles como delação e o queixoso, um X9 a atrair a atenção e intervenção do técnico de referência. Tais laços de solidariedade entre eles apontam na direção da construção de uma identidade própria dos moradores em contraposição à equipe. Eles se ajudam muito, emprestando dinheiro e cigarros uns aos outros com frequência. Mas são ciosos de seu espaço pessoal. Tanto que entrar uns nos quartos dos outros para conversar sem o devido convite também é um fato que gera conflito. Assim, o papel da cuidadora domiciliar nessa casa é realizar essas tarefas e promover todo o tempo a inserção dos demais moradores nessas atividades, sem que César fique sobrecarregado, pois ele acaba por assumir tarefas que não são suas. Isso gera dissabores nas relações entre eles, solucionados quando César começa a passar mais tempo na rua do que em casa. As saídas de César evitam que ele esteja presente nos conflitos e na tensão que a casa gera no cotidiano.

César trabalhou na empresa Nacional que era uma empresa terceirizada que prestava serviços para o IMASJM. De acordo com sua antiga ocupação nessa firma, César costuma fazer “bicos” de faxina para antigos funcionários em troca de alguns trocados, aumentando assim sua renda ao realizar uma tarefa da qual gosta muito, a limpeza. Sabe quando o

pagamento não condiz com o serviço realizado e reclama quando é passado para trás. Àquelas casas que não o pagam adequadamente, ele se recusa a oferecer seus serviços. No entanto, não costuma acionar a equipe do SRT para evitar possíveis explorações, pois fica com muita raiva quando sente sua vida controlada pela equipe. César participa da atividade de telecentro (computador) na sede. Seu tempo diariamente é tomado pelas tarefas domésticas de limpeza e arrumação, pelas faxinas que faz ocasionalmente e principalmente pelos passeios que costuma fazer dentro e fora das imediações do IMASJM. Nos finais de semana está integrado nas atividades do clube de lazer. César por vezes descansa após o almoço, sai para comprar cigarro no mercado que tem lá perto. César gosta de comprar alimentos e enfeites para a casa. O que faltar dentro de casa é ele que toma a iniciativa de ir comprar. Contudo, a equipe acredita que essa também seja uma responsabilidade que devia ser dividida por todos os moradores e não ficar a cargo de apenas uma pessoa. Ele não tem noção se determinado objeto é muito caro e diante de determinada quantia quanto receberá de troco, portanto precisa da cuidadora de território para fazer compras grandes de supermercado e retiradas semanais no banco e é com esse dinheiro que fará seus passeios.

César é extrovertido, constrói vínculos com facilidade, tem um território ampliado, pega ônibus e vai sozinho a todos os lugares, pois tem o Rio Card, que permite a livre utilização de transporte coletivo. Vai principalmente para a Quinta da Boa Vista, onde frequenta o Jardim Zoológico. Entra com sua carteira de identidade e não paga pelo ingresso. Ali passa longo período diante das jaulas dos macacos e dos animais ferozes, como lobo, onça e leão e, ao final da visita, lancha cachorro-quente e refrigerante. Consta também que ele se vale das oportunidades de privacidade proporcionadas por esses passeios para obter “favores” sexuais, sem utilizar medidas preventivas. Uma vez que tem boa saúde, quando utiliza o SUS não se investiga normalmente Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Moradia 9

Lídia (63 anos, branca), Vilma (60 anos, negra), Vanessa (59 anos, branca) e Paula (52 anos, negra), residem em uma casa logo acima da moradia 8. Mas a despeito da

proximidade, os homens não freqüentam a casa das mulheres. Vilma e Vanessa dividem um quarto enquanto Lídia e Paula ocupam um outro.

Paula às vezes senta na praça para pegar sol. Vilma é tabagista e fuma cachimbo.

Lídia é a mais comunicativa nessa casa. Aprecia assistir à televisão e é atenta ao noticiário, comentando as notícias com desenvoltura. Está sempre atualizada com o que acontece no Brasil e no mundo. Fica na janela também vendo o movimento da rua, principalmente o dos outros SRT que o IMASJM mantém nessa rua. No entanto, Lídia quase não sai de casa. Não realiza nenhuma atividade na sede e passa a maior parte do tempo em casa, saindo apenas para comprar pão no mercado. Para ir ao centro da Taquara, somente acompanhada da cuidadora de território, e mesmo assim, após muita insistência. Paula também não gosta de sair, mas por ser introspectiva e fechada. Assim, na divisão de tarefas, elas cuidam mais da comida e da limpeza e uma faz companhia para a outra.

Já Vilma e Vanessa são mais ligadas porque gostam de sair e passear. Vilma freqüenta a sede acompanhada da cuidadora de território, onde faz oficina de alfabetização para aprender a assinar o nome. Vanessa trabalha na Cantina das Delícias e tem autonomia bem maior. Quando as duas terminam suas atividades, voltam juntas para casa, pois Vilma não sabe andar sozinha. Comparecem a todas as festas das quais tomam ciência. Ambas no final de semana participam das atividades do clube, chegando até a viajar com essa equipe. Apenas quando estão em casa cuidam das tarefas domésticas. Vilma e Vanessa compareceram ao aniversário de Júlio, foram e retornaram para casa sozinhas. Após o parabéns e de terem comido sua fatia do bolo Vanessa pede a Júlio duas fatias de bolo para levar para Lídia e Paula que ficaram em casa.

Vilma é uma pessoa muito dependente, precisando da ajuda das colegas para administrar sua medicação. Analfabeta, traz muitos resquícios ainda da vida no núcleo, o que se reflete em sua grande dificuldade de comunicação e seu comportamento agressivo ao ser contrariada. Por isso, é a que mais precisa de auxílio e atenção tanto por parte da cuidadora quanto das colegas de moradia. Ela recebe toda ajuda de que necessita e isso a mantém na residência. Na realidade uma pessoa tão dependente assim jamais poderia estar em um SRT, mas com a ajuda das colegas e o trabalho da equipe, está sendo possível sustentar esse lugar. Vilma melhorou bastante seu auto cuidado e procura aproveitar todas

as oportunidades que tem para sair, seja com a cuidadora de território, para fazer compras semanais e ir ao banco, ou apenas para sentar nos bancos da praça e tomar sol.

Lídia é autoritária e apresenta uma postura de destaque na casa. Tem hábitos peculiares, como querer almoçar bem cedo (ainda por volta das 10:00) e tenta impô-los às outras moradoras para controlar tudo o que se passa na casa. Nesse aspecto, Vilma não aceita todas as determinações de Lídia e reage sempre que sente seu espaço invadido. Ela faz prevalecer a sua vontade através da agressão verbal, gritos, xingamentos e discussões. Isso gera conflitos não apenas entre as moradoras, mas também com a cuidadora residencial. Como incentivá-las a preparar suas refeições e orientá-las nessa tarefa está entre suas atribuições, a cuidadora acaba sem essa função, pois freqüentemente encontra o almoço já pronto ao chegar para trabalhar.

Moradia 10

Jaime, Carlos, Filomena e Iara (68, 54, 46 e 47 anos, todos morenos claros) moram em uma casa vizinha às moradias 8 e 9, situada do lado oposto da rua. Os homens ocupam um quarto e as mulheres, o outro. Carlos e Filomena são dois moradores novos, em fase de adaptação e de divisão das tarefas. Ainda não se apropriaram completamente de seus espaços na casa e trazem vícios de institucionalização prolongada na Fazenda Modelo. Como tentativa de distribuição de tarefas, Carlos limpa o banheiro e o quarto dos dois enquanto Filomena e Iara alternam a limpeza da cozinha e da sala.

Jaime passa longos períodos dentro de casa. Acorda cedo, faz café, realiza as tarefas domésticas, varre a varanda e gosta de ficar no portão vendo o movimento da rua. Jaime gosta de comprar frutas para ele e todos os moradores consumirem, é generoso ao extremo, precisando de auxílio da equipe também para não ser explorado. Prefere sair acompanhado, mas consegue se deslocar por si só, chegando a ir ao IMASJM e mesmo ao centro da Taquara. Relaciona-se bem com os vizinhos buscando alguma familiaridade com eles e uma relação mais próxima. Nesse aspecto, ele considera como neta ou sobrinha qualquer criança que encontra, de modo a estabelecer essa proximidade. Esquizofrênico, manifesta delírios de perseguição e tem limitações para estar em lugares que exijam maiores responsabilidades. Quando ele fica descontente com algum conflito dentro da casa, ele

ameaça ir embora, chegando a fazer as malas, mas sem conseguir sair sozinho. Fica pronto no portão esperando que alguém vá buscá-lo e, como isso não acontece, ele retorna.

É comum encontrar Jaime na sede do IMASJM, mas passa mais tempo em casa. Não costuma visitar outros moradores, nem ser visitado. Suas saídas são relativamente rápidas. Não aprecia sair à noite e não frequenta as atividades do clube de lazer. Gosta, no entanto, de comemorar seu aniversário com uma peixada, preparada por ele mesmo, ocasião em que convida outros usuários do programa e alguns vizinhos.

Moradia 11

Jane (66 anos, branca), Marta, Edgar e Lúcio (45, 76 e 62 anos, morenos claros), moram em um apartamento pequeno e muito aconchegante, situado no primeiro andar de um condomínio na Taquara. Da pequena varanda do apartamento e das janelas dos dois quartos, é possível ver quem passa do lado de fora do apartamento. Esse condomínio tem uma pequena piscina, motivo de alegria para as crianças que lá residem. Nesse apartamento também habita um gato enorme chamado Frajola, considerado o “xodó” dos moradores. Edgar leva consigo uma foto de Frajola na carteira e todo dia, ao voltar do trabalho, traz um sachê de Whiskas de salmão ou atum para ele. Edgar e Marta são remanescentes da segunda casa do programa. Moram juntos há oito anos e Frajola os tem acompanhado por todo esse tempo. Pela manhã, Edgar prepara o café de todos e coloca a ração para o gato. Marta, por sua vez, trabalha no Tele Centro Esperança, dando aula de informática e alfabetização para outros usuários e pessoas da comunidade.

Lúcio chegou depois, mas já está bem adaptado. É muito comunicativo e, por todos os lugares onde passa, as pessoas o cumprimentam e o conhecem. Trabalha no horto, mas às quintas, faz mosaico na sede. Costuma receber carona de um vizinho até o trabalho. Há pouco tempo Lúcio havia se apaixonado por uma vizinha e, ao se ver frustrado em seu investimento amoroso, escreveu-lhe improperios no chão do prédio, em sinal de represália. Foi uma situação um tanto desconfortável, contornada positivamente sem maiores danos para o serviço ou para os usuários.

Jane é a moradora mais recente, oriunda da clínica Valência. Ainda está em fase de adaptação, aprendendo a conviver com os outros moradores. Não realiza ainda nenhuma

atividade na sede e passa a maior parte do tempo em casa, ocupando-se de tarefas domésticas. Recebe muita ajuda dos demais moradores e da cuidadora domiciliar. Nesse aspecto, é Marta que ajuda a colocar comida em seu prato. Jane tem medo do gato, não buscando nenhum tipo de relação com ele.

As maiores dificuldades encontradas no funcionamento desse SRT se deram ainda antes do seu funcionamento. Quando a equipe do programa procurava apartamento para alugar e chegou nesse condomínio, a técnica de referência foi chamada pela síndica dizendo que os moradores fariam um abaixo-assinado para impedir a mudança dos pacientes. Teriam ficado sabendo que para lá estavam para se mudar “menores delinquentes” e “usuários de drogas” (eles não conseguiram dizer “malucos”) e eles não queriam “esse tipo de gente” como vizinha. A equipe contornou o impasse ao insistir que se tratava de pessoas comuns, evitando enfatizar sua condição de portadores de transtorno mental ou a internação psiquiátrica. A princípio, a recepção foi difícil, mas com o tempo os temores foram diminuindo. Tempos depois, a técnica de referência ouviu do porteiro que a usuária do SRT que lá morava era uma das poucas que freqüentemente lhe dava bom dia e que inclusive foi a única pessoa que o cumprimentara no dia de seu aniversário. Adicionalmente, Lúcio era o único morador que lhe dava café todo dia. Tal situação demonstra que desinstitucionalizar é uma tarefa sem fim e que, a todo momento, a equipe e os pacientes podem se ver frente a frente com estereótipos e atitudes negativas com relação à loucura e que o trabalho constante é a única e melhor resposta a se dar no sentido de mudar as representações da doença mental e construir-lhe um novo lugar social.

