

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DOUTORADO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS**

MAIKA ARNO ROEDER DA SILVA

**GÊNERO E SAÚDE MENTAL  
NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS:  
“FRAGMENTOS DE VIDAS CONTIDAS”**

Tese de Doutorado

Florianópolis

2008

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

MAIKA ARNO ROEDER DA SILVA

**GÊNERO E SAÚDE MENTAL  
NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS:  
“FRAGMENTOS DE VIDAS CONTIDAS”**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luzinete Simões Minella.

Florianópolis  
2008

Maika Arno Roeder

**GÊNERO E SAÚDE MENTAL  
NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS:  
“FRAGMENTOS DE VIDAS CONTIDAS”**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luzinete Simões Minella.

BANCA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luzinete Simões Minella (presidente) DICH/UFSC/SC

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sônia Weidner Maluf (co-orientadora) DICH/UFSC/SC

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Myriam Mytzavila – DICH/UFSC/SC

Prof. Dr. Mário Teixeira – UFSC/SC

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Pitta – UFBA/BA

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos – UFRJ/RJ

Suplentes:

Prof. Dr. Alan Índio Serrano – UNIVALI/SC

Prof. Dr<sup>a</sup> Mara Lago – DICH/UFSC/SC

*Dedico esta tese ao meu marido, aos meus filhos, aos meus pais e às moradoras do Residencial do Pomar e sua equipe terapêutica.*

## AGRADECIMENTOS

Devo a inspiração e o agradecimento pela realização desta pesquisa às moradoras do Residencial do Pomar, que com tamanha simplicidade me fazem ver o quanto a vida é possível e o quanto é prazeroso me dedicar à Saúde Mental.

Nesta intensa jornada dedicada ao doutorado, quando migrei das Ciências da Saúde para as Ciências Humanas, contei neste rito de passagem com a colaboração de muitas pessoas.

Primeiramente, gostaria de agradecer à orientadora prof<sup>a</sup>.dr<sup>a</sup>. Luzinete Simões Minella, por ter acreditado e investido em mim ao abraçar este tema. A sua atenção, a forma de condução dos trabalhos de orientação e o carinho dispensado, além de um vasto conhecimento sobre a matéria, me fizeram perceber o quanto valeu a pena nossa convivência. Da mesma forma a prof<sup>a</sup>.dr<sup>a</sup>. Sônia Maluf, que não mediu esforços para compor uma parceria que se estendeu para além de uma simples co-orientação, me abrindo outros caminhos. Desta forma, considero que esta tese é fruto de um trio de mulheres que pensaram e conviveram num momento de grandes transformações em suas vidas. Isto, na esperança de desenvolver uma pesquisa de qualidade, um trabalho que para além das conclusões pertinentes pudesse falar em sentimento, amor e conflitos numa trama que faz parte da vida das pessoas e que, portanto, também mexe com as entranhas.

Agradeço, também, os prestimosos conhecimentos adquiridos com o Dr. Theófilos Rifiottis e Alberto Groisman ao ter a oportunidade de participar de uma das suas pesquisas, além de que torceram para que eu pudesse compor o quadro de doutorandos da UFSC.

Aos meus colegas de turma, pela oportunidade de conhecer a diversidade que a interdisciplinaridade apresenta fornecendo inúmeras contribuições para a minha formação, para minha vida e também para esta pesquisa.

Aos meus professores do Doutorado, que me iluminaram e estimularam a percorrer um caminho que era tão pouco conhecido por mim e que, certamente, me tornou uma pessoa melhor.

Agradeço ainda às seguintes pessoas e instituições:

À amiga Shatal Marrie ... (onde estiver), pela dedicação ao me apresentar o francês, a compreensão das minhas limitações e o esforço para me ajudar a superá-las.

À Direção Geral, à Direção Técnica e aos demais profissionais do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina e dos Serviços Residenciais Terapêuticos de SC, por terem me aberto as portas necessárias à consecução desta pesquisa, contribuindo com informações valiosas.

Aos representantes do Ministério Público, por terem me facilitado o acesso ao campo.

À Raquel Bittencourt e Samir José Ferreira pela amizade, pelo estímulo ao Doutorado e compreensão da minha “correria” para dar conta das tarefas da nossa lida profissional na Diretoria de Vigilância Sanitária, paralelas às exigências do Doutorado.

À Júlia Moellman, por sua amizade e prestimosa colaboração.

Aos meus pais e irmãos, que me servem como fonte de inspiração e que permanecem ao meu lado e sempre em meu coração, nesta vida repleta de surpresas.

À minha sogra Marilda e meu sogro Zeno por todo apoio, dedicação e amizade.

Aos meus filhotes Ricardo e Felipe, por todo este amor que nos une, nos alimenta e nos fortalece.

Ao Ronaldo, pela vida de amor que construímos ao longo desse maravilhoso encontro.

Ao meu bom Deus, por me permitir chegar aqui.

A todos sou eternamente grata!

MAIKA, Arno Roeder da Silva. Gênero e saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos: “fragmentos de vidas contidas”, 2008. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 314p.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luzinete Simões Minella

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. SôniaWeidner Maluf

## RESUMO

Esta pesquisa aborda a saúde mental, a partir de uma perspectiva de gênero, focalizando a situação das moradoras de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), localizado no município de São José, SC, objetivando analisar as intersecções entre gênero, sofrimento psíquico, cidadania e subjetividade, de acordo com o seu ponto de vista. Em síntese, esta tese tenta responder aos seguintes objetivos: a) contextualizar o SRT feminino, mediante identificação do perfil sócio-econômico das residentes, buscando conhecer a rede de assistência, as políticas públicas relacionadas com gênero e saúde mental e as pesquisas sobre o assunto; b) conhecer como as residentes vivenciaram questões relacionadas ao gênero; c) como elas se vêem e se definem e como reconhecem a própria diversidade; d) analisar o seu processo de autonomia; e) realizar uma análise antropológica de determinados aspectos relacionados à cidadania; f) identificar as principais diferenças percebidas entre o SRT feminino e os SRTs masculinos, a fim de verificar em que medida as assimetrias de gênero estão sendo reproduzidas nestes serviços; g) verificar como se dão os itinerários terapêuticos, as trajetórias e o processo saúde/doença; h) compreender como as residentes dão significados às suas vidas; e os sentidos da experiência cotidiana subjetiva, analisando em que medida as questões de gênero permeiam suas histórias. Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada numa abordagem etnográfica. Os registros observacionais e discursivos foram trabalhados, mediante uma apreensão mais ampla desta realidade. Ao escutar as narrativas busquei compreender as práticas culturais deste contexto, situando-as num panorama social mais amplo, estabelecendo as relações entre os fenômenos específicos desta determinada visão de mundo, sob a perspectiva das seis residentes do Serviço. Empreguei nesta pesquisa qualitativa as seguintes técnicas: observação participante, análise documental, aplicação de um roteiro semi-estruturado de entrevista e elaboração das sínteses das trajetórias de moradoras do SRT, além da participação em grupos terapêuticos e visitas a todos os SRTs em Santa Catarina. A análise do discurso foi utilizada para interpretar os resultados. Foi possível concluir, primeiro, que o SRT funciona tanto como um novo espaço social para suas residentes, como um dispositivo de controle e de poder. Segundo, que embora este serviço represente um avanço em relação à situação anterior das residentes, do ponto de vista do gênero, a dinâmica do seu funcionamento favorece a reprodução dos papéis femininos



tradicionais; terceiro, foi possível constatar que as desigualdades de gênero estão e estiveram presentes nas trajetórias das entrevistadas e também na organização dos serviços femininos e masculinos.

**Palavras-chave:** gênero, saúde mental, cidadania, serviços residenciais terapêuticos.

MAIKA, Arno Roeder da Silva. Gender and mental health in therapeutic residential services:

“fragments of restrained lives”, 2008. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Programa de Pós- Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 314p.

Advisor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luzinete Simões Minella

Co-advisor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sônia Weidner Maluf

## **ABSTRACT**

This research approaches mental health starting from a gender perspective, focusing on the residents' situation at a Therapeutic Residential Service (SRT) located in the municipal district of São José-SC State and aiming to analyze the intersections among gender, psychic suffering, citizenship and subjectivity in agreement with their points of view. In synthesis, this theory tries to answer the following objectives: a) contextualizing feminine SRT, identifying their residents' socioeconomic profile, trying to know the attendance network, public politics related to gender, mental health and researches on the subject; b) getting to know how residents experienced issues related to gender; c) how they see, define each other and also recognize their own diversity as human beings; d) to analyze their autonomy process; e) to accomplish an anthropological analysis on certain aspects related to citizenship; f) to identify the main differences noticed between feminine SRT and masculine SRT, in order to verify in what way gender asymmetries are being reproduced at those services; g) to verify how therapeutic itineraries develop, trajectories and health/disease process; h) to understand how residents give meaningful senses to their lives and subjective daily experiences, analyzing the form gender issues permeate their backgrounds.

As for the methodology, it is a qualitative research based on one ethnographic approach. Observational and discursive registrations were developed in order to find a wider apprehension of this reality. While listening to the narratives, I tried to understand cultural practices on this context and attempted to place them in a wider social perspective, establishing relationships among specific phenomena of this determined world vision through the six residents' perspectives at the Service. I used, in this qualitative research, the following techniques: participant observation, documental analysis, application of a semi-structured interview itinerary, SRT residents' trajectory syntheses elaboration along with therapeutic groups' participation and visits to every SRT in Santa Catarina State. Speech analysis was used to interpret the results.