Os membros da equipe vivem muitas situações difíceis em todos os lugares onde o programa administra um SRT. Deve-se administrar não apenas o problema com um usuário ou grupo, mas também os vizinhos e o ambiente. O acompanhamento e supervisão constantes fornecem-lhes uma sensação de segurança e seriedade. Os outros percebem que eles não estão sendo deixados à própria sorte, ao verem a equipe presente no dia-a-dia das moradias e em caso de intercorrência com algum morador. E até hoje nunca houve rejeição tão intensa a ponto de tornar a permanência de um SRT insustentável, forçando a moradia a se transferir. Ao contrário, com a convivência diária, os estereótipos foram se diluindo, favorecendo a adaptação dos moradores. Não existe receita de bolo ou uma única solução para os problemas que podem surgir, os quais são discutidos caso a caso e trabalhados com

a equipe da melhor forma possível. E atitudes são tomadas sempre visando à sustentação responsável do serviço e a integridade de seus usuários.

Moradia 12

Esta moradia está situada dentro dos limites da antiga colônia. Ocupa um imóvel bastante antigo, uma das primeiras edificações do complexo e que faz parte do patrimônio imobiliário do IMASJM. Construída para servir como residência para os primeiros diretores da instituição quando ela ainda era por demais distante do centro de modo a permitir que eles fossem embora ao final do dia de trabalho, foi denominada “Casa do Diretor”, nome que permanece até hoje. Para lá costumam ser transferidos usuários que têm autonomia suficiente para morar fora dos núcleos e que ainda não se sentem à vontade para residir em um SRT fora da colônia. Ou aqueles que moravam fora e que, em algum momento, passaram a necessitar de maior atenção por parte da equipe. Tanto que está nos planos da instituição que ela seja convertida em um SRT do tipo II em um futuro próximo.

Ali residem Ernani e Nelson (brancos, com 61 e 60 anos). Ernani trabalha na sede no programa de residências terapêuticas do IMASJM, onde costuma atender telefone, dar recados, chamar os técnicos quando o telefonema é para eles. Conhece todo mundo do programa, entrega papéis nos outros setores, ajuda a tomar conta da sala e auxilia o funcionário administrativo que lá trabalha. Ernani está prestes a se mudar para a casa ao lado de Aldo tão logo a obra da casa fique pronta.

Nelson passa a maior parte do tempo em casa, no seu quarto. Quando sai vai ao Remi buscar o resultado do jogo de bicho, faz compras de refrigerante por lá. Gosta de fazer a barba no núcleo Rodrigues Caldas com um antigo funcionário. Por ocasião dessas visitas, aproveita para rever os companheiros de pavilhão e conversar com a equipe técnica.

Moradia 13

Aldo (69 anos, negro) mora sozinho em uma moradia na rua principal do IMASJM. A rua é de mão dupla, por onde passa a maior parte do trânsito do instituto, com várias casas, uma escola pública, árvores, terrenos baldios e muita área verde. A área da antiga

Colônia Juliano Moreira há muito deixou de ser um espaço fechado para se constituir em um bairro, parte de Jacarepaguá. O trânsito de veículos por ali é livre, sendo inclusive cortado por linhas de ônibus convencionais e vans. A maior parte do espaço não é construída e, a partir das áreas arborizadas, facilmente se chega a áreas de floresta pertencentes ao Parque Estadual da Pedra Branca.

A casa se constitui de um cômodo, divididos em dois ambientes. É apenas o seu quarto, com um pequeno banheiro e a cozinha que serve também de sala de estar. Nesta cozinha/sala, encontramos o fogão, a geladeira, uma mesa com duas cadeiras. Ao lado da casa de Aldo, está sendo reformada nos mesmos moldes uma outra casa para servir de SRT, onde residirá outro usuário em iguais condições.

Facilmente encontramos Aldo em casa sentado na varanda pegando sol. Ele pouco sai, apesar de conhecer muita gente e toda aquela região que o cerca. Ele, pela manhã, costuma fazer caminhadas na região ao redor da casa. Dentro de casa, o rádio estava ligado e podia ser ouvido da varanda. Aldo não reclama da vida. Diz que foi a vida que Deus deu e se sente bem da maneira que está. Sua vizinha entrega o seu almoço por uma janelinha que construíram no muro que separa as duas casas. Ela também realiza a limpeza da casa de Aldo e, em troca desses serviços, ele a paga R\$ 150,00. Ele antigamente cozinhava as suas refeições, contudo, com o tempo, a comida passou a ficar sem gosto (destemperada ou salgada demais) e ele optou por comprar da vizinha este tipo de serviço. Tentou com outra vizinha, que cobrava o mesmo preço apenas pela refeição e não pela limpeza de sua casa. Por isso, optou pela vizinha ao seu lado. Ele não janta, apenas fazendo um lanche à noite. Em casa faz apenas café. Sabe lidar com o dinheiro e aumenta, assim, seu poder contratual e funcionamento social.

Aldo trabalhava no CRIS, mas atualmente não costuma frequentar nenhuma atividade. Acorda por volta das 6:00 e se recolhe às 20:30. Durante a semana faz caminhadas dentro da área do IMASJM duas vezes ao dia. Gosta de tomar sol no quintal e ouvir rádio, mas passa quase todo o dia assistindo à televisão até a hora de dormir. Só sai do IMASJM para ir ao REMI comprar coca-cola, biscoitos e leite essenciais para seu lanche da tarde e da noite. No final de semana também não costuma sair. Sua rede social inclui os vizinhos e outros usuários idosos do IMASJM, muitos ainda institucionalizados.

Recebe sempre a visita de César, da moradia 8. Essas visitas não são nunca combinadas com antecedência. Sempre que vê o portão de sua casa aberto, César entra e começa a conversar com Aldo sobre qualquer assunto incluindo-se aí tanto as lembranças do passado, como histórias de antigos diretores, funcionários e pacientes da colônia como fatos recentes que lhes interessa, como os passeios organizados pelo clube de lazer aos quais compareceu, Aldo conta que sempre que deixa o portão aberto, um ou outro usuário entra para conversar com ele. Aldo serviu refrigerante para nós.

A vida de Aldo é praticamente comer, beber, dormir e dar uma caminhada de vez em quando. A diferença é que ele hoje decide como e quando fará essas coisas. Aldo conhece bem as imediações de sua casa e do Remi, mas não tem a mesma desenvoltura na Taquara. Visitar a sua irmã no Grajaú tem se tornado uma tarefa difícil, pois não está mais reconhecendo o trajeto dos ônibus, bem como os diversos bairros pelos quais passa entre o Grajaú e o IMASJM.

Moradia 14

Ana (62 anos, negra) e Bento (41 anos, branco) são casados. A casa onde residem é simples, tipo um quitinete, constituída por um cômodo a servir de quarto do casal contendo pouco mais que a cama e um par de armários. Além dele, existe um pequeno banheiro e a cozinha é o maior cômodo da casa. Não há sala. Ana adora sua cozinha, pois é ali que faz doces e comida para ela e seu marido. A rua principal onde residem é a estrada que leva até o IMASJM, ficando bem a três minutos a pé de seu portão. É uma vila com várias casas. No terreno de Ana, localiza-se a sua residência e mais um SRT com outro morador.

Ana conheceu Bento há muito tempo atrás no Hospital Philipe Pinel, onde os dois estavam internados em tratamento de transtorno mental. Quando Ana o reencontrou no IMASJM, começou um longo namoro que culminou no casamento dos dois. Ao decidirem morar juntos, a equipe acolheu sua vontade e lhes deu o apoio necessário para que seu desejo pudesse se concretizar e sustentar. Isso foi possível por conta da possibilidade de se conseguir casas para egressos de longa internação. Antigamente quando uma situação como essa acontecia nos núcleos, era possível apenas arranjar um quarto dentro do pavilhão de

modo a possibilitar a intimidade do casal. E mesmo assim isso era uma concessão, dependendo totalmente da boa vontade da equipe em acolher tal solicitação.

Ana trabalha na cantina do HMJM produzindo salgados. Ele passa a maior parte do tempo em casa, não está trabalhando. Por vezes vai à casa de outros usuários para fazer uma visita. À tarde, quando ela volta do trabalho eles costumam assistir na televisão a novela da tarde na Globo. Ana e Bento saem para fazer compras no mercado próximo. É ele que carrega quatro sacolas de verduras, legumes e frutas. Ana e Bento utilizam suas bolsas e o salário dela para pagar o aluguel, contas de luz, gás, telefone e despesas de alimentação.

Ana precisa de ajuda da técnica de referência ou da cuidadora para retirar dinheiro no banco quinzenalmente. Ela não compreende os comandos do caixa eletrônico, nem tem destreza para atender aos pedidos do terminal em tempo adequado. Alfabetizada, Ana consegue não mais que assinar o próprio nome e reconhecer as letras. Daí a necessidade de uma equipe atuando junto aos desinstitucionalizados para auxiliar nas tarefas do dia-a-dia de um mundo informatizado, quando o grau de escolaridade ou do transtorno mental não os capacita para realizar os procedimentos necessários.

Uma das principais dificuldades que idosos enfrentam na sociedade atual está na interação com a tecnologia moderna. A automatização de serviços é uma inovação tecnológica, uma tendência em expansão que se disseminou e atingiu diversos setores, como é o caso dos terminais de auto-atendimento em instituições bancárias. As ações necessárias à sua utilização (compreensão da estrutura lógica de uma tela, alcance e utilização de botões, leitura de palavras e frases exibidas nas telas, digitação dos dados solicitados dentro do tempo de resposta programado, entre outras) podem não ser facilmente desempenhadas por indivíduos com algum grau de comprometimento.

Uma parcela expressiva de idosos não possui independência para trabalhar com terminais de auto-atendimento, necessitando da ajuda de terceiros para compreender o sistema e operá-lo. Mesmo idosos plenamente independentes costumam ter dificuldades em utilizá-los, até em localizar o dispositivo de leitura de cartões e apresentá-lo a esse mecanismo. Ao serem projetados para serem operados pelo público em geral, sem levar em consideração sua possível utilização por idosos e indivíduos com deficiência, os terminais acabam sendo, para eles, instrumento de exclusão, ao dificultar-lhes o acesso aos serviços

que procuram. A se considerar que idosos constituem uma parcela expressiva da clientela de qualquer banco, por neles receberem suas aposentadorias, pensões e proventos os mais diversos, a observação específica das necessidades desse grupo de usuários no desenvolvimento desses equipamentos facilitaria o uso dos terminais e, desse modo, beneficiaria todos os clientes do sistema bancário (MAZZONI e TORRES, 2008). A exemplo dos outros idosos do programa de residências, Ana é auxiliada pela cuidadora de território na tarefa de ir ao banco para receber sua bolsa-auxílio. E manifesta dificuldades semelhantes às enfrentadas por idosos em geral, mostrando que as novas tecnologias não estão ao alcance de todos e sequer da maioria da população.

Lazer em Interação Fora da Residência

Dentre todos os aspectos do trabalho com os idosos nos SRT, o estímulo ao lazer talvez seja o mais intrigante. No contexto da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização, onde uma casa pode ser ao mesmo tempo um lar e um instrumento terapêutico e, de modo análogo, o lazer pode significar tanto simples relaxamento de tensões como um meio de facilitar a integração com o território e estimular a desconstrução da subjetividade asilar mediante o estabelecimento e reforço de redes sociais.

Desde a modernidade, o estímulo ao trabalho como atividade digna e ferramenta de ascensão social conferiu a ele um valor positivo. Em contrapartida, o lazer constituiu-se no pólo oposto dessa dicotomia, adquirindo um valor negativo, associado a ócio, diversão, festa e prazer, quando não licenciosidade. Esse preconceito fez o direito ao lazer ser considerado um privilégio e colocado em segundo plano em comparação com outros direitos mais nobres, como saúde, trabalho, segurança e educação.

Na busca de uma conceituação, admite-se que, para que uma dada atividade seja considerada lazer, ela deva reunir alguns critérios. O lazer deve resultar de uma livre escolha, assumindo um caráter liberatório e não obrigatório. A atividade deve ser desinteressada, sem estar a serviço de outros fins que não a si própria. O caráter hedonístico refere-se à busca de um estado de satisfação ou prazer, expresso por relativo esforço ou dificuldade inicial, seguido de relaxamento ao término da atividade. E por fim, um caráter pessoal, onde todas as funções respondem a necessidades intrínsecas do indivíduo (DUMAZEDIER apud AQUINO, 2006).

No uso do lazer como instrumento terapêutico essas características estão presentes. O compromisso nas atividades adquire um caráter não de obrigação, mas de escolha, de exercício de desejo, de direito conquistado. Por exemplo, as atividades nos núcleos, apesar de variadas, eram programadas e determinadas pela equipe, sendo facultada aos usuários a participação nelas conforme sua vontade, mas não a escolha da programação em si. Já nos SRT, essa tarefa também cabe aos moradores, pois as escolhas são compromissos consigo próprios. O caráter desinteressado do lazer gera diferenças de interpretação de acordo com os atores envolvidos. Para a equipe, o objetivo do trabalho é produzir autonomia, autocuidado e expansão dos laços sociais, mas os usuários não comparecem às atividades para serem reabilitados e sim para se divertir, comer e ver gente. Logo, para os profissionais, o lazer é semilazer, ou lazer parcial (AQUINO e CAVALCANTI, 2004).

O Clube de Lazer e Cidadania Colônia (CLCC) é responsável pela maioria das atividades oferecidas aos moradores dos SRT. O clube foi fundado em 2000, dentro do contexto dos serviços extra-hospitalares e programas voltados para a desinstitucionalização, e é um espaço de exercício de lazer de livre escolha, favorecendo a reabilitação psicossocial e a recuperação do convívio social. O papel do clube é pensar e levar a cabo a aplicabilidade do conceito de lazer para a transformação do imaginário social da loucura quanto à periculosidade, segregação e irrecuperabilidade, por meio da reapropriação dos espaços sociais para o encontro com pessoas e expansão dos laços sociais. Nesse sentido, os passeios fazem parte da estratégia de desinstitucionalização, gerando espaços de compartilhamento e acolhida no reconhecimento da cidade e propiciando aumento de autonomia nesses espaços. No sentido da recuperação da noção de tempo, alguns usuários ainda institucionalizados sabem nomear o sábado como o dia do clube, tendo dificuldade com os outros dias da semana, indicando que o clube representa um diferencial positivo na percepção do tempo (SANTA ROSA, 2003; AQUINO e CAVALCANTI, 2004).

As saídas deles para as atividades costumam se dar em companhia das cuidadoras de território, as quais, além de os assistirem, participam delas também. Entre elas estão visitas a locais históricos, museus, como o Museu Internacional de Arte Naïf, viagens a lugares mais distantes, como Região dos Lagos, Muriqui, entre outros. Hospedam-se em hotéis-fazenda, ou, ao ficar nas cidades, hotéis urbanos ou casas alugadas, como na última viagem para São Pedro da Aldeia. Nessa viagem, o grupo alugou um barco para levá-los a

locais mais distantes para banho de mar, no sentido literal de engenharia de reconstrução de sentidos e reconquista de espaços (ROTELLI, 2001). Aos que não freqüentam o clube, o lazer restringe-se a vivências solitárias dentro de casa, mas que não são necessariamente relatadas como tristes. Muitos deles assistem à televisão, no que estão em consonância com o que se observa para os idosos em geral. Não é a atividade em si que gera a satisfação, mas a percepção subjetiva do reconhecimento e da integração social que ela traz, associada a algum vínculo com a identidade da pessoa.

Para as pessoas idosas, o tempo livre aumenta significativamente, o que favorece o lazer. Por outro lado, restrições relacionadas a condições de saúde e renda podem dificultar-lhes o acesso. Os idosos sofrem barreiras ao lazer de três fontes. Da sociedade, ao não fornecer espaços para o lazer pela imagem e do papel social atribuídos aos idosos. A segunda diz respeito a impedimentos concretos devidos a doenças ou idade avançada que lhes diminuem a competência para atividades e a terceira refere-se a resistências internas de seu próprio imaginário que os inibe de desenvolver certas atividades freqüentes entre os jovens e a idéia de lazer como passatempo, em detrimento do trabalho, pelo qual ele sempre se sentiu útil e integrado à sociedade (DOLL, 2007).

A vivência da aplicação do lazer como instrumento terapêutico em pacientes com transtornos mentais crônicos se dá em um campo fértil de tensões e resistências, tanto por parte deles como da equipe, a qual manifesta em seus discursos, dúvidas acerca de sua própria utilidade enquanto terapia efetiva. Além disso, alguns profissionais podem ter grande dificuldade em interagir com outros saberes no exercício de suas práticas ou na criação de formas de tratar que não necessitem de regras pré-definidas. As tensões dos pacientes se dão quando vivenciam rotinas diferentes e, por questionar essa experiência, rejeitam-na e preferem aquilo a que estão acostumados. No meio social, a exemplo dos SRT, a tensão se apresenta no incômodo de dividir o mesmo espaço com pessoas diferentes, com referências sociais, econômicas e culturais distintas. E justamente por isso, ela pode ser terapêutica, por estimular a desconstrução da dinâmica institucional internalizada e convidar os usuários ao exercício do direito de escolha (AQUINO, 2006). A tensão também se dá na relação dos pacientes com a sociedade, a qual está desacostumada ao convívio com a diferença, retratada de quaisquer modos, seja no vestir, no falar, no olhar ou no uso do espaço, e oferece o preconceito como resistência.

A participação dos usuários no cotidiano da cidade está em consonância com a necessidade de se reintegrar a cidade e o cidadão. Essa reinserção no corpo social através do lazer pode ser difícil, seja pelo dismantelamento progressivo das formas públicas de lazer em prol de locais públicos para privilegiados onde se hierarquiza o espaço urbano pelo preço e pela distância, desse modo construindo-se fronteiras de identificação implícitas ou explícitas, com repercussões negativas para a construção de redes de sociabilidade e solidariedade nas camadas populares. A subjetividade só se exerce, só existe verdadeiramente a partir da restituição de seus recursos materiais e sociais que permitem vivenciá-la plenamente, mesmo que mediante políticas públicas a criar condições visando à reconstrução das redes locais de solidariedade. As oportunidades para ativar e acelerar os múltiplos circuitos de reciprocidade entre os cidadãos, a partir de jogos, festas, conversas informais, entre outras, podem ser dadas a partir de ações apropriadas (ZALUAR, 1997). Laços de reciprocidade visando apenas ao lazer representam quase a essência da dádiva. A compreensão do lazer enquanto direito de todos e, no caso dos idosos em processo de desinstitucionalização psiquiátrica, como importante instrumento clínico de reabilitação dos usuários, é fundamental para o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em consonância direta com o paradigma da dádiva.

A Televisão e o Tempo

Nenhum outro segmento da população assiste tanto à TV como os idosos, havendo correlação positiva entre idade e número de horas passadas diante do televisor. A intensidade com que os meios de comunicação são usados permite presumir o quão importantes eles são e o lugar por eles ocupado na sociedade. Ver televisão é a atividade que consome mais tempo, perdendo somente para o sono e o trabalho. Como atividade única de lazer, ocupa um terço do tempo a ele destinado e 40% quando descrita como complementar ou secundária a outra atividade. Como lazer, é a atividade mais importante, superando socialização, leitura, eventos fora de casa, viagens e tarefas domésticas (SZALAI, apud ACOSTA-ORJUELA, 1999).

A forma como se assiste à televisão revela-se um indicador da qualidade de vida que sociedades de diversas origens e características oferecem a seus idosos. Quanto maior o nível educacional do idoso, menor o tempo gasto diante dela. O uso da TV é uma estratégia

para suprir a ausência de outros recursos ou necessidades psicossociais, as quais estão em íntima relação com os obstáculos ou as opções que o entorno físico e social dos idosos lhes oferece e as circunstâncias de vida que os rodeiam. A vivência da velhice com solidão, exclusão, redução de mobilidade, dependência, pobreza, excesso de tempo livre e desligamento de papéis sociais e empregatícios é característica de uma série de contextos culturais onde há tempos está presente a TV.

Os padrões de uso da TV são bons indicadores do que se passa em seu ambiente psicológico e sua realidade social. Assistir à televisão representa 93% das atividades mais praticadas pelos idosos no Brasil, seguida de ouvir rádio (80%). Mas quanto menor a escolaridade, menor a frequência às atividades de lazer, devido a dificuldade de acesso e à falta de hábito e valorização. A frequência às atividades diminui com a idade, sendo mais proeminente nas atividades externas, por demandarem maior disposição. As atividades preferidas de lazer entre os idosos brasileiros foram assistir TV (29%), viajar (21%) e descansar (19%). Entre os idosos mais velhos, 25% preferem descansar e 12% preferem a TV. O padrão e a frequência se assemelham ao dos idosos sem instrução formal, ao passo que entre os de ensino superior, a maioria prefere atividades culturais como ler e ouvir música, seguida pela televisão e o descanso representa só 3%. Observa-se que atividades fora de casa diminuem progressivamente à medida que se envelhece, e as atividades preferidas pelos idosos de baixa escolaridade se assemelham às apontadas pelos muito velhos, indicando que seu envelhecimento é acelerado pela baixa escolaridade (DOLL, 2007).

Isto posto, admite-se que uso de TV na velhice represente um indicador de necessidades específicas intensificadas nesse período, podendo estar relacionado à tendência de se estabelecer hábitos e rotinas e atividades fixas. Além disso, condições e situações de vida decorrentes de perdas sociais e econômicas e deterioração das condições de saúde somam-se à lista de fatores mediadores na conduta de ver TV. Dentre eles estão excesso de tempo livre ou não estruturado, pobreza, acessibilidade e declínio sensorio-perceptivo, pois ao proporcionar estímulos visuais e auditivos, contribui para preencher eventuais deficiências e levando idosos que as possuem em maior ou menor grau a escolhê-la como fonte de informação e lazer (KUBEY, 1980).

O uso intensivo de TV pelos idosos dos SRT pode ser em parte explicado ao se considerar restrições de mobilidade, interação ou participação social e dificuldades econômicas como sendo bastante comuns na velhice e que a TV parece gratificar essas necessidades de forma barata e facilmente acessível, pois seu uso não demanda envolvimento interpessoal, deslocamentos ou aptidões físicas. No contexto do papel do lazer para eles, a televisão é onipresente enquanto fonte de informação e divertimento.

Para os idosos dos SRT, assistir à TV assume uma importância adicional e esta reside na questão da percepção da passagem do tempo. Acompanhar sua programação e guiar-se pelos horários dos programas que desejam faz com que passem a se inteirar do tempo não mais como dado natural e sim como elemento estruturador da vida na sociedade moderna. Indivíduos pertencentes a sociedades sem calendário, portanto sem símbolos precisos para marcar o tempo, não sabem dizer com certeza a sua idade. Para essas pessoas, o tempo seria um dado natural, representação subjetiva enraizada na natureza humana, uma forma inata de experiência, logo, um dado não modificável. A consciência temporal solidamente enraizada da sociedade moderna leva a uma preocupação constante com o tempo, do qual ela é cada vez mais dependente. *“Os homens vivem em um mundo de símbolos que eles mesmos criaram.”* (ELIAS, 1998).