First, it was possible to conclude that SRT works not only as a new social space for their residents, but also as a device of power and control. Second, although this service

represents a progress in relation to the previous residents' situation, from gender's point of view, dynamics of its operation favors the reproduction from traditional feminine roles. Third, it was possible to verify that gender inequalities are and also were present in the interviewees' trajectories and the organization of masculine and feminine services.

**Key words:** gender, mental health, citizenship, therapeutic residential services.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>21</b>
Geral .....	<b>21</b>
Específicos .....	<b>21</b>
<b>CAPITULO I</b> .....	<b>27</b>
<b>1 PERCURSO METODOLÓGICO: UNIVERSO, MÉTODO E ABORDAGEM</b> .....	<b>27</b>
1.1 O MÉTODO.....	<b>28</b>
1.2 O CAMPO .....	<b>29</b>
1.3 A INSERÇÃO EM CAMPO E A ESTRATÉGIA DE TRABALHO ADOTADA .....	<b>30</b>
1.4 PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS RESIDENTES .....	<b>31</b>
1.5 IMPRESSÕES SOBRE AS INTERLOCUTORAS E INTERLOCUTORES DA PESQUISA .....	<b>36</b>
1.6 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA, TÉCNICAS EMPREGADAS E ABORDAGENS EM CAMPO .....	<b>38</b>
1.7. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS .....	<b>43</b>
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>47</b>
<b>2 GÊNERO, CIDADANIA E SAÚDE MENTAL: A QUESTÃO DO RISCO</b> .....	<b>47</b>
2.1 A LOUCURA NA HISTÓRIA .....	<b>47</b>
2.2 NOÇÃO DE RISCO COMO DISPOSITIVO DE CONTROLE DO PODER .....	<b>53</b>
2.3 LUGAR SOCIAL DA “MULHER LOUCA”: INTERSEÇÕES ENTRE GÊNERO, SUBJETIVIDADE, CIDADANIA E AUTONOMIA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL .....	<b>59</b>
2.4 PROJETO, METAMORFOSE E CAMPO DE POSSIBILIDADES NO SRT: DE PACIENTES À CONDIÇÃO DE MORADORAS .....	<b>74</b>

2.5	CIDADANIA E SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....	77
2.6	MULHERES E CIDADANIA NO BRASIL .....	86
<b>CAPITULO III .....</b>		<b>89</b>
<b>3</b>	<b>GÊNERO E SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA E A CONTRIBUIÇÃO DO SRT PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....</b>	<b>89</b>
3.1	A SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA NA VIRADA DO SÉCULO XX .....	90
3.2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LUTA DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL PELA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	99
3.3	SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS COMO ESTRATÉGIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	105
3.4	DADOS SOBRE A CRIAÇÃO, IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SRTs EM SANTA CATARINA .....	118
3.4.1	<b>Residencial do Pomar .....</b>	<b>119</b>
3.4.2	<b>Residencial Antúrio .....</b>	<b>123</b>
3.4.3	<b>Residencial Atena .....</b>	<b>127</b>
3.5	O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL ..	131
3.6	POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS, PESQUISAS RELACIONADAS COM GÊNERO E SAÚDE MENTA .....	135
<b>CAPITULO IV .....</b>		<b>140</b>
<b>4</b>	<b>MORADORAS DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: TRAJETÓRIAS, ITINERÁRIO TERAPÊUTICO, E PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE/DOENÇA .....</b>	<b>140</b>
4.1	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO .....	141
4.1.1	<b>Tempo de Internação e de Moradia no Serviço Residencial Terapêutico .....</b>	<b>141</b>
4.1.2	<b>As Trajetórias: Percepção sobre o Passado e sobre o Itinerário Terapêutico .....</b>	<b>142</b>
		<b>164</b>

<b>CAPITULO V .....</b>	<b>183</b>
<b>5 CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA PELO GÊNERO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>183</b>
5.1 GÊNERO, CIDADANIA E AUTONOMIA.....	184
5.2 A FAMÍLIA (RE) CONFIGURADA PELO GÊNERO .....	199
5.3 AFETIVIDADE E SEXUALIDADE COMO VIVÊNCIAS DO GÊNERO .....	205
5.4 CORPO, APARÊNCIA E AUTO-ESTIMA: ROMPENDO AS AMARRAS .....	211
5.5 MEDICALIZAÇÃO COMO FORMA DE CONTENÇÃO .....	213
5.6 O ENVELHECIMENTO COMO FATOR DE RISCO .....	214
5.7 LANÇADO UM OLHAR SOBRE O GÊNERO NO LAZER, NA CULTURA E NA PARTICIPAÇÃO POLÍTICA .....	216
 <b>CAPÍTULO VI .....</b>	 <b>220</b>
<b>6 DE VOLTA AO MUNDO DA VIDA .....</b>	<b>220</b>
6.1 HABITANDO A CASA, RECUPERANDO A CIDADANIA .....	220
6.2 DA TUTELA À AUTONOMIA.....	237
6.3 O SIGNIFICADO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS .....	242
6.4. GÊNERO E O RESGATE DO PODER CONTRATUAL .....	253
6.5 PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO EM TORNO DO GÊNERO COMO EXPRESSÕES DE VIOLÊNCIA .....	257
6.6 ASSIMETRIAS DE GÊNERO NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS .....	261
 <b>CAPITULO VII .....</b>	 <b>264</b>
<b>7 O ALCANCE E OS LIMITES DO SRT E SUA RELAÇÃO COM GÊNERO, SUBJETIVIDADE, CIDADANIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO .....</b>	<b>264</b>
 <b>REFERÊNCIAS.....</b>	 <b>275</b>

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO A</b> - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA (RESIDENTES) .....	<b>293</b>
<b>ANEXO B</b> - TERMO SE CONSENTIMENTO PARA CURADORA E PROFISSIONAIS .....	<b>294</b>
<b>ANEXO C</b> - CÓPIA PLANTA BAIXA RESIDENCIAL DO POMAR .....	<b>296</b>
<b>ANEXO D</b> - PORTARIA Nº 106/MS, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000 .....	<b>297</b>
.	
<b>ANEXO E</b> - PORTARIA/GM Nº. 1220/2000 E PORTARIA SAS Nº 748, DE 10 DE OUTUBRO DE 2006 .....	<b>301</b>
.	
<b>ANEXO F</b> - PORTARIA Nº 246/GM Em 17 de fevereiro de 2005 .....	<b>310</b>
<b>ANEXO G</b> - LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.....	<b>313</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Distribuição Conjunta do Ano da Primeira Internação no Instituto de Psiquiatria, Ano de Entrada no Serviço Residencial Terapêutico, Tempo de Permanência no Instituto de Psiquiatria e Tempo de Permanência no Serviço Residencial Terapêutico Até o Ano de 2008 .....	<b>141</b>
---	------------



## INTRODUÇÃO

A pesquisa aborda o tema da saúde mental, a partir de uma perspectiva de gênero, com foco na situação de moradoras de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), localizado no município de São José - SC, com o objetivo de analisar as intersecções entre gênero, sofrimento psíquico, cidadania e subjetividade, de acordo com o ponto de vista das residentes destes serviços.

O interesse pelo tema está associado à minha trajetória profissional, no decorrer da qual testemunhei algumas das mudanças ocorridas em Santa Catarina no campo da saúde mental, especialmente na reabilitação psicossocial. A partir de 1984, trabalhando em enfermarias de mulheres no Hospital Colônia Santana, tive a oportunidade de conhecer muitas delas que hoje fazem parte do SRT feminino. Por acompanhar de perto as histórias de vida destas mulheres participando, inclusive, de seus itinerários terapêuticos pude observar as mudanças imprimidas em suas vidas, em decorrência da Reforma Psiquiátrica.

Anos mais tarde, na condição de Coordenadora Estadual de Saúde Mental, iniciei o processo de cadastramento de alguns SRTs no Estado, participando do desafio técnico e político de implementar um atendimento diferenciado de base comunitária.

Atualmente, estou lotada na Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado, onde me responsabilizo pelos segmentos da população considerados mais vulneráveis a estressores psicossociais<sup>1</sup>. Nesta condição, continuo acompanhando a luta destas mulheres pela conquista dos seus direitos, bem como os conflitos, as dificuldades e os acertos da própria rede comunitária, no que tange à absorção desta demanda, sustentada sob os alicerces de um novo olhar sobre o sofrimento psíquico, embora este olhar ainda carregue o preconceito e o estigma imputado àquelas que passaram uma grande parte de suas vidas residindo num hospital psiquiátrico.

---

<sup>1</sup> As populações consideradas mais vulneráveis a estressores psicossociais compreendem os idosos, as crianças e os adolescentes, a população carcerária, a população indígena e as pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Devido às condições sociais em que tais grupos estão expostos acabam por necessitar de políticas públicas sociais e de saúde com vistas a protegê-los de situações que coloquem em risco a sua saúde.

Muitas das residentes passaram mais de trinta anos confinadas e agora, em maior liberdade, vivenciam o desafio de fazer valer seus direitos. Nesta luta política, que se trava no cotidiano das relações, tive a oportunidade de me reaproximar deste contexto, ao elaborar um ensaio etnográfico sobre a sexualidade destas mulheres<sup>2</sup>, reafirmando a impressão de que tinha muito a aprender e compreender nesta paisagem.

Neste trajeto de intensa curiosidade, pude constatar, também, que a mudança de residência por si só não garante que seja possibilitado a estas moradoras o exercício pleno das suas cidadanias.

A experiência de saída do hospital para a residência impõe uma série de desafios enfrentados de diferentes maneiras pelas pessoas envolvidas, por abarcarem componentes relacionados à subjetividade, ao campo de possibilidades e ao próprio contexto social onde estão inseridas.

Embora o êxito de várias experiências apóie a ampliação do número de residências é preciso verificar se as alternativas apresentadas estão sendo as mais adequadas ao mundo social das residentes, na medida em que esse mundo é subjetivamente vivido por elas. Significa escutá-las, com o propósito de compreender o significado que dão ao seu processo de autonomia, de reintegração à comunidade e de realização de seus projetos de vida, enfim, da luta pelo resgate da cidadania.

A possibilidade de construção da cidadania se dá pela reinvenção do cotidiano das residentes do SRT, mediante experiências localizadas e estabelecidas no âmbito das micropolíticas. Saraceno (2001) afirma que a construção da cidadania, vinculada à reabilitação psicossocial, deve estar centrada, especialmente, em três cenários que precisam ser considerados: a habitação, a rede social e o trabalho com valor social. Portanto, o conhecimento desta realidade, sobretudo dos sentidos que as residentes dão às suas vidas é a melhor forma de operacionalizar a questão nesta pesquisa..

A criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) tem sido utilizada como uma das estratégias da Reforma Psiquiátrica, cujo discurso se baseia na

---

<sup>2</sup> Sexualidade da Mulher nos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental – Um Ensaio Etnográfico Sobre Fragmentos de Uma Sexualidade Contida. Pesquisa realizada no ano de 2003 no SRT (Roeder, 2005).

construção de um outro lugar social para o sofrimento psíquico, uma vez que seu projeto terapêutico vincula-se à preocupação com a subjetividade e com a cidadania.

O resgate do poder contratual, a vivência da liberdade, embora vigiada, e o ganho de maior autonomia exemplificam algumas das conquistas observadas na vida de moradores de SRTs. Esta constatação demonstra que, reivindicar os direitos de cidadania é tão importante quanto construí-la, sendo a Reforma Psiquiátrica peça indispensável na interlocução deste processo e o SRT pode servir como uma importante ferramenta de transformação.

Mas se por um lado o SRT pode assumir uma função mediadora na construção de outro lugar social, para o sofrimento psíquico, ele também pode funcionar como morada de estratégias utilizadas como dispositivo de controle do poder.

O processo de conquista da cidadania, enquanto projeto de cura intermediado pelo SRT, impõe uma série de desafios à pessoa com sofrimento psíquico.

Nem sempre o acesso a essa possibilidade de cura, ou seja, à cidadania, se constitui em um processo democrático, pois a cura envolve, acima de tudo, um campo de disputas a serem negociadas. Neste caso, os próprios atos da vida civil ficam a cargo de um determinado perito, cuja atribuição é a de sugerir ao juiz sua opinião técnica a respeito da capacidade de discernir sobre a própria vida.

Certamente, esta constatação corrobora com Marsiglia et al. (1990), quando argumentam que postular que as garantias constitucionais parecem ainda não ser suficientes para promover as condições necessárias ao exercício da cidadania plena, com liberdade, igualdade e garantia dos direitos humanos a todos os cidadãos, sendo este processo, no que se refere às pessoas com sofrimento psíquico, apresenta bem mais obstáculos a serem transpostos.

Outro desafio deste processo é saber que existe a possibilidade de reprodução, nos serviços substitutivos, das características negativas do hospital psiquiátrico (descaracterização do indivíduo, sua institucionalização, segregação e abandono), o que requer um olhar sobre a qualidade da assistência prestada. Neste sentido, nada mais justo do que recorrer ao conhecimento da questão por meio da fala, da trajetória e

da experiência daqueles que são realmente os maiores interessados sobre o assunto: as/os usuárias/os.

A inserção social das mulheres é um processo lento e relativamente recente, nos aspectos pertinentes ao gênero, implicando na luta das suas condições de submissão, reclusão e até violência.

A intersecção entre gênero e o sofrimento psíquico nos SRTs pressupõe investigar se o gênero influencia as percepções do risco, tendo como agravante o estigma imputado à doença mental. Neste sentido, o controle sobre a sexualidade, a condição de interdição para os atos da vida civil, a restrição do gerenciamento dos benefícios pecuniários, o impedimento de poder ir onde (e quando) quiser e as ameaças de perder a condição de moradoras de um SRT, dentre outras medidas, poderiam estar servindo como estratégias empregadas neste tipo de serviço, como dispositivo de controle do poder.

Este processo conflituoso de conquistas da cidadania revela que a cidadania poderá estar mais próxima das mulheres com sofrimento psíquico, ainda que em condições adversas, delimitadas por um campo de possibilidades extremamente restrito. Para tanto, é preciso compreender o gênero neste contexto, como operador fundamental na produção e conformação das subjetividades e perspectivas de vida.

No âmbito das pesquisas científicas, embora diversos estudos tenham demonstrado os avanços e as dificuldades relacionados à implantação de SRTs, bem como o impacto das transformações ligadas à desinstitucionalização na vida de seus moradores, estudos que se fundamentem sob a ótica de gênero ainda parecem escassos (SCATENA, 2000; ROEDER, 2001 e 2005; SANTOS, RIBEIRO e MARCHESE, 2006; VIDAL e GULJOR, 2006; MENDONÇA, 2006; SANTOS, 2006).

Desta forma, ao voltar meu interesse para as articulações entre gênero, sofrimento psíquico, cidadania e subjetividade, no contexto de um SRT feminino, procuro dar visibilidade a certas questões contribuindo para o desenvolvimento de uma postura mais reflexiva neste âmbito.

As informações coletadas também buscam contribuir para a melhoria da vida das residentes, ao dar visibilidade a certas questões, subsidiar ações e políticas, tanto

no campo da saúde mental quanto no da atenção à saúde da mulher e até estimular uma aproximação maior entre estas distintas áreas do conhecimento, função esta propiciada nesta tese pelos estudos de gênero.

Refletir sobre as ações de saúde, que estão sendo propostas pela Reforma Psiquiátrica, e pontuar o quanto as assimetrias de gênero (que refletem as relações de poder) permeiam cotidianamente as vivências dessas mulheres, pode contribuir para um tratamento mais efetivo da questão, considerando o gênero e a saúde mental sob a luz dos aspectos sociais, culturais e políticos.

Parto da premissa básica de que gênero, sofrimento psíquico, cidadania e subjetividade são temas antropológica e sociologicamente relevantes, uma vez que não se esgotam apenas como fatos biológicos, mas abrangem dimensões que são construídas cultural, social, histórica e afetivamente. Significados estes construídos com base na experiência social, vivenciada na esfera micro política.

Assim, ao adotar um enfoque interdisciplinar, no lugar de uma abordagem disciplinar normatizadora, me inspiro no pluralismo das ciências sociais, que abrange as inúmeras dimensões citadas acima. Este olhar tem me permitido uma diversidade de entradas, no estudo das sociedades humanas, dentre as quais os estudos de gênero que têm sido construídos por várias áreas do conhecimento, cujas dimensões constituem fios estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. Sendo assim, os conceitos centrais de gênero, cidadania e subjetividade foram compreendidos à luz das contribuições de vários autores, que transitam por distintas áreas do conhecimento.

Considero, ainda, que minha própria história de vida profissional se deu em meio a vários campos de estudo, abrangendo disciplinas tanto das ciências da saúde quanto das humanas, tendo justamente como fio condutor o interesse pela saúde mental.

Isto me estimulou a buscar uma integração de alternativas teóricas, que servissem de ponto de cruzamento entre disciplinas distintas marcadas por lógicas diferentes, procurando, então, alcançar um equilíbrio entre visões construídas sob o alicerce das lógicas racional, instrumental ou subjetiva.

Nesta tese, analiso a situação de um SRT, que atende usuários egressos do IPQ, com o propósito de articular os conceitos de gênero, subjetividade, sofrimento psíquico e cidadania. Esta análise parte das seguintes hipóteses: primeiro, que o SRT funciona tanto como um novo espaço social para suas residentes – se compatibilizando assim, com as propostas de desinstitucionalização - quanto como dispositivo de controle e de poder. Segundo, embora este serviço representa um avanço em relação à situação anterior das residentes, desde quando sua criação e sobrevivência envolvem a conscientização e a luta pelos seus direitos civis e políticos, do ponto de vista do gênero, a dinâmica do seu funcionamento favorece a reprodução dos papéis femininos tradicionais. Terceiro, embora o foco central desse estudo seja o SRT feminino, logo a condição das residentes, parto da suposição de que podem ser observadas desigualdades de gênero, não apenas nas trajetórias das entrevistadas, mas na organização dos serviços femininos e masculinos.

## OBJETIVOS

### **Geral**

Esta tese tem por objetivo geral analisar as intersecções entre gênero, subjetividade, sofrimento psíquico e cidadania, de acordo com o ponto de vista das residentes destes serviços, partindo-se da compreensão de que os Serviços Residenciais Terapêuticos são produtos da Reforma Psiquiátrica,

### **Específicos**

- Contextualizar o SRT feminino, identificando o perfil sócio-econômico das suas residentes, buscando conhecer a rede de assistência, as políticas públicas relacionadas com gênero e saúde mental e as pesquisas sobre o assunto.
- Interpretar como as residentes vivenciaram na sua infância, adolescência e fase adulta, questões relacionadas ao gênero como, por exemplo: as relações familiares entre pais, irmãos e irmãs; as desigualdades de oportunidades e as

questões associadas à violência; as percepções sobre as relações de poder, no âmbito doméstico e no plano institucional, bem como sobre as relações afetivas com seus parceiros e amigos.