O tempo dos relógios é um processo físico padronizado pela sociedade e decomposto em seqüências-modelo de recorrência regular, como as horas ou os minutos. Relógios e calendários são instrumentos já incorporados ao mundo simbólico do homem, a ponto de serem considerados como dotados de existência natural, alheia ao próprio homem que os inventou, mas sem o qual não haveria tempo e, portanto, tampouco as invenções destinadas a medi-lo, regulando as diversas atividades desempenhadas pelo homem. Dessa forma, não se pode compreender o homem sem o tempo e sem a atividade. Somente refletindo sobre o tempo compreende-se a transformação em seus símbolos e significados. A experiência do tempo como um fluxo contínuo só foi possível com a internalização do conceito de medição do tempo a partir dos relógios de movimento contínuo, a sucessão dos calendários e o passar dos anos e séculos. Quando faltam estes instrumentos, a experiência do tempo também está ausente (ELIAS, 1998). A perda da capacidade de se orientar no tempo é conseqüência do processo de desculturação pelo qual passam os indivíduos em uma instituição total. Em outras palavras, reflete a impossibilidade de se adquirir os hábitos

e comportamentos necessários para a vida em sociedade ou a perda dos mesmos. A questão do lapso do tempo se insere nesse contexto.

Mas se durante o longo período de institucionalização desses idosos, a inexistência de eventos de significação pessoal ou de calendários disponíveis para consulta os conduzia a uma condição de vida mais ou menos atemporal, nos SRT isso não acontece, já que a rotina de uma casa, os horários de trabalho e, principalmente, a programação da televisão os amarra o tempo todo na realidade do tempo enquanto dado mensurável, pois se constituem em parâmetros a assinalar sua passagem. Como manifestam grande interesse pela televisão e por acompanhar sua programação, ela lhes fornece o que a equipe dos núcleos, em seu trabalho de marcar a passagem do tempo a partir da leitura comentada de jornais e revistas e da comemoração de datas especiais, começou a construir. A desinstitucionalização deve prepará-los começando por lhes reconstituir o sentido do tempo enquanto elemento estruturador da vida fora do asilo.

A idéia de duração é uma fabricação intelectual, construída por meio de diferentes níveis de operações simbólicas e cognitivas. A própria continuidade do pensamento humano acerca do mundo é consequência do eterno ato de conhecer e apropriar-se dele, sendo a duração, um fruto desse processo. A dinâmica temporal é traçada no escoamento do tempo apreendido, na observação e descrição rítmica da pluralidade. Em todas as culturas, a noção de duração é uma experiência igualmente individual e coletiva, apontando para a diversidade de representações das formas de descontinuidade das experiências vividas, sobre as quais apreendemos o sentido que representam. Não se pode reviver o passado sem o encadear em um tema afetivo presente sobre o qual o indivíduo se debruça (ROCHA E ECKERT, 2001). Na instituição, os internos manifestam o lapso do tempo a partir do descompasso entre o tempo da sociedade, contido nos relógios e calendários, e o tempo percebido enquanto dado natural, expresso na apatia, desligamento da realidade externa e no desconhecimento de sua própria temporalidade, ao não se recordar da duração de sua própria internação (SANTA ROSA, 2003).

Através da idéia de continuidade temporal onde o tempo revela-se hesitação, a idéia de duração faz entender que as lacunas do tempo seriam condição de seu ato de consolidação em duração, sendo sujeitas à interpretação das pessoas que recordam e as produzem em seu ato de relembrar. Dessa forma, ultrapassam o domínio da experiência

humana, tanto física como psicológica. A memória seria um fenômeno que se realiza a partir de decisões do sujeito humano no tempo, precedida de hesitação onde o ser busca dar sentido, ou procurar uma ordem às ações vividas (BACHELARD, 1988). Assim, se a vida é movimento e construção, sobre um tempo que é hesitação, por sua feição lacunar, um descompasso entre o tempo transcorrido e o tempo vivido, experimentado, cria o campo para o surgimento de um lapso do tempo.

Certamente um dos maiores ganhos observados no trabalho com esses idosos está na comparação entre essas duas formas de experimentar a temporalidade. Observa-se a reconstrução de sua noção de tempo a partir de seu interesse no mundo que os cerca, manifestado em sua relação com a televisão, mas sendo fruto do trabalho árduo de toda a equipe do IMASJM, iniciado nos núcleos e continuado nas residências terapêuticas. A direção a seguir está corroborada pelas observações. Os idosos estão recuperando o tempo em seu sentido de interação com o meio, diminuindo o lapso na direção de recuperá-lo por inteiro. Se devido à sua idade avançada, terão tempo de fechar completamente essa distância, isso é discutível. Mas de modo algum deve servir de pretexto para não se investir neles. Do contrário, estaremos incorporando o mesmo olhar depreciativo que nossa sociedade sempre destinou aos idosos sob a forma de atitudes negativas, estereótipos e preconceito (*ageism*), e dessa vez até mesmo no contexto da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização.

Conclusões

As observações levadas a cabo nas residências terapêuticas do IMASJM mostraram que os idosos apresentam ganhos em diversos aspectos de suas vidas com relação às trocas sociais e ao domínio sobre o território, mas ainda guardam resquícios de seu período de institucionalização presentes em algumas de suas rotinas diárias. Manifestam independência ao circular na vizinhança das residências e do IMASJM, precisando, todavia, de ajuda da equipe ao se deslocar para mais longe. Sua relação com o território é um processo em construção, baseado na capacidade de cada um em reconstruir esta interação e atribuir significado a ela, ao mesmo tempo em que a equipe procura favorecer esta reconstrução da melhor forma possível.

Notou-se, entretanto, a existência de laços sociais baseados na reciprocidade e na ajuda mútua dentro das moradias, possibilitando o cuidado e o apoio às necessidades dos idosos mais dependentes. Suas redes sociais vêm se constituindo na vizinhança, compreendendo basicamente os companheiros de moradia e outros usuários desinstitucionalizados, muito embora vizinhos e amigos sem relação com a instituição passem cada vez mais a fazer parte delas. Ao descrever laços de solidariedade e apoio mútuo entre eles, a casa desvela-se como um espaço simbólico capaz de oferecer momentos de densa interação, em que os conflitos e a convivência com os companheiros significam passagens importantes das vivências desses idosos. Essas interações são capazes de se incorporar novos valores, atitudes, comportamentos e a descoberta de novos significados.

Sua percepção do envelhecimento é a de que a velhice se manifesta no corpo, mas isto não faz parte de suas preocupações. Preferem residir fora do asilo e não guardam mágoas, rancor ou a sensação de vida desperdiçada. Estão vivendo o presente e adaptando-se a um novo contexto social e ambiental que é o dos SRT e a vizinhança. Estão descobrindo novas formas de ser e estar no mundo e, por isso, a velhice não é amarga para eles. A lembrança do asilo enquanto local de dor e sofrimento convive lado a lado com recordações de bons momentos ali passados. A velhice se representar no corpo está em consonância com o observado em idosos institucionalizados (SANTA ROSA, 2003) e mesmo para idosos em geral (MESSY, 1993; MANNONI, 1995).

Observa-se ainda que os idosos nos SRT têm noção de que envelheceram, mas não se reconhecem como velhos. A exemplo do que ocorre com os idosos sem transtornos mentais, em sua opinião, velhos são os outros. A percepção de seu próprio envelhecimento não está associada a suas definições e demarcações da velhice, colocando-se invariavelmente de fora delas. A compreensão da experiência de institucionalização ofereceu subsídios para reflexão sobre o processo de envelhecer na instituição, sobre a instituição como um espaço de abrigo, possibilitando ainda vislumbrar perspectivas para melhoria de assistência às pessoas idosas em geral.

Exemplos retirados ao analisar o lazer e o uso da televisão mostram a relação com o lapso do tempo manifestado pelas pessoas ao viver no asilo. Esse lapso, praticamente a regra entre os internos institucionalizados (SANTA ROSA, 2003), vem sendo diminuído a partir do trabalho desenvolvido nos núcleos e nas moradias. Embora lento e paulatino, o processo de recuperação é facilitado à medida que suas vidas se regulam por rotinas estabelecidas, sejam elas a programação de uma emissora de TV, uma lista de tarefas na porta de uma geladeira, atividades do clube de lazer, festas de aniversário, horários de trabalho e mesmo viagens para fora do Estado. Todas essas formas de recuperação dos laços sociais foram observadas nos usuários dos SRT.

Os serviços residenciais terapêuticos são os dispositivos mais recentes da Psiquiatria para a abordagem de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, visando à sua desinstitucionalização. Foram criados há relativamente pouco tempo e os frutos do trabalho de suas equipes vêm paulatinamente sendo publicados. Mas ainda não se sabe do futuro de seus ocupantes, os quais refletem as políticas de institucionalização vigentes e as anteriores, na medida em que só se tornaram pacientes mentais crônicos graças à institucionalização por que passaram. Logo, no tocante aos seus moradores idosos, eles envelheceram dentro do sistema psiquiátrico, mas no asilo e não nos SRT. Suas percepções de envelhecimento e velhice não diferem significativamente de observações levadas a cabo em idosos ainda em institucionalização (SANTA ROSA, 2003). Isso faz com que a contribuição mais substantiva que esse trabalho possa ter gerado recaia fundamentalmente nas observações efetuadas nas moradias e em que o fato de os idosos estarem residindo fora da instituição contribui para o sucesso da desinstitucionalização efetuada pela equipe do IMASJM. Dados quantitativos a respeito do trabalho nos SRT do IMASJM já foram divulgados e apontam para o sucesso da Reforma Psiquiátrica (SILVA, 2005). No

entanto, os resultados não eram tão promissores para os idosos, demandando a necessidade de se estudar esses indivíduos mediante outro instrumental. No caso, a abordagem etnográfica.

Este trabalho não versa, assim, sobre doentes mentais crônicos, mas sobre doentes mentais crônicos idosos. O tema, enfim, é a velhice em um de seus aspectos menos estudados. A definição do grupo pesquisado se faz, portanto, através de um ponto comum entre seus elementos: a velhice. O grupo preexistia à pesquisa. E o interesse se deu ao estudar as estratégias de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica e como se aplicavam aos idosos dos SRT. Tentar entender o grupo a partir da categoria velhice não elimina as outras. Ao contrário, fazem parte da realidade da velhice dessas pessoas, constituintes indissociáveis de sua própria identidade.

A identidade da pessoa humana não se confunde com identificação pessoal, status jurídico ou elementos de identificação física. Abrange um aspecto dinâmico, reunindo historicidade e herança cultural adquirida através da interação social (CHOERI, 2007). A identidade étnica e social dos idosos nos SRT tem um conteúdo de comunicação, ao supor relações sociais e um código de categorias a orientar seu desenvolvimento. A identidade social vem dimensionada no contexto das relações sociais, formas de classificação que organizam as relações entre indivíduos e grupos. A identidade supõe a noção de grupo social, uma vez que se afirma por oposição e não isoladamente. Pressupõe significado, mas também um processo constante de recapitulação e reinterpretação (GIDDENS, 1994). A identidade social é, assim, uma forma de representação coletiva e aparece como uma opção e uma escolha dentro de uma gama de outras possíveis, pois “... *toda identidade social constrói-se em oposição a outras, como um caleidoscópio de identificações*” (ZALUAR, 1985). O caráter contrastivo da identidade baseia-se em valores vivenciados pelos indivíduos em interação. Como no meio urbano, as oportunidades de interação são muito maiores, as relações sociais que o indivíduo tem que enfrentar adquirem um caráter múltiplo e seu mundo é invadido por estilos de vida e definições da realidade que diferem dos seus.

Portanto, a singularidade desses idosos portadores de transtornos mentais crônicos e residentes nos SRT do IMASJM não pode ser compreendida na simples identidade de velhos sem levar em conta os contextos em que suas relações sociais se processam e tomam forma. Nesse aspecto, como é próprio das instituições totais, o asilo

uniformiza os indivíduos ao retirá-los de outros contextos sociais, impedindo-os, assim, de assumir papéis diferentes daqueles que a própria instituição lhes impõe. Uma vez que durante a maior parte de suas vidas essas pessoas assumiram somente a identidade que a instituição psiquiátrica lhes conferia e que lhes permitia possuir, sua saída desta passa a ser um momento onde eles estão recuperando as identidades sociais que um dia tiveram. Mas como esse processo se dá agora fora do asilo, no espaço de uma casa, no contato com o território e na recuperação de suas redes sociais, o SRT constitui ao mesmo tempo em palco e instrumento dessa transformação. O papel da casa não é o de simples local onde se dá a ação. O cenário da casa é um palco onde atuam a equipe e os pacientes desinstitucionalizados na construção do próprio enredo da peça. Os moradores, superando subjetivamente o modo de vida institucionalizado, se reapropriam do espaço social, expandem suas opções e fazem projetos para suas vidas. Os profissionais devem sempre estar conscientes da importância de sua participação ativa nesse processo e ter disponibilidade para, ao exercerem seu papel de intermediários entre afetos e espaços (AQUINO, 2006), serem afetados por essa realidade e tentarem desconstruí-la para os idosos e para si próprios.