- Compreender como as residentes se vêem e se definem, como reconhecem a própria diversidade, assim como a própria visibilidade na vida cotidiana, e conhecer determinados aspectos da singularidade de cada uma e das relações grupais.

- Analisar a interferência do gênero no processo de resgate da cidadania das residentes, com o objetivo de conhecer em que medida elas constroem o acesso a estes direitos; identificar quais são os eventos mais significativos nas trajetórias pessoais e coletivas, os sentimentos, as expectativas, os desafios, as motivações e os conflitos relacionados ao exercício destes direitos;

- Realizar uma análise sócio-antropológica de determinadas questões concernentes à cidadania, explorar os significados: de habitar a casa, do trabalho, da rede de apoio social, da situação previdenciária, da interdição para os atos da vida civil, de como vivenciam as novas configurações familiares e como se dá o cuidado familiar no SRT; e conhecer a percepção das mesmas sobre sua condição social, abordar temas como direitos reprodutivos, afetividade, sexualidade e maternidade, corpo e aparência, sustento e administração da renda, lazer, consumo cultural, medicalização, poder contratual, envelhecimento e violência.

- Identificar as principais diferenças percebidas entre o SRT feminino e os SRTs masculinos, a fim de verificar em que medida as assimetrias de gênero estão sendo reproduzidas nestes serviços.

- Identificar quais são os projetos de vida das residentes, as possibilidades de sua realização e as dificuldades inerentes à sua concretização examinando o grau de ajuste entre os projetos propostos pelo SRT e os projetos pessoais das residentes.
  
- Verificar como se dão os itinerários terapêuticos e compreender quais são os campos de possibilidades que conduzem aos processos de subjetivação e de constituição de sujeitos generizados e quais os movimentos de resistência e rupturas que produzem singularizações ou identidade grupal e coletiva.
  
- Compreender como as residentes do SRT dão significado às suas vidas, quais foram as principais mudanças percebidas e como se deram os processos de rupturas e descontinuidades, com relação aos seus projetos de vida;
  
- Interpretar o significado do SRT para as residentes, compreender os sentidos da experiência cotidiana subjetiva e analisar em que medida as questões de gênero fundamentam estas histórias.

Com a finalidade de fundamentar esta pesquisa, respondendo aos objetivos propostos, o conteúdo desta tese encontra-se assim disposto:

No primeiro capítulo descrevo o percurso metodológico da pesquisa, o método utilizado, o modo como se deu minha inserção no campo, a forma de trabalho adotada, assim como as questões que foram exploradas nos roteiros das entrevistas e a maneira como analisei as questões referentes às assimetrias de gênero, no contexto dos SRTs. As impressões sobre as interlocutoras e interlocutores da tese também são abordadas neste capítulo, bem como o perfil sócio-econômico das residentes; a delimitação da pesquisa e as abordagens realizadas em campo. Neste momento, faço uma descrição dos SRTs desde a criação, a estrutura físico-funcional e o funcionamento, buscando contextualizar as narrativas. Na oportunidade, trato da rede de assistência em saúde mental no município de São José; abordo o que se preconiza em termos de políticas



públicas, programas governamentais e pesquisas relacionadas com gênero e saúde mental.

No segundo capítulo, busco reconstituir o lugar social designado à pessoa “louca” na cultura ocidental e sua implicação na clínica psiquiátrica, no decorrer da história. Na oportunidade, abordo o que se preconizava em termos de tratamento moral, até a transformação do modelo assistencial em saúde mental na atualidade, sinalizando as mudanças nos instrumentos e técnicas utilizados. Finalizo o primeiro item deste capítulo tratando do entendimento da loucura, na perspectiva preventivista, por ser uma das estratégias empregadas nos movimentos que contribuíram para a reformulação da assistência psiquiátrica e que teve forte influência no campo da saúde mental.

O segundo item deste capítulo é dedicado à noção de risco, como dispositivo do poder e a sua conversão enquanto dispositivo medicalizador. Nele reflito sobre a cultura de exclusão, a questão do estigma e do preconceito imputados à “doença mental”, assim como o próprio processo de estigmatização das mulheres consideradas “loucas”.

No terceiro item, ainda do segundo capítulo, utilizo as contribuições dos estudos de gênero, para pensar sobre o lugar social da mulher “louca” no campo da saúde mental. Neste momento, introduzo os conceitos e as contribuições dos estudos feministas e de gênero, para o presente estudo, destacando as tendências pós-estruturalistas para refletir sobre a cidadania e o comportamento feminino, que correspondem ao ideal de saúde mental na cultura ocidental da atualidade. Na oportunidade, trato das formas de subjetivação das mulheres “loucas”, assim como o processo de resistência a estas formas que conduziram à mudanças em suas vidas com a criação dos dispositivos comunitários, sinalizando, com isso, o potencial de metamorfose das residentes, que evidencia a passagem da condição social de pessoa sujeitada e institucionalizada para o de uma pessoa que luta por seus direitos de cidadã.

Em seguida, no quarto item trato de conceitos relacionados à idéia de unidade e fragmentação, projeto, metamorfose e campo de possibilidades direcionando a discussão para o âmbito dos SRTs. Finalizo este capítulo ao tratar da cidadania e da

saúde mental no Brasil, com a introdução da situação das mulheres ao discorrer sobre o tema.

No terceiro capítulo, busco recuperar a história da instituição psiquiátrica no Estado de Santa Catarina. Exploro determinados aspectos relacionados ao gênero e às terapêuticas empregadas, em seguida, discorro sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e o Movimento Antimanicomial no contexto da desinstitucionalização dando continuidade à evolução pela qual o campo da saúde mental perpassa ao longo da história. Ressalto algumas características da instituição psiquiátrica no país e do novo modelo de atenção comunitária no âmbito da rede de assistência em saúde mental. No terceiro capítulo, contextualizo o surgimento do SRT, em face das pressões que o Movimento da Luta Antimanicomial vem imprimindo na Reforma Psiquiátrica, sinalizando o que se preconiza em termos de filosofia de atendimento nestes serviços, aqui dimensionados como um projeto coletivo, no contexto da desinstitucionalização.

Dedico o quarto capítulo, à apresentação das moradoras do SRT, descrevendo as suas trajetórias de vida, o itinerário terapêutico e a percepção das mesmas sobre o processo saúde/doença. Na oportunidade, descrevo quem são as protagonistas que me inspiraram à realização desta tese, como elas se vêem e se autodenominam e como reconhecem a própria diversidade, assim como a própria visibilidade na vida cotidiana.

No quinto capítulo, trato da construção da cidadania através do gênero, como uma questão de saúde mental abordando o processo de luta pela garantia do lugar de residentes. Posteriormente, destaco alguns elementos que são considerados no contexto da reabilitação psicossocial. A família, a afetividade e a sexualidade, o corpo, aparência e auto-estima, a medicalização como forma de contenção, o envelhecimento, assim como lazer, cultura e participação política são tratados neste capítulo onde procuro introduzir os estudos de gênero para me auxiliar a fundamentar a discussão das questões propostas, no sentido de ampliar as possibilidades de entendimento sobre o tema.

No sexto capítulo intitulado “De Volta ao Mundo da Vida” busco dar continuidade à análise sócio-antropológica proposta, tratando do significado de habitar o SRT e os significados do trabalho para a vida das residentes, a sua situação civil e o resgate do poder contratual, para compreender o processo de metamorfose pelo qual

elas vêm passando. Neste momento, trato de questões relacionadas ao preconceito e à discriminação, em torno do gênero, como expressões de violência, assim como as assimetrias de gênero constatadas não apenas nas trajetórias das entrevistadas, mas na organização dos SRTs masculinos e no SRT feminino.

Nas considerações finais intitulada “O alcance e os limites do serviço e sua relação com gênero, subjetividade, cidadania e sofrimento psíquico” busco traçar algumas conclusões sobre os objetivos tratados nesta pesquisa, sem ter a pretensão de esgotar os argumentos sobre o assunto, sintetizando os avanços e os limites tanto dos SRTs, quanto das condições de moradoras, mostrando as tendências e os desafios.

## CAPITULO I

### 1 PERCURSO METODOLÓGICO: UNIVERSO, MÉTODO E ABORDAGEM

Este capítulo tem por objetivo descrever o percurso metodológico adotado nesta pesquisa.

Inicialmente, discorro sobre o método utilizado que possibilitou compreender determinados aspectos da vida das residentes, em contraste com a realidade social, e as técnicas empregadas para a apreensão dos significados analisados.

Em seguida, passo a descrever como se deu a minha inserção em campo e a estratégia de trabalho adotada.

Na oportunidade, esclareço o sentido de determinados termos que fundamentaram as narrativas coletadas, buscando uma compreensão mais aprofundada do universo de possibilidades significativas para as residentes, bem como sintetizo os procedimentos adotados para a apreensão das falas.

A seguir, sintetizo a história da criação dos SRTs no Estado e determinados aspectos relacionados ao seu funcionamento, bem como o processo de adaptação das (os) residentes ao SRT (destaque para o SRT feminino), procurando situar estes serviços na rede de assistência do Sistema Único de Saúde – SUS.

Neste momento, busco ampliar a contextualização do SRT feminino como um dispositivo de atenção à saúde da mulher. Para tanto, complemento as informações acima com alguns dados que servem de orientação sobre as políticas públicas, com as propostas, os programas governamentais e as contribuições de pesquisas relacionadas ao gênero, no contexto da saúde mental. Estas propostas e contribuições fazem parte do “campo de possibilidades”, ou seja, dos fundamentos teóricos desta tese a serem explorados nos próximos capítulos. Desta forma, além de todos os moradores dos SRTs participaram desta pesquisa seis profissionais que compõem a equipe terapêutica.

As impressões sobre as interlocutoras e interlocutores da Pesquisa também são abordadas neste capítulo, assim como a delimitação da pesquisa e abordagens realizadas em campo. As questões exploradas nos roteiros das entrevistas também estão contidas aqui, assim como as explicações sobre a forma como se deu a análise e a interpretação dos resultados.

## 1.1 O MÉTODO

A pesquisa de campo se fundamenta num enfoque qualitativo, por julgá-lo mais adequado à natureza desta tese, que tem como foco as falas e as interpretações dos sujeitos pesquisados.

A abordagem etnográfica me permitiu localizar os discursos e compreender como as residentes de um SRT dão significado às suas trajetórias e experiências de vida, pois a busca pelo significado das coisas parece ter um papel organizador nos seres humanos.

Estas “coisas” que para Turato (2005) representam fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias e sentimentos é que dão molde à vida das pessoas e passam a ser partilhadas culturalmente, organizando o grupo social em torno destas representações e simbolismos. O conhecimento destas representações e simbolismos auxilia a compreensão de como o sujeito vê, sente e pensa a realidade, a partir de seus componentes subjetivos.

Esta perspectiva metodológica me aproximou de uma compreensão da situação de vida das residentes, em constante relação com a realidade social, mediante ações que implicam em significados. E no quadro de interação e/ou transformação dos fatos, impulsionados pela dinâmica social, elas dão sentido às suas vivências e constroem suas representações do mundo a partir das próprias experiências.

Privilegiei, também nesta pesquisa, as narrativas e os conteúdos de falas manifestos, os pontos de vista, as experiências e as trajetórias de vida das residentes (e dos residentes), por entender que estes se constituem em importantes recursos para a apreensão dos significados dos atos e das formas de relação dessas pessoas, frente ao contexto sociocultural que compõe suas estruturas de vida. Cabe salientar que as transcrições das falas das interlocutoras e interlocutores estão destacadas entre aspas.

Seguindo os passos metodológicos, propostos nesta tese, procurei me aproximar com mais profundidade do conhecimento da realidade pretendida, que é o conhecimento das intersecções entre gênero, sofrimento psíquico, cidadania e subjetividade, de acordo com o ponto de vista de residentes de um determinado Serviço Residencial Terapêutico.

## 1.2 O CAMPO

A idéia de aplicar esta pesquisa no Residencial do Pomar foi motivada pelo fato deste ter sido o primeiro SRT a ser criado no Estado de Santa Catarina, destinado a mulheres. Este, quando da sua criação, constituiu-se em um projeto piloto que se tornou referência no que tange à assistência e à população de cuidados contínuos em saúde mental. Este fato serviu de primeira motivação, pois a escolha deste local facilitou a aproximação com a população de interesse.

A segunda motivação resultou da minha proximidade com as residentes deste serviço e com os membros da equipe técnica, facilitando o acesso ao campo.

Com a finalidade de atualizar os dados disponíveis na literatura sobre a criação, implementação e funcionamento do primeiro SRT em SC busquei a contribuição de duas profissionais, que compõem a equipe terapêutica do Serviço.

Cabe salientar que os dados relativos à estrutura física do SRT feminino serão objeto de atenção posterior no item intitulado: “Habitando a Casa, Habitando o Gênero”.

Na oportunidade, esclareço que para me referir aos chamados “problemas mentais” coloco em discussão diversos termos como: doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico, doença dos nervos, loucura e perturbações físico-morais, dentre outros, buscando uma aproximação com os termos utilizados pelas próprias residentes, que serão explorados oportunamente. Esta aproximação constitui um desafio metodológico a ser levado em consideração, pois busco um diálogo que permita transitar por significados advindos, por vezes, de áreas distintas do conhecimento.

### 1.3 A INSERÇÃO EM CAMPO E A ESTRATÉGIA DE TRABALHO ADOTADA

O trabalho de campo foi realizado em sua maior parte dentro do Serviço Residencial Terapêutico feminino, em encontros que duraram em média de duas a três horas por dia, entre duas e três vezes por semana, durante três meses.

A coleta de dados também se estendeu aos Serviços Residenciais Masculinos, para a Unidade de Gestão Participativa<sup>3</sup>, localizada no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, nas praças e mediações destes locais visitados, devido à permanência temporária de algumas das residentes nestes espaços, ou em virtude da necessidade de ampliar o conhecimento sobre o funcionamento destes serviços e as variações possíveis, assim como sobre as desigualdades de gênero.

As vinte entrevistas com as residentes e as seis entrevistas com a equipe técnica se deram, por vezes, em datas e horários previamente agendados, outras, no entanto, sem combinação prévia.

Tanto o dispositivo assistencial feminino, quanto os masculinos integram a rede de assistência em saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), criados a partir dos esforços do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), anteriormente denominado Hospital Colônia Santana (HCS).

Desta forma, os registros observacionais e discursivos foram trabalhados, para obter uma apreensão mais ampla desta realidade.

Busquei compreender as práticas culturais deste contexto, a partir das narrativas, pós tentei situá-las num panorama social mais amplo, com o estabelecimento das relações entre os fenômenos específicos desta determinada visão de mundo, sob a perspectiva das residentes do Serviço. Neste sentido, visei entender de que forma elas dão significado à sua trajetória e experiências, como forma de constituir um olhar distanciado em relação ao tema.

---

<sup>3</sup> UGP= Unidade de Gestão Participativa é uma unidade do Centro de Convivência Santana – CCS destinada a abrigar mulheres internas em condição asilar que possuem internação prolongada, mas com possibilidade de auto-determinação. Esta Unidade com 20 vagas é indicada para pacientes internas agudas e subagudas que estejam com o quadro psiquiátrico compensado, embora pouco produtivo, e com remota possibilidade de alta, não oferecendo risco evidente de fuga. Tem por objetivo o resgate das habilidades sociais e da cidadania, assim como a melhoria da qualidade de vida, visando o retorno gradativo das mesmas ao convívio sócio-familiar (Projeto Terapêutico da Unidade de Gestão Participativa (2002).

Neste panorama social mais amplo, procurei acrescentar a colaboração de pessoas que, através das suas informações, pudessem contribuir para a contextualização do SRT, ou que de alguma forma tivessem uma relação muito próxima com as residentes, Sendo assim, na visão das mesmas, o conhecimento sobre essas pessoas poderia se constituir num material de grande validade, contribuindo por elucidar as questões do estudo. Desta forma, incorporei a fala de seis profissionais que pertencem à equipe técnica e que preferiram não ser identificados (nem em relação às categorias profissionais haja vista o número reduzido de profissionais poder dificultar o anonimato dos entrevistados) e a fala de residentes dos SRTs masculinos, buscando ampliar meu olhar para além do espaço físico-estrutural do Serviço.

Com relação à apresentação das Residentes, volto minha atenção para o seu perfil sócio-econômico que será tratado a seguir.

#### 1.4 PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS RESIDENTES

Constatedei, com relação à faixa etária das residentes, que a idade das mesmas, à época da entrevista, variava entre 43 e 71 anos, sendo que somente uma delas se encontra na faixa etária considerada adulta e todas as demais já são idosas.

Com exceção de uma das residentes, que nasceu no Paraná, todas as outras mulheres são provenientes do interior de Santa Catarina, muitas vindas da zona rural.

Todas são brancas, solteiras e de baixo nível sócio-econômico. Somente uma das residentes frequentou o ensino do primeiro grau, mas não conseguiu completá-lo. As demais são analfabetas e atribuem o fato da interrupção dos estudos ao aparecimento do problema dos nervos. Outras sequer tiveram a oportunidade de estudar. Criadas por estranhos, cujo nível de instrução era extremamente baixo, nunca chegaram a frequentar a escola.

“Quando eu fiquei doente fui internada e não pude mais estudar (Lírio). Eu dava ataque, dava crise, eu não podia estudar (Violeta)”.

“Eu nunca estudei. Não tinha família, nem nada. Era tudo muito pobre e depois logo eu vim para o hospital (Margarida)”.



As residentes tiveram somente a oportunidade de participar de alguns cursos profissionalizantes, dentre os quais: panificação, corte e costura e de horticultura, realizados com a parceria da Secretaria de Estado da Saúde (SES), com o Sistema Nacional de Empregos do Ministério do Trabalho (SINE) e a Fundação de Ensino Técnico de Santa Catarina (FETESC).

Os cursos foram desenvolvidos no Centro de Convivência Santana, destinado à qualificação e (re)qualificação profissional, tanto para pacientes quanto para funcionários, além de reuniões educativas sobre algum assunto de interesse, durante a internação, ou já na condição de moradoras.

As residentes que se referiram às famílias disseram que além de serem muito pobres eram provenientes do interior de Santa Catarina, do meio rural. Os pais trabalhavam na lavoura e as mães trabalhavam com serviços domésticos, além da lida na agricultura.

Outro dado que pode ser considerado comum a todas as residentes é o fato de serem devotas da religião católica, sendo que somente duas delas, atualmente, se consideram praticantes e a outra está afastada das cerimônias religiosas por dificuldade de se locomover até a Igreja, pois a mesma está situada no alto de um morro, cujo acesso não é fácil.