O aparato manicomial permanece ainda forte nos pacientes e somente através de intervenções constantes ele pode ser minado. Essa desconstrução se faz nas pequenas conquistas cotidianas observadas nesse trabalho. Comer no prato, preparar o jantar, fazer compras, passear, viajar, viver junto, escolher a roupa, comprar presentes, retribuir corretamente, saber dar, saber receber e retribuir. O que pode soar insignificante, para eles constitui-se em grandes conquistas. Desconstrução não é destruição do hospital, mas a superação do asilo enquanto estratégia terapêutica e local de exclusão e estigma.

Desinstitucionalização não é desospitalização. Esta é só mudança de endereço. Desinstitucionalizar é desmontar, desconstruir a subjetividade asilar construída durante a internação a partir dos processos de mortificação do eu, ruptura com o mundo externo, desqualificação da fala e do desejo, isolamento, perda de contratualidade, enfim, todas as características conferidas pela instituição total. Ressignificar o asilo não é sinônimo de construção de instalações modernas ou liberá-los para que se divirtam “por aí”, mas o encontro de um novo sentido para a vida, através de um trabalho cotidiano com uma equipe motivada e disponível para vivenciar o asilo dentro de cada um. Essa transformação de ponto de vista toma forma com a desinstitucionalização e no esvaziamento do asilo. O trabalho da equipe do programa de residências do IMASJM

está em utilizar o poder e os recursos da instituição psiquiátrica contra ela própria, para construir em todas as esferas as novas estruturas (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001; AQUINO, 2006).

A instituição que se coloca em questão não é o manicômio e sim a loucura, pois a doença mental não é senão a própria instituição que a define e organiza em regras administrativas e jurídicas. O objeto da Psiquiatria passa a ser a existência do indivíduo e sua relação com o meio social, em lugar de uma doença externa ele, que o acomete e deve ser extirpada. O transtorno mental não pode ser separado da existência concreta do paciente e da sociedade. Se o objeto muda da doença para o doente, as novas instituições devem estar à altura, para que o tratamento nelas desenvolvido não seja uma terapia que reproduza os próprios códigos institucionais, mas uma práxis e uma relação que rompam esses códigos e onde tratar o sofrimento seja combater a doença-instituição que historicamente a modela e constitui (ROTELLI, 2001; LEONARDIS, MAURI e ROTELLI, 2001).

Tanto os transtornos mentais como as respostas destinadas a lidar com eles emergem de determinados contextos sociais. A não observância desse fato foi uma das razões do fracasso das primeiras tentativas de desinstitucionalização. Procurava-se mostrar que, como a loucura enquanto entidade psiquiátrica e o manicômio tiveram um início, também poderiam ter um fim. No entanto, esse ideal foi muito generalizante, quando não ingênuo. A extinção do asilo sem se fazer acompanhar do suporte de tratamento comunitário simplesmente expulsou os pacientes do ambiente onde viviam e lhes deu as ruas em troca, já que suas famílias ou são incapazes de fornecer-lhes os cuidados básicos, ou não desejam seu convívio diário ou simplesmente inexistem (CAVALCANTI *et al.*, 2001). Mesmo se internados, esses pacientes costumam demandar investimento muito grande por parte da equipe multidisciplinar em troca de respostas muitas vezes exíguas, o que vai de encontro às expectativas idealizadas pelos profissionais. Os pacientes com transtornos mentais crônicos necessitam contar com o apoio de instituições residenciais de boa qualidade, tenham estas o nome de asilo, SRT ou qualquer outro. A Psiquiatria atual exige versões modernas e de boa qualidade de seus espaços terapêuticos. E ainda, para que haja um trabalho adequado com relação aos pacientes crônicos, é imprescindível ter em mente que a loucura não é eliminável da condição humana. Ao contrário, somente o ser humano a reconhece e experimenta, sob a forma de dimensão trágica de sua própria humanidade (BEZERRA Jr., 1992a).

Essa é a base da instituição inventada. A verdadeira desinstitucionalização da assistência será o processo que orienta instituições e serviços, estratégias, intervenções e saberes em direção a tão diferente objeto, a existência-sofrimento de um ser humano em relação ao corpo social, por definição em desequilíbrio constante (ROTELLI, 2001). Os diversos saberes envolvidos, convidados a participar pelo interesse daqueles que os sabem, devem estar à altura de cumprir tão árdua tarefa. Para tanto, o diálogo entre eles é fundamental, haja vista que a aplicação das Ciências Sociais à Saúde Mental não somente permite uma abordagem integral ao tratamento de indivíduos com transtornos mentais como também promove uma abordagem multifacetada à reabilitação desses pacientes (TSANG, 2001). Essa integração preenche o espaço entre os profissionais de saúde, cujo interesse está no tratamento de indivíduos doentes, e os cientistas sociais, que buscam compreender e influenciar positivamente as interrelações entre o indivíduo e seu meio social, cultural e político (HIGGINBOTHAM, BRICEÑO-LEÓN e JOHNSON, 2001). Nesse contexto, a inter/transdisciplinaridade é ao mesmo tempo instrumento de luta e seu próprio objetivo.

No diálogo interdisciplinar, os próprios termos utilizados podem ser palco de disputa por terem definições diferentes em cada campo, simplesmente por terem sido usados originalmente por autores de áreas distintas e significando muitas vezes aspectos diferentes de uma mesma questão. A palavra “comunidade” é um deles. O conceito de comunidade passou a desempenhar papel cada vez mais importante para as ciências humanas ao representar um contraste entre a vida em sociedades de pequena escala, mais ou menos fechadas, onde a maioria se conhece e os laços são primários, diretos e de longa duração, com a vida na sociedade urbana moderna, caracterizada pela impessoalidade e pelo anonimato nas relações mantidas entre o grande número de indivíduos que a compõe. Hoje, na Sociologia contemporânea, considera-se que as comunidades são da ordem do imaginário mais do que do real e cuja constituição depende do reconhecimento por parte de uma coletividade de que formam uma comunidade (BAUMAN, 2003). É parte, portanto, de estratégias discursivas para criar a identidade ou o pertencimento quando isto é necessário para a ação coletiva.

Portanto, estudos em grupos fechados e pequenas comunidades que se consideram como tal podem ser úteis para tentar entender os processos gerais de integração pelos quais indivíduos ou grupos se constituem em excluídos ou assimilados à medida que estejam alijados deles ou a eles submetidos (BURKE, 2002). Mais

recentemente, Norbert Elias estudou esses processos de integração em uma pequena cidade industrial inglesa, avaliando se, como e de que formas pessoas vindas de fora poderiam ser integradas à sociedade local ou permanecer à sua margem, sob o estigma de *outsiders* (ELIAS, 2000). Desse modo, os conflitos entre indivíduos ou grupos refletiriam a constante negociação por poder, espaço e voz, ao mesmo tempo em que seriam os limites, o distanciamento e a diferenciação imposta pelos grupos os responsáveis por ocasionar a competição entre eles (SIMMEL, 2006). Esses processos passam necessariamente pela questão da identidade e de como a identidade de um indivíduo ou grupo é definida em relação ou contraposição a outros. Em certos contextos, ao se restringirem a fronteiras geográfica ou culturalmente delimitadas, comunidades são grupos fechados, mesmo guetos (ZALUAR, 1985 e 2004; BURKE, 2002; WACQUANT, 2004).

Mas na Saúde Mental, comunidade é usada em contraposição à vida dentro do asilo. Comunidade, nesse contexto, se confunde com a sociedade em geral, haja vista que, pela própria natureza do asilo psiquiátrico e de seu papel em produzir a própria doença que se diz combater, é ele quem está sendo posto em xeque e a saída de seus internos é o objetivo de toda a proposta da reforma. A se considerar a internação em uma instituição total nos moldes do asilo psiquiátrico como um dos vários processos de exclusão impostos ao longo da história a alguns de seus membros considerados indesejáveis, a desinstitucionalização da assistência significa o retorno dos pacientes à vida na sociedade, a mesma que outrora os confinou, ao obrigar que ela redefina suas concepções de loucura e os receba de volta.

Ao estudar estigmas e processos de inclusão e exclusão e construção de identidades, a Antropologia contribui para explicar os estereótipos e preconceitos direcionados à velhice e à loucura, incorporados nos idosos dos SRT do IMASJM. Preconceitos fazem com que políticas sociais oriundas do trabalho constante e árduo de inúmeras pessoas sejam vistas como protecionistas incentivando e fortalecendo atitudes negativas com relação, por exemplo, aos idosos, principalmente em sociedades desiguais como a nossa, onde nem os mais jovens têm seus direitos atendidos em sua plenitude. Além disso, no escopo desse trabalho, permite observar e registrar a recuperação paulatina da capacidade demonstrada pelos idosos portadores de transtornos mentais crônicos em participar de redes sociais, em relações de

reciprocidade ou da troca que não se guia apenas pela lógica instrumental, mas pela solidariedade, cooperação, amizade e amor.

Se por um lado, a Gerontologia nos dá o alerta com a transição demográfica e alertando para a demanda por instituições de longa permanência para idosos a qual já existe e tende a aumentar (CAMARANO, 2007), por outro, a Reforma Psiquiátrica está caminhando justamente no sentido da desconstrução do modelo asilar causador de cronificação, desinstitucionalizando os ocupantes dos asilos e hospitais-colônia como o IMASJM com o fim de devolvê-los à comunidade. Um olhar mais desatento ao correlacionar ambos os movimentos na abordagem aos idosos com transtornos mentais crônicos perceberia neles esforços contrários e em sentidos opostos, pois afinal de contas, deve-se trabalhar com os idosos sob qual perspectiva em longo prazo? Internação futura ou manutenção na comunidade?

Nesse contexto, pode parecer estranho que idosos desinstitucionalizados portadores de transtornos mentais crônicos tenham, pelos esforços da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica, conseguido cuidadores domiciliares e de território, fornecendo-lhes assistência às necessidades de sua velhice ao habitarem residências terapêuticas. Desse modo, aparentemente a Saúde Mental adiantou-se à Gerontologia, ao menos para a parcela de idosos por ela assistidos e sob sua influência, mesmo que as soluções criadas tenham sido pensadas e criadas com a finalidade de retirar as pessoas do asilo e devolvê-las à mesma sociedade que outrora os excluiu de seu seio.

Agora, diante dos desafios do envelhecimento populacional e dos alertas da demografia, parece que o que a Gerontologia sempre buscou prover e que a Estratégia de Saúde da Família não se propõe a realizar, ou, seja, cuidar das pessoas idosas dentro de suas casas, as respostas encontradas pela Saúde Mental para outro contexto de problema podem acabar servindo para ao menos apontar a direção a se seguir. E a Antropologia e o estímulo à dádiva podem ajudar nessa discussão na observação dos cuidados domiciliares e do papel desempenhado pelos cuidadores de território, de medicação e domiciliar. Mas talvez sua principal contribuição esteja ao se deter no estímulo aos laços de solidariedade dentro das SRT não apenas entre os usuários e os membros das equipes que os assistem, mas principalmente entre os próprios usuários e suas redes sociais. A dádiva e a reciprocidade pode ser a resposta aparentemente tão

difícil de problematizar objetivamente, mas cuja simples evidência a partir das observações ao longo desse trabalho pode fundamentar.

Um novo senso de solidariedade e ética da comunicação, que se diferencia da meramente utilitária, voltada apenas para os interesses individuais, se desenvolve na vizinhança. Apesar de isso não representar um retorno físico à vida rural, de onde muitos deles provêm, a sensação de pertencimento, de fazer parte de uma rede social, ecoa a lógica sociocultural do vilarejo e sua vida comunitária baseada nos sistemas de dádiva e reciprocidade. No contexto do trabalho nos SRT, estimular esse sentimento auxilia a adaptação à vida fora do asilo. E já se mostrou que ações de promoção à saúde baseadas em intervenções focadas no estímulo às redes de solidariedade locais apresentam resultados muito satisfatórios (DEVISCH *et al.*, 2001). Observações em outros contextos de desinstitucionalização já mostram que a partir de sua saída do asilo, as relações de troca eram reconstituídas e eram fonte de libertação e riqueza nas relações sociais entre os usuários (ROTELLI, 2001).

Os laços de amizade e apoio dentro das casas podem vir a ser o principal motivo e base para todo o sucesso da desinstitucionalização dessas pessoas portadoras de transtornos mentais crônicos, principalmente entre os idosos, os quais já perderam seus laços sociais e familiares e não tem como serem reinseridos num contexto formal de trabalho e produção social, principalmente pela falta de recursos da sociedade em prover emprego e estabilidade para todos. O estatuto do Idoso, ao afirmar que os idosos são frágeis e devem ser tutelados pelo Estado, ignora ou não consegue ver que a velhice é uma experiência heterogênea, que o envelhecimento saudável é um processo a ser construído ao longo da vida, que políticas de proteção social baseadas em falsas crenças e estereótipos contribuem para o desenvolvimento e intensificação dos preconceitos e práticas sociais perniciosas, que abandono e maus tratos podem ocorrer tanto na família e asilos como no âmbito das instituições públicas de saúde, e principalmente e acima de tudo, ele falha vergonhosamente em desconsiderar que ao longo da história a atenção dada ao idoso pelo Estado sempre foi pífia, face àquela fornecida pela própria população. Seja no gerenciamento dos poucos recursos que o Estado dá a todos, ou dos que seus membros auferem com seu trabalho em consonância com ou a despeito das leis do mercado, mas principalmente pela solidariedade entre as gerações (NERI, 2007).

O apelo à dádiva e à reciprocidade sempre foi fundamental para o sucesso de políticas de assistência e amparo aos menos favorecidos, seja em nível local, familiar, ou mundial, em campanhas de grande amplitude. Em virtude do observado neste trabalho, no cuidado espontâneo que os usuários demonstram entre si, nas rotinas diárias em que se ajudam, quando compram presentes uns para os outros, no amparo mútuo em momentos de fraqueza e crise, quando deixam de fazer coisas ou alteram suas rotinas em prol de outras pessoas com quem dividem a mesma casa, deixa de importar se eles estão juntos por opção própria ou no esteio de políticas de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Não importa se essa casa é um SRT ou moradia assistida ou simplesmente uma casa, quer se trate de uma “clínica do morar” ou o nome que se queira dar. O estímulo à dádiva e à reciprocidade é, dessa forma, um fator fundamental no planejamento de SRT para idosos.

O trabalho das equipes do programa de residências terapêuticas no estímulo à recuperação dos laços sociais e da interação com o território, cujos frutos este trabalho procurou demonstrar sob a perspectiva dos sistemas de dádiva e reciprocidade, só serve para reafirmar que uma política de atenção ao idoso que possa fazer frente aos desafios demográficos do futuro precisa levar a dádiva e a reciprocidade em consideração, sob pena de nunca vir a responder ao que realmente importa e deve ser estimulado, o cuidado. Não o cuidado formal do Estado, motivado apenas pela fria letra da lei por melhor que esta seja, e ainda que integralmente posta em prática. Caso contrário, as leis e estatutos certamente satisfarão um desejo formal e importante de que haja políticas para idosos ou doentes mentais crônicos, mas falharão vergonhosamente em mudar o imaginário da sociedade com relação à loucura ou à velhice. Vão parecer terem sido impostas de cima para baixo e não lograrão êxito em mudar a sociedade.

Se não conseguirmos nunca atingir um nível de inclusão do idoso tão grande como o dos Cuiva que sequer têm um termo para designar velhice (cf. Cap. 4), ou o de sociedades tribais que nunca excluíram seus membros acometidos por transtornos mentais, talvez possamos, ao invés de considerar esses povos como “primitivos”, aprender com eles. Pois afinal, não é para isso que serve a Antropologia em última instância? Para, ao estudar grupos fechados, sociedades distantes, culturas distintas, mesmo no seio da própria sociedade do antropólogo, permitir que esse conhecimento sirva para entender melhor a sua própria cultura? A sua própria vida? A sua própria história? Por sua vez a Psicologia, a Psiquiatria e a Psicanálise, ao estudar o

comportamento humano e o adoecer psíquico, não visam exatamente à procura incessante dessas respostas? A Gerontologia não estuda o idoso para buscar respostas aos desafios da velhice no futuro?

Em última análise, a Gerontologia, a Antropologia e a Saúde Mental cuidam de todos nós, enquanto cidadãos, para que nosso direito a uma vida digna e produtiva não nos seja subtraído ao atingirmos os 60 anos, ou a “terceira idade” e principalmente ao longo de nossa vida enquanto envelhecemos. Para que, ao reconhecermos processos de inclusão, exclusão e estigmatização de nossa cultura, possamos contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Para que o adoecer psíquico seja compreendido e tratado em termos de doença-experiência, sem retirar do indivíduo seus atributos de humanidade e seu direito a cidadania. Caso os esforços da Gerontologia se unirem aos da Saúde Mental, onde a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da assistência já avançaram muitos passos, e aos da Antropologia, cujo olhar aos problemas urbanos já fornece soluções e orienta políticas públicas de inclusão, a sociedade inteira só tem a ganhar. E por sociedade, compreende-se todos os que dela fazem parte. Esse todos inclui necessariamente a população de idosos em internação psiquiátrica de longa permanência, população vulnerável, frágil, negligenciada durante muito tempo pelos vários saberes que discutem seus inúmeros aspectos e que tanta dificuldade têm em dialogar, mas que só é incapaz e dependente na medida exata de nosso preconceito e desatenção. Se vai continuar a sê-lo, cabe a cada um de nós responder. Este trabalho de observação nos SRT é a minha resposta.

Esse trabalho buscou, acima de tudo, unir o olhar da Saúde Mental, da Antropologia e da Gerontologia ao estudar idosos portadores de transtornos mentais em processo de desinstitucionalização da assistência, população de alta complexidade justamente por representar a união desses saberes e de envolver aspectos de problemas já há muito debatidos no âmbito de cada um. Trata-se da tentativa de estabelecer um diálogo transdisciplinar entre campos de conhecimento, na consciência de que estamos todos, com nosso trabalho, buscando entender nossa própria vida. E como ela muda o tempo todo, estamos condenados a nunca chegar à conclusão final de coisa alguma e a sempre procurar, ganhando uma batalha de cada vez, apenas para, como Sísifo, ver a pedra rolar novamente para o vale apenas para que a empurremos de volta para o topo do monte. Incluir o doente com transtorno mental crônico de volta à sociedade que outrora o excluiu será a batalha de todos os que a eles se dedicam. Isso será feito muito

melhor se os saberes unirem suas forças, trabalhem juntos e empurrarem a pedra ao mesmo tempo e na mesma direção.

Referências

- ACOSTA-ORJUELA, G.M. O Uso da Televisão Como Fonte de Informação Sobre a Velhice: Fatos e Implicações. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. (Org.). **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papirus, 1999. p. 179-222.
- ALBUQUERQUE, P. Apresentação. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 9-14, nov/dez, 2006.
- ALBUQUERQUE, P.; SILVA FILHO, J.F. As Residências Terapêuticas em Saúde Mental. In: SILVA FILHO, J.F. (Org.). **1968 e a Saúde Mental**. Coleções IPUB. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.
- ALVES, P.C.B.; RABELO, M.C.M.; SOUZA, I.M.A. Introdução. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 11-39.
- ALEXANDER, F.G.; SELESNICK, S.T. **História da Psiquiatria**. São Paulo: Ibrasa, 1968. 573 p.
- ALTOÉ, S. **Infâncias Perdidas**. Rio de Janeiro: Xenon, 1990. 271 p.
- ALVES, A.M. Os Idosos, as Redes de Relações Sociais e as Relações Familiares. In: NERI, A.L. (Org.). **Idosos no Brasil: Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/ Edições SESC-SP, 2007. p. 125-139.
- AMARANTE, P. Asilos, Alienados e Alienistas: Pequena História da Psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 73-84.
- AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995. 132 p.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007. 117 p.
- AMENDOEIRA, M.C.R. **Avaliação da Satisfação com Serviços Psicogerítricos. Um Estudo Sobre Idosos Com Deficiência em Serviços Abertos e Fechados**. 2000. 202 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- ANDRADE, M.S. **Democratização no Hospital Psiquiátrico: Um Estudo da Colônia Juliano Moreira nos Anos Oitenta**. 1992. 156 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

AQUINO, M.M.B. **Lazer e Reforma Psiquiátrica: O Clube de Lazer e Cidadania Colônia, Um Estudo de Caso.** 2006. 121 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

AQUINO, M.M.B.; CAVALCANTI, M.M.T. Os Dispositivos de Lazer no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: O Clube de Lazer e Cidadania Colônia, um Estudo de Caso. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 165-191, dez. 2004.

ATALIBA, L.A.F. **Envelhecer no Asilo: O Lugar da Velhice no Universo Psiquiátrico.** 1999. 118 f. Monografia (Residência em Saúde Mental). Centro Psiquiátrico Pedro II, Rio de Janeiro, 1999.

BACHELARD, G. **A Dialética da Duração.** São Paulo: Ática, 1988.

BAHURY, A.M.N. **Idosos em Asilos: O Processo de Transição da Vida Privada para a Vida Institucional** 1996. 162 f. Dissertação (Mestrado). Instituto Universitário de Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 331 p.

BAUMAN, Z. **Comunidade: A Busca Por Segurança no Mundo Atual.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 141 p.

BEAUVOIR, S. **A Velhice.** 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711 p.

BECKER, H.S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais.** 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 178 p.

BEERS, C.W. **Um Espírito Que Se Achou a Si Mesmo.** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1958. 207 p.

BEZERRA Jr., B. Da Verdade À Solidariedade: A Psicose e os Psicóticos. In: BEZERRA Jr., B. AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992a. p. 31-37.

BEZERRA Jr., B. Cidadania e Loucura: Um Paradoxo? In BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992b. p. 113-126.

BOAS, F. **A Formação da Antropologia Americana, 1883-1911: Antologia.** Rio de Janeiro: Contraponto/Editora UFRJ, 2004. 423 p.

BORTZ, W. Disuse and Aging. **JAMA**, Chicago, v. 248, n. 10, p. 1203-1208, Sep 10, 1982.

BURKE, P. **História e Teoria Social**. São Paulo: Unesp, 2002. 275 p.

BUTLER, R.N. Dispelling Ageism: The Cross-Cutting Intervention. In: ENRIGHT, R.B. (Ed.). **Perspectives in Social Gerontology**. Boston: Allyn and Bacon, 1994. p. 3-10.

CAILLÉ, A. Nem Holismo Nem Individualismo: Marcel Mauss e o Paradigma da Dádiva. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 13, n. 38, out, 1998

CAILLÉ, A. O Dom Entre Interesse e Desinteressamento. In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B.C. **Polifonia do Dom**. Recife: UFPE, 2006. p. 25-66

CALDAS, C.P. A Valorização do Conhecimento da Pessoa Idosa e a Manutenção do Espírito Crítico. In: LEMOS, M.T.T.B. e ZAG[B]AGLIA, R.A. (Org.) **A Arte de Envelhecer. Saúde, Trabalho, Afetividade e Estatuto do Idoso**. Aparecida (SP): Idéias & Letras; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 51-59.

CALDAS, C.P. O Desenvolvimento Histórico e Teórico da Gerontologia. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Ed.) **Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: Uma Perspectiva Interdisciplinar**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. p. 26-30.