Com relação à maternidade, três das residentes engravidaram, sendo duas delas antes da internação psiquiátrica, e uma durante o período da hospitalização. Os filhos foram encaminhados para adoção, por familiares ou por desconhecidos.

Com base no relato das residentes, a manifestação dos sintomas advindos do problema dos nervos se deu por volta da infância e da adolescência.

Com o aparecimento dos primeiros sintomas foram internadas por imposição de terceiros, sendo algumas encaminhadas por familiares, outras trazidas ao Hospital Colônia Santana, pela Prefeitura do local em que viviam, uma vez que perambulavam pelas ruas da cidade na condição de moradoras de rua.

Problemas de desemprego, carência de recursos financeiros, dificuldades em controlarem os sintomas da doença e compreenderem o que estava acontecendo com sua saúde exemplificam as dificuldades que estas mulheres encontravam no decorrer

da vida pessoal, contribuindo para o abandono das mesmas por familiares, por patrões, ou mesmo pela comunidade na qual pertenciam, assim que afloraram os problemas dos nervos.

A cultura de atenção à saúde mental, na época em que foram internadas, ainda era fortemente hospitalocêntrica, até porque não havia sido criado no Brasil, pelo menos oficialmente, qualquer outro tipo de serviço, como Centros de Atenção Social, Programas de Saúde Mental da Rede Básica, ou leitos de psiquiatria em Unidades Hospitalares Gerais. A internação em Hospitais Especializados em Psiquiatria era o único recurso oferecido. Além do mais, a dificuldade de comprar remédios para tratar a doença, bem como outros problemas de ordem sócio-econômica e cultural, contribuíram para dar início à carreira de longas internações em hospital psiquiátrico, cominando com a ruptura dos laços sociais de outrora destas mulheres.

Estas mulheres permaneceram desta forma, anos de suas vidas, confinadas em uma instituição psiquiátrica até que fosse criado o SRT para abrigá-las.

Após uma apresentação do perfil sócio-econômico das residentes, passo a descrever alguns termos que são fundamentais para o entendimento das questões de pesquisa, como a própria noção de significado aqui empregado.

Ao adotar a noção de significado de Geertz (1978) não me restringi a uma descrição pura e simples desta realidade, ou a uma interpretação que as pessoas elaboram acerca dela, mas busquei articular atos, fatos, falas e interpretações para formar um modelo que desse sentido a essa realidade, na maioria das vezes inacessível aos indivíduos.

A noção de “campo de possibilidades”, “projeto” e “metamorfose”, permitiu uma compreensão aprofundada do universo de possibilidades significativas, para as mulheres pesquisadas.

Já a reconstituição das suas trajetórias pessoais, me permitiu interpretar as mudanças ocorridas na vida das residentes no âmbito do SRT.

As narrativas coletadas foram elaboradas a partir das trajetórias individuais, realizadas num campo de possibilidades. Os itinerários terapêuticos me permitiram estudar os percursos pessoais, a partir da experiência da doença e da busca de cura,

cuja vivência terapêutica e espiritual se transforma num modo de ser, num estilo, num projeto de vida. Itinerários estes que não falam apenas de um indivíduo, mas mostram uma dimensão coletiva da experiência (MALUF, 2003). Para tanto, levei em conta a dimensão social do sofrimento psíquico.

A narrativa para Silveira (2000) é um recurso metodológico valioso e apropriado ao estudo do nervoso, pois possibilita reconstruir a experiência individual da aflição que não se dá apenas por associação entre signos e sinais da doença, mas segundo modelos culturais internalizados. Ao narrar seu sofrimento, o indivíduo transforma-se em personagem, fala por meio de outros autorizados, defende argumentos, negocia responsabilidades e define identidade.

Na visão de Coutinho (2006) a narrativa oral tem se mostrado especialmente importante nos estudos de gênero, pois ao dar voz às mulheres permite-se que falem sobre experiências, situação no mundo e assumam a autoria sobre suas vozes e vida.

O estabelecimento de um diálogo em campo não se constituiu neste universo uma tarefa tão simples, haja vista as características desta população que em última análise não está acostumada a falar sobre temas tão profundamente ligados com seus sentimentos e histórias de vida. Pessoas estas medicadas e institucionalizadas por muito tempo e que devido às agruras da vida costumam se preservar de situações, que consideram constrangedoras e que possam colocar em risco a própria condição que tanto almejavam – a de moradoras desse serviço alternativo.

Ao trabalhar com gênero, é preciso que fique claro que o meu maior interesse é pesquisar as mulheres residentes do SRT. Para tanto, utilizei abordagem semelhante à empregada por Minella (2005, p. 12, apud Scott et al. 1990), ou seja: “primeiro que falar em relações de gênero não se limita a falar apenas sobre mulheres (mesmo nos casos que destacam a problemática feminina); segundo, que as relações de gênero são construídas no plano sociocultural; terceiro, que o corpo é uma resultante da cultura, tornando-se a superfície sobre a qual são construídas várias representações, que reproduzem no cotidiano as desigualdades, ao ponto que se pode dizer que este cotidiano é sexuado; quarto que analisar relações de gênero significa perscrutar as relações de poder entre os diferentes sexos”.

Nesta pesquisa, não tive a intenção de fazer uma análise comparativa entre as falas, aplicando o mesmo roteiro, tanto para mulheres quanto para os homens, pois em minha visão, que se fundamenta nas teorias pós-estruturalistas, reconheço que homens e mulheres têm experiências diferentes e que devem ser tratados não como iguais, mas sim como equivalentes.

Com base no depoimento de algumas residentes e profissionais, que sinalizaram determinadas diferenças existentes entre os SRT feminino e os masculinos, apontando para a existência de assimetrias de gênero e devido à própria insistência de alguns moradores do Residencial Antúrio e Atena de se fazerem conhecer (logo que foram informados pelas residentes sobre a pesquisa que estava acontecendo) é que ampliei o universo da pesquisa para além do SRT feminino.

Ao me reportar às questões relacionadas ao tratamento, considerei a proposição antropológica e sociológica de que os itinerários terapêuticos envolvem um uso múltiplo e simultâneo de vários recursos disponíveis na sociedade.

Para dar conta do percurso metodológico realizei por etapas os seguintes procedimentos:

- contato com a direção geral e técnica do Instituto de Psiquiatria -IPQ;
- contato com a equipe técnica e administrativa dos SRTs feminino e masculinos;
- contato com o Comitê de Ética do IPQ, encaminhamento do Projeto de Pesquisa e do Parecer Favorável do referido comitê para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com o objetivo de dar cumprimento aos termos das Resoluções n. °s 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito ao sigilo, anonimato, consentimento livre e esclarecido, assim como liberdade de desistir da participação a qualquer momento do estudo;
- após aprovação nos respectivos comitês de ética, contato com a pessoa responsável pela curatela de algumas moradoras do SRT feminino, com vistas a solicitar a participação das mesmas na pesquisa, após a decisão das mesmas em participar da pesquisa;

- levantamento bibliográfico sobre o tema;
- levantamento de documentos sobre o tema (políticas públicas, planos, programas de saúde pública, programas terapêuticos individuais e coletivos, prontuários, relatórios);
- elaboração do roteiro de entrevista;
- realização de pesquisa de campo, entrevistando moradoras do SRT feminino e profissionais da equipe técnica;
- solicitação de entrada nos Serviços Residenciais Masculinos e participação em reuniões para conhecer os serviços, seus moradores, e observação da relação dos mesmos com as residentes do SRT feminino;
- visitas e entrevistas com os residentes dos SRTs;
- participação em audiências públicas e reuniões sobre temas afins (ex.: Avaliação da Rede de Saúde Mental no Município de São José - SC; Oficina sobre Instituições de Longa Permanência para Idosos, no Ministério da Saúde);
- análise do material de campo;
- organização do plano de tese, com base no material de campo colhido;
- interpretação e análise dos resultados;
- considerações finais.

#### 1.5. IMPRESSÕES SOBRE AS INTERLOCUTORAS E INTERLOCUTORES DA PESQUISA

A iniciativa gentil da equipe técnica, em conversar com os residentes sobre a pesquisa e pedir a participação deles foi muito importante para a aproximação com os mesmos facilitando muito a entrada no campo. Nesse primeiro contato, combinamos detalhes sobre as entrevistas e esclarecemos algumas dúvidas sobre a pesquisa.

Na data em que me reuni com os residentes esclareci sobre os aspectos da pesquisa, de forma mais aprofundada e abri espaço para resolver dúvidas, fazer

perguntas ou outras observações pertinentes. Essa prévia era feita individualmente ou em grupo, conforme a dinâmica estabelecida na própria ocasião.

Todos os residentes e os profissionais entrevistados demonstraram boa vontade e carinho para participarem da pesquisa e, principalmente, disposição para se re-aproximarem de mim.

Tendo trabalhado aproximadamente vinte anos no Instituto de Psiquiatria, como professora de educação física, sendo muitas destas residentes minhas alunas, fui recebida e identificada por elas a todo o momento como “a minha professora querida”, reafirmando a riqueza dos laços afetivos ainda presentes.

As residentes deixaram evidenciada a preocupação em participarem da pesquisa, embora em graus diferenciados, a qual só se desfez no decorrer do processo das entrevistas. O entendimento se fez quando verificaram que se tratava de uma conversa mais aprofundada sobre experiências de vidas, e que estariam livres para falarem sobre o que julgassem importante e, sobretudo, em um espaço livre de constrangimentos, muitas vezes, em sigilo.