CALDAS, J.A.R. O Fim das Velhas Colônias da Ilha do Governador e Suas Transferências Para a Nova Colônia no Continente. (documento de 30 de março de 1924). **Cadernos do NUPSO**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 18-21, maio, 1988.

CAMARANO, A.A. Instituições de Longa Permanência e Outras Modalidades de Arranjos Domiciliares Para Idosos. In: NERI, A.L. (Org.). **Idosos no Brasil: Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/ Edições SESC-SP, 2007. p. 169-190.

CARDOSO, R.C.L. Aventuras de Antropólogos em Campo ou Como Escapar das Armadilhas do Método. In: CARDOSO, R.C.L. (Org.). **A Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa**. São Paulo: Paz e Terra, 2004. p. 95-105.

CAVALCANTI, M.T. **O Tear das Cinzas. Um Estudo Sobre as Relações Entre Psicose e Instituição Psiquiátrica**. 1992. 355 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

CAVALCANTI, M.T. **A Trama do Tear. Sobre o Tratar em Psiquiatria**. 1997. 288 f. Tese (Doutorado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

CAVALCANTI, M. T. *et. al.* A Loucura na Rua. In: FIGUEIREDO, A.C.; CAVALCANTI, M.T. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica e os Caminhos da Desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2001. p. 101-136.

CERQUEIRA, P. *et al.* Notas Sobre Serviços Residenciais Terapêuticos e Processos de Desinstitucionalização em Uma Gestão Estadual. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 121-127, 2006.

CHOERI, R.C.S. **O Direito à Identidade na Perspectiva Civil-Constitucional**. 2007. 254f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

COELHO, M.C. **O Valor das Intenções**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 108 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, CONEP/MS, 1996.

CORBISIER, C. A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica. In: BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. **Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 9-15.

CORDOVIL, C. Vozes da Memória? Encontro Sobre História Oral Consolida Técnica Desprezada Pela Historiografia Oficial e Resgata, Com o Passado Recente, a Dignidade de Grupos Marginalizados. **Jornal do Brasil**, Caderno B, p. 1-3, Rio de Janeiro, Terça-Feira, 23 de junho de 1998.

COSTA, J.F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 282 p.

COSTA, W. **História de Jacarepaguá Capítulo VIII**. Disponível em: <http://www.acija.org.br/cap08.html>. Acesso em: 8 de janeiro de 2003.

DAMATTA, R. O Ofício de Etnólogo, ou Como Ter “Anthropological Blues”. In: NUNES, E.O. (Org.). **A Aventura Sociológica. Objetividade, Paixão, Improviso e Método na Pesquisa Social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 23-35.

DAMATTA, R. **A Casa e a Rua: Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil**. 5 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 163 p.

DEBERT, G.G. Envelhecimento e Representação da Velhice. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 44, p. 60-68, jul, 1988.

DEBERT, G.G. A Construção e a Reconstrução da Velhice: Família, Classe Social e Etnicidade. In: NERI, A.L. e DEBERT, G.G. (Org.). **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papirus, 1999a. p. 41-68.

DEBERT, G.G. **A Reinvenção da Velhice. Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo: Edusp, 1999b. 266 p.

DELGADO, P.G.G. O SUS e a Lei 10.216: Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social. In: LOYOLA, C.; MACEDO, P.R.A. (Org.). **Saúde Mental e Qualidade de Vida. I Simpósio**

Internacional de Saúde Mental e Qualidade de Vida. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2002. p. 31-39.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 166 p.

DOLL, J. O Campo Interdisciplinar da Gerontologia. In: PY, L. *et al.* (Org.). **Tempo de Envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais.** Rio de Janeiro: Nau, 2004. p. 83-107.

DOUGLAS, M. **Como as Instituições Pensam.** São Paulo: Edusp, 1998. 141 p.

DOURADO, M.C.N. **Há Menos de Mim Hoje do Que Havia Ontem: Demência e Subjetividade.** 2000. 120 f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

DOWD, I. Aging as Exchange: A Preface to Theory. **Journal of Gerontology**, v. 38, n.5, p. 584-594, 1975.

DUARTE, M.J.R.S. **Interação Institucional do Idoso: Atenção à Saúde em Geriatria no Setor Público.** 1991. 288 f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.

ELIAS, N. **Sobre o Tempo.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 165 p.

ELIAS, N. **Os Estabelecidos e os *Outsiders*.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ESTES, C.L.; BINNEY, L. The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas. **The Gerontologist**, Saint Louis, v. 29, n. 5, p. 587-596, Oct, 1989.

EVANS-PRITCHARD, E.E. **Os Nuer.** São Paulo: Perspectiva, 2002.

FEATHERSTONE, M. O Curso da Vida: Corpo, Cultura e Imagens do Processo de Envelhecimento. In: DEBERT, G.G. *et al.* **Antropologia e Velhice.** Campinas: IFCH/UNICAMP Textos Didáticos, n. 13, jan. 1998. p. 45-64.

FERREIRA, G. Desinstitucionalização e Integralidade: Um Estudo do Processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: PINHEIRO, R *et al.* (Org.) **Desinstitucionalização da Saúde Mental: Contribuições Para Estudos Avaliativos.** Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/LAPPIS e ABRASCO, 2007. p. 209-223.

FONSECA, A.M.S. **Serviços Residenciais Terapêuticos: O Poder de Contratualidade e o Processo de Reabilitação Psicossocial.** 2006. 179 f. Dissertação (Mestrado) Programa Integrado de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, 2006.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia.** 5 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994. 99 p.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1995. 551 p.

FRIED, L.P. *et al.* Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v. 56A, n. 3, p. M146-M156, 2001.

FRIED, *et al.* Understanding the concepts of Disability, Frailty and Co morbidity: Implications for Improved Targeting and Care. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**. V. 59, n. 3, p. 255-263, 2004.

FRIED, L.P.; WALSTON, J. Frailty and Failure to Thrive. In: HAZZARD, W.R. *et al.* **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. 5th ed. Nova York: McGraw Hill, 2003. p. 1487-1502.

FRIES, J.F. Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 303, p. 130-135, 1980.

FRIES, J.F. The Compression of Morbidity; Miscellaneous Comments About a Theme. **The Gerontologist**, Saint Louis, v. 24, p. 354-359, 1984.

FURTADO, J.P. A Ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: O que Dizem Alguns Atores. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 39-51, 2006a.

FURTADO, J.P. Avaliação da Situação Atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos Existentes no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006b.

GERALDES, P.C. **Co-Gestão: Um Modelo de Administração de Serviços Públicos de Saúde. A Experiência da Regionalização e Hierarquização da Assistência Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro**. 1990. 115 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

GIDDENS, A. **As Conseqüências da Modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991. 177 p.

GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização Reflexiva**. São Paulo: Unesp, 1994. 264 p.

GODBOUT, J.T. **Introdução à Dádiva**. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 13, n. 38, out, 1998.

GODBOUT, J.T.; CAILLÉ, A. **O Espírito da Dádiva**. Rio de Janeiro: FGV, 1999. 272 p.

GODELIER, M. **O Enigma do Dom**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. 333 p.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Imagem Deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988. 158 p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 1992. 312 p.

GOFFMAN, E. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. 14 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 233 p.

GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar. Como Fazer Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais**. 5 ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. 107 p.

GONÇALVES, M.A.R. **A Vila Olímpica da Verde e Rosa**. 2002. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

GONÇALVES, S. *et al.* Avaliação das Limitações no Comportamento Social em Pacientes Psiquiátricos de Longa Permanência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 105-113, 2001.

GUTMANN, D. The Cross-cultural Perspective: Notes Toward a Comparative Psychology of Aging. In: BIRREN, J.E.; SCHAIE, K.W. (Ed.). **Handbook of the Psychology of Aging**. Nova York: Van Nostrand Reinhold, 1977. p. 377-433.

HAFNER, H.; HEIDEN, W. The Evaluation of Mental Health Care System. **British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 155, p. 12-17, 1989.

GRIMLEY-EVANS, J. Prevention of Age-Associated Loss of Autonomy: Epidemiological Approaches. **Journal of Chronic Diseases**, Saint Louis, v. 37, p. 353-363, 1984.

GRUBRICH-SIMITIS, I. "Nothing About the Totem Meal" On Freud's Notes. In: ROTH, M.S. **FREUD Conflict and Culture: Essays on His Life, Work and Legacy**. Nova York: Vintage Books, 2000. p. 17-31.

HAREVEN, T.K. Novas Imagens do Envelhecimento e a Construção Social do Curso da Vida. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 13, p. 11-35, 1999.

HIGGINBOTHAM, N.; BRICEÑO-LEÓN, R.; JOHNSON, N. Health Social Science: Transdisciplinary Partnerships for Improving Human Health. In: HIGGINBOTHAM, N.; BRICEÑO-LEÓN, R.; JOHNSON, N. (Ed.). **Applying Health Social Science: Best Practice in The Developing World**. Londres/Nova York: Zed Books, 2001. p. 3-13.

HOBBS, C. *et al.* Deinstitutionalization for Long-Term Mental Illness: A 2-Year Clinical Evaluation. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 34, p. 476-483, 2000.

HOBBS, C. *et al.* Deinstitutionalization for Long-Term Mental Illness: A 6-Year Clinical Evaluation. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 36, p. 60-66, 2002.

KABWASA, S.O. *et al.* O Eterno Retorno: Na África a Velhice É Uma Fase Privilegiada no Círculo da Vida. **O Correio da Unesco**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 12, p. 10-13, 1982.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Compêndio de Psiquiatria**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 750 p.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Borderland Between, Anthropology, Medicine and Psychiatry**. Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 1981.

KUBEY, R. Television and Aging: Past, Present and Future. **The Gerontologist** v. 20, n. 1, p. 16-35.

LANNA, M. Nota Sobre Marcel Mauss e o Ensaio Sobre a Dádiva. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 14, p. 173-194, jun, 2000.

LAPSLEY, H.M. *et al.* Deinstitutionalization for Long-Term Mental Illness: Cost Differences in Hospital and Community Care. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 34, p. 491-495, 2000.

LEIBING, A. Rita Hayworth Também Envelhece? Doença de Alzheimer e Saúde Mental Neste Século. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 15-22, abr-jun, 1999.

LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. Prevenir a Prevenção. In: NICÁCIO, F. (Org.); **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 65-87.

LEVCOVITZ, S. Evolução das Instituições Psiquiátricas. **Cadernos do NUPSO**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 15-17, maio, 1988.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1974. 456 p.

LÉVI-STRAUSS, C. **As Estruturas Elementares do Parentesco**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 537 p.

LIMA, L.A. **O Processo de Reforma Psiquiátrica na Era da Globalização: Uma Comparação à Luz dos Dados dos Sistemas de Saúde do Reino Unido e dos EUA**. 1999. 155 p. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

LIMA, M.A. A Gestão da Experiência de Envelhecer em um Programa Para a Terceira Idade: A UnATI/UERJ. In: VERAS, R.P. *et al.* **Velhice Numa Perspectiva de Futuro Saudável**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2001. p. 33-98.

LOBO, M.C.C.A. **Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado do Rio de Janeiro: Um Diagnóstico Inicial**. 2004. 109 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

LOPES, J.L. A Psiquiatria e o Velho Hospício. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1-2, p. 117-130, jan-jun, 1965.

LOUGON, M. **Os Caminhos da Mudança: Alienados, Alienistas e a Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica Pública**. 1987. 198 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1987.

MACEDO, P.R.A. Programa de Saúde Mental no Maranhão. In: LOYOLA, C.; MACEDO, P.R.A. **Saúde Mental e Qualidade de Vida. I Simpósio Internacional de Saúde Mental e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2002. p. 55-65.

MACHADO, R. *et al.* **Danação da Norma. A Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559 p.

MALINOWSKI, B. Objetivo, Método e Alcance desta Pesquisa. In: GUIMARÃES, A.Z. **Desvendando Máscaras Sociais**. 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

MANNONI, M. **O Nomeável e o Inominável. A Última Palavra da Vida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. 149 p.

MAUSS, M. Ensaio Sobre a Dádiva: Forma e Razão da Troca nas Sociedades Arcaicas. In: MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. v. II São Paulo: EPU/Edusp, 1974. p. 37-58.

MAZZONI, A.A.; TORRES, E.F. Contribuições Para Uma Atenção Adequada às Pessoas Idosas nos Serviços de Caixa Bancário de Auto-atendimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1227-1236, 2008.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D. Envelhecimento e Deficiência. In: CAMARANO, A.A. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.107-120.

MESSY, J. **A Pessoa Idosa Não Existe. Uma Abordagem Psicanalítica da Velhice**. São Paulo: Aleph, 1993. 116 p.

MILAGRES, A.L.D. **Porta de Saída do Asilo Cotidiano, Narrativa e Subjetividade nas Residências Terapêuticas do IMAS Juliano Moreira**. 2002. 177 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

MINKLER, E. Aging and Disability: Behind and Beyond the Stereotypes. In: ENRIGHT, R.B. (Ed.). **Perspectives In Social Gerontology**. Boston: Allyn and Bacon, 1994. p. 11-23.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, nov., 2005. 54 p.

MORGADO, A.F.; LIMA, L.A. Desinstitucionalização, Suas Bases e a Experiência Institucional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 19-28, 1994.

MOREIRA, J. Assistência aos Epilépticos: Colônias Para Eles. **Archivos Brasileiros de Psychiatria e Ciências Afins**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 2, p. 167-182, 1905.

MOREIRA, R. **Memória, Loucura e Velhice: Os Ganhos no Processo de Envelhecimento Pós Reforma Psiquiátrica (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – Campinas/SP)**. 2005. 274 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MOTTA, L.B. **Atenção Integral ao Idoso no Contexto da Estratégia de Saúde da Família: Um Olhar Sobre a Formação e Práticas Médicas**. 2008 166f. Tese (Doutorado) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

NERI, A.L. Atitudes e Preconceitos em Relação à Velhice. In: NERI, A.L. (Org.). **Idosos no Brasil: Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/ Edições SESC-SP, 2007. p. 33-46.

NEWTON, L. *et al.* Deinstitutionalisation for Long-Term Mental Illness: An Ethnographic Study. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 34, p. 484-490, 2000.

NEWTON, L. *et al.* Moving Out and Moving On: Some Ethnographic Observations of Deinstitutionalisation in an Australian Community. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 25, n. 2, p. 152-161, Fall, 2001.

NOGUEIRA, E.J. **Atitudes em Relação à Velhice: Análise e Conteúdo de Textos da Literatura Infantil Brasileira**. 1992. 99 f. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1992.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE OPAS/OMS. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. 173 p.

OUSLANDER, J.G.; BECK, J.C. Defining the Health Problems of the Elderly. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto CA, v. 3, p. 55-83, 1982.

PEREIRA, R.C. **Lugar de Louco É no Hospício?! Um Estudo Sobre as Representações Sociais em Torno da Loucura no Contexto da Reforma Psiquiátrica.** 1997. 128 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

PEREIRA, L.A.A. **De Olhos Bem Abertos Etnografia da Confiança Numa Situação de Perigo.** 2001. 108 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

PERRONE, C. A Morada Por Vir: Anotações de um Diário de Bordo Para Sair das Prisões do Possível. In: FONSECA, T.M.G.; ENGELMAN, S.; PERRONE, C.M. **Rizomas da Reforma Psiquiátrica: A Difícil Reconciliação.** Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007. p. 81-118.

PINTO, D.S. **A Percepção da Loucura: Análise do Discurso de Pacientes Internadas em Uma Instituição Psiquiátrica.** 1995. 207 f. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

PITTA, A.M.F. O Que É Reabilitação Psicossocial no Brasil Hoje? In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

PITTA, A. Tecendo Uma Teia de Cuidados em Saúde Mental. In: VENÂNCIO, A.T.A.; CAVALCANTI, M.T. (Org.). **Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos.** Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001. 277-282.

PORTOCARRERO, V. Psiquiatria, Liberdade e Trabalho: Da Escravatura à Disciplinarização. **Cadernos do NUPSO**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 4-8, maio, 1988.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da Loucura. Juliano Moreira e a Descontinuidade Histórica da Psiquiatria.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 150 p.

PRAWITASARI HADIYONO, J.E. The Development of a Transdisciplinary Approach to Promote the Rational Use of Drugs: The Indonesian Experience. In: HIGGINBOTHAM, N.; BRICEÑO-LEÓN, R.; JOHNSON, N. (Ed.). **Applying Health Social Science: Best Practice in The Developing World.** Londres/Nova York: Zed Books, 2001. p. 66-84.

RABELO, M.C.M. Narrando a Doença Mental no Nordeste de Amaralina: Relatos Como Realizações Práticas In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de Doença e Narrativa.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 75-87.

RAMOS, M.P. Apoio Social e Saúde Entre Idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, a. 4, n. 7, p. 156-175, jan/jun, 2002.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil. In: RUSSO, J.A.; SILVA FILHO, J.F. **Duzentos Anos de Psiquiatria.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1993. p. 7-10.

RIFFIOTIS, T. O Ciclo Vital Completado: A Dinâmica dos Sistemas Etários em Sociedades Negro-africanas. In: BARROS, M.M.L. (Org.). **Velhice ou Terceira Idade? Estudos Antropológicos Sobre Identidade, Memória e Política**. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p. 85-110.

ROCHA, A.L.C.; ECKERT, C. Imagens do Tempo nos Meandros da Memória. In: KOURY, M.G.P. **Imagem e Memória: Ensaio em Antropologia Visual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. p. 19-39.

ROTELLI, F. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.); **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, Uma Outra Via. In: NICÁCIO, F. (Org.); **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

ROWE, J.W. Health Care of the Elderly. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 312, p. 827-835, 1985.

RUSSO, J.A. Psiquiatria, Manicômio e Cidadania no Brasil. In: RUSSO, J.A.; SILVA FILHO, J.F. **Duzentos Anos de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993. p. 7-10.

SÁ, V.M.T.P.L. **O “Novo Velho” e as Políticas Sociais: E o Setor Saúde, Como Se Manifesta?** 1997. 199 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997.

SAHLINS, M. **Cultura e Razão Prática**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 230 p.

SANTA ROSA, A.L.C. **A Identidade do Idoso: A Terceira Idade e Seu Encontro Com a Vida**. 1995. 128 f. Monografia (Graduação). Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

SANTA ROSA, A.L.C. **Envelhecer Entre Quatro Paredes: Uma Experiência no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira**. 2003. 177 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SANTA ROSA, A.L.C. O Envelhecimento na Pós-Modernidade. In: LEMOS, M.T.T.B. e ZAG[B]AGLIA, R.A. (Org.) **A Arte de Envelhecer. Saúde, Trabalho, Afetividade e Estatuto do Idoso**. Aparecida (SP): Idéias & Letras; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 21-33.

SANZANA, A.P.M.P. A Reforma Começa Em Casa: O Fio da Navalha na Clínica dos Dispositivos Residenciais Terapêuticos do IMAS Juliano Moreira. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 169-177, 2006.

SARACENO, B. **Libertando Identidades. Da Libertação Psicossocial à Cidadania Possível**. Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999. 175 p.

SCHNEIDER, E.L.; BRODY, J.A. Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity: Another View. **New England Journal of Medicine**, Boston, v, 309, p. 854-856, 1983.

SCHÖDER-BUTTERFIELD, E.; MARIANTI, R. A Framework for Understanding Old-Age Vulnerabilities. **Aging and Society**, v. 26, p. 9-35, 2006.

SEEMAN, T. *et al.* The Health Consequences of Multiple Morbidity in the Elderly. **Journal of Aging and Health**, Los Angeles, v. 1, p. 50-66, 1989.

SEN, A. **Development as Freedom**. Nova York: Anchor Books, 2000.

SERPA Jr., O.D. Lacunas e Dobras das Relações da Psiquiatria Com a Medicina. In: RUSSO, J.A.; SILVA FILHO, J.F. **Duzentos Anos de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993. p. 97-107.

SILVA, J.P.L. **A Desinstitucionalização e o Processo de Reformulação da Assistência Psiquiátrica no Rio de Janeiro no Período 1995-2000**. 2003. 99 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, P.R.F. **Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica: Avaliação de Resultados de Uma Experiência de Dispositivos Residenciais Comunitários**. 2005. 159f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

SIMMEL, G. **Questões Fundamentais da Sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. 118 p.

SIMMONS, L.W. **The Role of the Aged in Primitive Society**. New Haven, Yale University Press, 1945.

SIQUEIRA, M.E.C. Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V. *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 47-57.

SOARES, N.E. **A Velhice e Suas Representações Sociais em Instituições Públicas de Saúde**. 1997. 203 f. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

SOLDO, M.E.C.; AGREE, E.M. America's Elderly. **Population Bulletin**, Washington DC, v. 43, p. 5-52, 1988.

SOUZA, I.M.A. O Asilo Revisitado: Perfis do Hospital Psiquiátrico em Narrativas Sobre Doença Mental. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999b. p. 139-168.

SOUZA e SILVA, L. **Demandas e Desmandos Uma Etnografia das Relações Entre Tráfico de Drogas e Uma Escola de Samba Carioca**. 2003. 98 f. Dissertação (Mestrado).

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

STEIN, E.M. Normal Aging: Psychological and Sociocultural Aspects. In: LAZARUS, L.W. (Ed.). **Essentials of Geriatric Psychiatry: A Guide for Health Professionals**. Nova York: Springer, 1988. p. 1-24.

TENÓRIO, F. **A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. 155p.

TEIXEIRA, I.N.D.O. Percepções de Profissionais de Saúde Sobre Duas Definições de Fragilidade no Idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1181-1188, 2008.

TSANG, H.W. An Indigenous Work-related Social Skills Training Model for Persons with Schizophrenia in Hong Kong. In: HIGGINBOTHAM, N.; BRICEÑO-LEÓN, R.; JOHNSON, N. (Ed.). **Applying Health Social Science: Best Practice in The Developing World**. Londres/Nova York: Zed Books, 2001. p. 21-37.

TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

UCHÔA, E. Contribuições da Antropologia Para Uma Abordagem das Questões Relativas à Saúde do Idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-853, mai-jun, 2003.

VASCONCELOS, E.M. Os Dispositivos Residenciais e de Reinserção Social em Saúde Mental: Conceito, Política, Estratégias, Tipologia, Abordagens Teóricas e Desafios. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 53-69 nov/dez, 2006.

VENANCIO, A.T.A. Saúde Mental: Constituição de um Campo e Seus Desafios. In: LOYOLA, C.; MACEDO, P.R.A. **Saúde Mental e Qualidade de Vida. I Simpósio Internacional de Saúde Mental e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2002. p. 46-51.

VELHO, G. **Subjetividade e Sociedade: Uma Experiência de Geração**. Rio de Janeiro, Zahar, 1986.

VELHO, G. **Individualismo e Cultura**. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987. 149 p.

VERAS, R.P. **País Jovem de Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UERJ, 1994. 224 p.

WACQUANT, L. Que É Gueto? Construindo um Conceito Sociológico. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 23, p. 155-164, nov, 2004.

WILSON, J.F. Frailty and Its Dangerous Effects Might Be Preventable. **Annals of Internal Medicine**, v. 141, n. 6, p. 489-492, 2004.

WYKES, T.; STURT, E. Assessment Schedule for Chronic Psychiatric Patients. **Psychological Medicine**, v. 17, p. 485-493.

ZALUAR, A. Cultura da Violência. In: **Rio de Todas as Crises**. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, 1981. p. 56-64.

ZALUAR, A. **A Máquina e a Revolta. As Organizações Populares e o Significado da Pobreza**. São Paulo: Brasiliense, 1985. 256 p.

ZALUAR, A. **O Utilitarismo Sociológico e as Políticas Públicas**. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 146, dez, 1996. 36 p.

ZALUAR, A. Exclusão e Políticas Públicas: Dilemas Teóricos e Alternativas Políticas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 12, n. 35, out, 1997.

ZALUAR, A. Teoria e Prática do Trabalho de Campo: Alguns Problemas. In: CARDOSO, R.C.L. (Org.). **A Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa**. São Paulo: Paz e Terra, 2004. p. 107-125.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)