Nas primeiras entrevistas fiquei preocupada com a qualidade da abordagem junto às residentes, no sentido de permitir, num ambiente tão familiarizado, o estranhamento necessário e um manejo adequado que possibilitasse às moradoras se expressarem, sem que a aproximação afetiva entre pesquisadora/moradora servisse de barreira para ocultar alguma informação que julgassem importante.

Ao contrário, a relação aproximada entre as partes permitiu um clima espontâneo e de cumplicidade no direcionamento de uma conduta ética em prol de um bem estar entre as partes. Aliás, trabalhar com sentimentos não é tarefa bizarra, quando se trata de estudos de gênero. Desta forma, foi possível observar que na medida em que me tornei uma pessoa mais presente na Casa, mais aguçava o olhar daqueles que aparentemente estavam ávidos por partilharem comigo os detalhes de vidas, muitas vezes, esquecidas por não terem a oportunidade de reviver e compartilhar fragmentos de tantos anos.

A mesma impressão positiva de ter sido bem acolhida pelas residentes, pude sentir com relação à equipe técnica tanto do SRT feminino quanto dos masculinos,

assim como os próprios moradores dos serviços masculinos. As entrevistas, as visitas aos SRTs e os grupos dos quais participei não só me propiciaram a oportunidade de ampliar os conhecimentos sobre o tema como, também, me proporcionaram momentos de intensa emoção ao reviver com muita alegria e, às vezes com nostalgia, as lembranças de momentos prazerosos de uma vida profissional compartilhada. Também deixo clara a percepção que tive sobre a qualidade e a eficácia deste tipo de dispositivo assistencial, haja vista poder sentir de perto o impacto que a sua criação imprimiu na vida dos residentes.

Outro fato que merece atenção é a dificuldade que percebi das residentes falarem do seu passado, tanto no período anterior ao da internação quanto no período da hospitalização. Várias vezes elas romperam a continuidade temporal do fato narrado, expressando que a condição de moradora importava mais do que a de paciente. A antiga posição social que as identificava parecia trazer consigo a dor de lembranças amargas e o medo de retornarem àquele status de outrora, que não as representam mais.

Após partilhar as impressões do meu acolhimento em campo dou continuidade ao percurso metodológico adotado com relação à delimitação, técnicas empregadas e abordagens utilizadas em campo.

#### 1.6. DELIMITAÇÃO DA PESQUISA, TÉCNICAS EMPREGADAS E ABORDAGENS EM CAMPO

Delimitei o interesse desta pesquisa ao tempo que compreende às fases relacionadas ao período anterior à hospitalização, ao período de hospitalização e às relativas à condição de moradores de um SRT, por acreditar que todas são igualmente importantes para elucidar as questões de interesse desta tese.

Empreguei nesta pesquisa qualitativa as seguintes técnicas: observação participante, análise documental, coleta de narrativas e elaboração de histórias de vida de moradoras integrantes do primeiro SRT de Santa Catarina, participação em grupos terapêuticos e visitas a todos os SRT em Santa Catarina.

Com relação à abordagem em campo, de um modo geral, o contato com as moradoras do SRT se desenvolveu em etapas. No primeiro momento, a residente foi

convidada a falar sobre a seguinte questão, com a finalidade de estimular uma narrativa sobre sua história de vida: “por que você veio morar no SRT?” Outras vezes quem ditava a frase que desencadeava a narrativa era a própria moradora, cabendo à pesquisadora em determinados momentos a atribuição de somente registrar as impressões partilhadas. No segundo momento, desenvolveu-se uma narrativa motivada por algumas questões previamente definidas ou não, que serviram de complemento para estimular assuntos que por ventura não tivessem emergido daquele primeiro contato.

A observação participante também foi empregada nesta pesquisa, junto com entrevistas informais, onde busquei no *setting* natural (seja dentro da própria residência ou durante as atividades de lazer, de trabalho) obter o máximo de profundidade sobre o ponto de vista das residentes do SRT feminino, em situações específicas da vida cotidiana das mesmas. Neste momento, puderam falar sobre os tópicos almejados e sobre questões introduzidas por elas durante os encontros. As entrevistas não-dirigidas permitiram explorar algumas questões que, por ventura, não apareceram em etapas anteriores da pesquisa.

Cabe salientar que, as entrevistas foram mais direcionadas às mulheres em função dos objetivos da pesquisa restando um tratamento diferenciado para os moradores dos SRTs, uma vez que o contato com os mesmos serviu para contextualizar a fala das residentes, enquanto que as visitas e o conhecimento das Residências masculinas serviram para fornecer alguns elementos de comparação, os quais merecem atenção posterior a este trabalho.

As diversas entrevistas foram conduzidas de forma flexível, de modo a motivar um discurso respeitando o princípio da livre associação de idéias. Pontos já abordados pelas entrevistadas foram retomados, por conta da vontade e da necessidade das interlocutoras, e os sinais de cansaço também foram respeitados na medida em que sinalizavam a hora final do encontro.

Com os residentes o contato se fez, na maioria das vezes, de maneira mais informal, excetuando as reuniões terapêuticas das quais participei mais formalmente. Dois contatos realizados com moradores do Residencial Atena aconteceram durante visitas realizadas por eles ao SRT feminino, onde costumam tomar um cafezinho e



“jogar conversa fora”. Na oportunidade, nos apresentamos e acabamos conversando por mais de uma hora. Daí me convidaram a conhecer a casa deles e aproveitaram a oportunidade de falar sobre as diferenças existentes entre o Residencial Atena e o Residencial Antúrio.

As histórias de vida ofereceram valiosas informações, que permitiram analisar as trajetórias pessoais das residentes dos SRT, buscando cobrir um período mais longo do percurso histórico de suas vidas, a fim de que pudesse conhecer de maneira mais aprofundada os fatos importantes ou peculiares, que estas mulheres vivenciaram ou experimentaram. Os roteiros foram propostos da mesma maneira a todas as entrevistadas, embora cada uma tomasse um rumo diferente, no que tange à valorização de determinado assunto, de acordo com a sua trajetória de vida. O modo como foram expressas as perguntas variaram, obviamente, de acordo com características pessoais de cada informante. O acompanhamento das variações do campo foi estimulado com o cuidado para que o tom da conversa não se distanciasse dos objetivos propostos na pesquisa. Aliás, o distanciamento e o retorno à idéia principal se constituíram num dos maiores desafios desses diálogos.

Através da história de vida, foi possível conhecer as experiências de vida das residentes dos SRT, crenças, mitos e tradições, perspectivas, significados e valores, bem como conhecer a imagem que atribuem a si mesmas e aos aspectos relacionados à cidadania. Isto favoreceu um melhor entendimento da história e trajetória destas mulheres, facilitando a apreensão da seqüência de eventos (tão importante quanto os próprios eventos), identificando processos, categorias, juízos e argumentos, através das quais eles foram tecidos para dar lógica ao relato das experiências de vida. Essas biografias revelam o significado da própria história da convivência com o sofrimento psíquico e o impacto das transformações ocorridas na vida destas mulheres, relacionadas ao processo de metamorfose estimulado pela Reforma Psiquiátrica no Estado de Santa Catarina. A base de investigação, na dimensão da história de vida, foi feita segundo os critérios de continuidade (temporal), causalidade (significativa) e coerência (unidade e plausibilidade).

Contribuindo com as demais técnicas de coleta utilizadas, a pesquisa documental realizou-se através da análise de documentos oficiais (leis, regulamentos),

personais (prontuários, programas terapêuticos), e públicos (relatórios oficiais), sendo complementada com entrevistas não estruturadas, com membros da equipe técnica, que serviram para contextualizar o SRT. Através destes documentos e do depoimento das residentes foi possível coletar dados sobre o perfil sócio-econômico e outras informações de interesse sobre elas, tais como: religião, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, trabalho remunerado e não remunerado, profissão, situação com a previdência social, procedência, local de nascimento e de criação, diagnóstico psiquiátrico, grau de dependência, renda mensal, estado civil, hábitos culturais e de lazer e situação familiar dentre outras.

Todas as informações obtidas foram registradas em diários de campo, algumas entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, outras a pedido das entrevistadas foram apenas registradas. Além das enunciações das palavras, e de uma observação minuciosa das informantes e do ambiente, tomo como objeto de interesse o registro do volume, intensidade, tom, duração e ritmo da fala, com a finalidade de registrar os múltiplos elementos não verbais das informantes, além: da apresentação pessoal, do comportamento, das mudanças na postura corporal, das gesticulações, da mímica facial, do riso, do sorriso, do choro, e de muitos outros. O silêncio durante as entrevistas foi igualmente respeitado (e sinalizado), permitindo que as residentes pudessem refletir sobre o que estavam dizendo, sentindo ou pensando.

Cabe ressaltar que, a realização deste estudo respeitou os princípios estabelecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com o objetivo de dar cumprimento aos termos das Resoluções n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito ao sigilo, anonimato, consentimento livre e esclarecido, assim como liberdade de desistir da participação a qualquer momento do estudo. Para tanto, a minha entrada em campo foi precedida de uma apresentação detalhada do projeto, para apreciação de uma banca no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina passou, em seguida, pela aprovação no Conselho de Pesquisa com Seres Humanos, e aprovação do Conselho de Ética do Centro de Convivência Santa'Ana, na qual está vinculada à equipe terapêutica do Serviço Residencial Terapêutico, além da própria aprovação por parte da representante do

Ministério Público Estadual, responsável pelas (os) residentes interditadas (os). Os termos de consentimento informado encontram-se anexos (Anexos A e B).

Questões Exploradas nos Roteiros das Entrevistas com relação ao gênero:

- relações de gênero, que vivenciaram na infância, juventude e fase adulta questões relacionadas ao gênero como, por exemplo: as relações familiares entre pais, irmãos e irmãs; desigualdades acentuadas de assimetrias de oportunidades e questões associadas à violência; como as residentes percebem as relações de poder no âmbito doméstico e no plano institucional; como se dão as relações afetivas com seus parceiros e amigos; como vivenciam as novas configurações familiares e como se dá o cuidado familiar no SRT;
- percepção das residentes sobre sua condição social, abordando temas como direitos reprodutivos, sexualidade e maternidade, corpo e aparência;
- questões relacionadas ao gênero e à autonomia (como elaboraram formas de resistência, realizaram rupturas, inovações, atos de ousadia remodelando seu cotidiano), sustento e administração da renda, lazer e consumo cultural, hábitos do cotidiano e trabalho.

Com relação à cidadania:

- como se deu o processo de empoderamento das residentes;
- percepção sobre a condição de vida, no que diz respeito ao direito de ir e vir, direito à palavra, ao pensamento, à liberdade religiosa, e questões relacionadas à tutela e à autonomia de uma forma geral;
- percepção sobre questões relacionadas à educação, saúde, trabalho, moradia, previdência social, lazer, segurança, maternidade e outras necessidades próprias às peculiaridades relacionadas ao gênero neste universo;
- direito de se fazer ouvir nas decisões que permeiam suas vivências cotidianas; participação política no âmbito doméstico e comunitário e nas decisões relacionadas ao itinerário terapêutico.

Com relação à subjetividade:

- percepção sobre a compreensão do próprio eu;
- potencialidades para a construção e o reconhecimento da própria diversidade;
- percepção da visibilidade na vida cotidiana;
- movimentos de resistência e rupturas, que produzem singularizações ou identidade grupal/coletiva;
- rupturas e descontinuidades, com relação aos projetos de vida.

Com relação ao itinerário terapêutico:

- como é vista a experiência da hospitalização;
- percepção sobre o seu processo de desinstitucionalização;
- percepção sobre como vivenciaram o processo de transição para o SRT;
- situações de rupturas e de conversão, utilizada neste trabalho como metamorfose.

Depois de analisadas e resumidas, as informações obtidas nas diversas técnicas foram reunidas e categorizadas com base nas questões mencionadas acima, com o intuito serem comparadas e processadas.

## 1.7. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise da intersecção entre os diferentes objetivos desta pesquisa deu-se através:

- da articulação entre os conceitos básicos desta pesquisa: gênero, cidadania, subjetividade e sofrimento psíquico;
- do conhecimento de quais são os símbolos culturalmente disponíveis, que evocam representações simbólicas em torno do gênero, sofrimento psíquico, cidadania e produção de subjetividades;
- da investigação de quais são os conceitos normativos;

- da identificação das políticas públicas, instituições e organizações sociais, que contribuem com regimes e modos de produção de subjetividades e com o exercício da cidadania;
- da reflexão sobre o significado dos eventos de vida, as relações entre sujeitos e grupos, analisando conflitos, disputas e jogos de poder, historicamente implicados e vivenciados nesses processos, propondo uma análise das questões de estudo com outras marcas sociais como classe, raça, etnia ou outro processo social advindo das possíveis associações existentes.

A análise dos dados do perfil sócio-econômico das residentes do SRT feminino foi feita com base nos indicadores de interesse (gênero, cidadania, subjetividade, sofrimento psíquico e itinerário terapêutico), tentando agrupar as respostas segundo as variáveis levantadas.

A confrontação dos significados que as residentes atribuem às suas experiências de vida, com os dados da literatura, documentos analisados e as entrevistas realizadas com a equipe técnica, forneceram subsídios para entender a formação histórica do SRT, como uma estratégia de triangulação teórica, haja vista a escassez da literatura.

No que tange às histórias de vida, entrevistas participantes e semi-diretivas utilizei a análise do discurso (Iñiguez, 2004), por ser compatível com esta abordagem de pesquisa. Ao trabalhar com a análise do discurso procurei fazer uma leitura do que foi dito, enfocando a posição discursiva dos interlocutores. A análise do discurso foi feita com base nas narrativas e na escuta das falas.

A análise do discurso serviu como base para o estudo deste universo simbólico, que difere de sociedade para sociedade e forma uma estrutura sólida para a produção de representações sociais e para a construção social da realidade, por meio de atribuições de significados. Partindo do pressuposto de que o indivíduo, para manter-se em sociedade necessita de um instrumento-base, que é a linguagem, faz-se necessária a apreensão dos sistemas de sinais, possibilitando a sua atuação - a interação social.

A interpretação das falas, por meio da análise de discurso, envolveu uma teia de significados que interliga a realidade das residentes com as diversas formas de comunicação produzidas pela sociedade. Por meio da análise da fala foi possível ultrapassar o cerco das palavras e encontrar os sentidos das representações sociais. Ela me possibilitou, ainda, a descrição e o conhecimento da dimensão representativa, ou seja, estruturação dos signos, dos objetos, dos processos, ou fenômenos, inter-relacionados à formação e apreensão do conhecimento humano e, conseqüentemente, à construção social desta realidade.

Inicialmente, considero que o mundo da vida cotidiana no SRT não é somente tomado como uma realidade concreta pelas residentes, na conduta subjetivamente dotada de sentido, que caracteriza suas vidas, mas é também um mundo que se origina do ato das residentes se comunicarem por meio da fala, demonstrando seu pensamento e afirmando-o em suas ações como reais. Logo, o fundamento de apreensão do conhecimento na vida cotidiana deste dispositivo de saúde mental designa objetivações de processos e significações subjetivas, graças às quais elas constroem a realidade social.

Entendo, ainda, que a aquisição de conhecimento na vida diária de cada membro da sociedade estrutura-se em termos de conveniências. Os seus interesses e os grupos em que o agente social interage permitem um cruzamento entre as diversas conveniências - o que, conseqüentemente, favorece a diversificação de significados e uma pluralidade de conhecimento.

Contudo, o conhecimento é socialmente distribuído e diferentemente apropriado por diversos indivíduos e tipos de indivíduos. Isso contribui para a ampliação dos sistemas de signos e suas múltiplas representações, com seus significados culturais e sociais.

Desta forma, a análise de discurso permitiu a tradução das experiências que, ligadas à vida diária do SRT e às diversas relações sociais ordenadas e organizadas, como principal instrumento de comunicação entre as pessoas, sem com isto deixar de considerar outras impressões além da linguagem.

A linguagem, como instrumento de comunicação entre os atores sociais, intensifica a interação social e, de certa forma, dispõe - para a objetivação das

experiências vivenciadas pelos indivíduos - uma sedimentação de conhecimento que é, em todos os instantes, interpretado de acordo com tais experiências, extraindo diferentes significações. Desse modo, a escuta das falas foi decisiva para que eu pudesse interpretar e dar sentido às objetivações apresentadas - de acordo com as experiências vivenciadas.

Sendo estes universos simbólicos produtos históricos da atividade humana, eles são construídos segundo uma cultura e podem vir a ser modificados através de ações dos seres humanos, delimitados num campo de possibilidade. Isto se deve à realidade social e culturalmente definida por sistemas de sinais e seus respectivos significados.

A própria formação da identidade social se processa a partir das representações sociais e pode ser considerada como um produto derivado da dialética, entre as residentes e a sociedade na qual vivem.

Após descrever o percurso metodológico adotado abordarei, no capítulo seguinte, os conceitos de gênero, cidadania e saúde mental, introduzindo a noção de risco, projeto, metamorfose e campo de possibilidades para fundamentar a pesquisa.

## CAPITULO II

### 2 GÊNERO, CIDADANIA E SAÚDE MENTAL: A QUESTÃO DO RISCO

A estruturação deste capítulo se baseia na noção de que é fundamental buscar na literatura subsídios que auxiliem a pensar sobre a condição social da “mulher louca”, nos diversos períodos da história, buscando uma interlocução entre gênero, subjetividade e cidadania no campo da saúde mental.

Neste momento, introduzo a história da loucura como marco inicial da compreensão do meu pensamento, utilizando a noção de risco como dispositivo de controle de poder; além de abordar a noção de projeto, metamorfose e campo de possibilidades como elementos importantes para a compreensão das transformações, ocorridas na vida das residentes de um SRT, em face das mudanças advindas do processo da desinstitucionalização. Este processo, por sua vez, voltará a ser explorado no terceiro capítulo, quando abordarei a finalidade do Serviço Residencial Terapêutico.

Em seguida, busco introduzir a questão da cidadania e a saúde mental no Brasil, traçando um paralelo entre a relação da sociedade com a loucura e o significado desta relação, que varia ao longo do tempo e da história, para posteriormente discorrer sobre a compreensão do que é ser cidadã no Brasil, relatando algumas transformações sofridas, nas últimas décadas, com relação às condições sociais que as mulheres ocupam na ordem mundial.

#### 2.1 A LOUCURA NA HISTÓRIA

Ao trabalhar com gênero num Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental torna-se fundamental recorrer à história da loucura na cultura ocidental, reconstituindo o lugar social designado ao louco e sua implicação na clínica psiquiátrica no decorrer da história. Trata-se de percorrer os vários períodos em que as noções sobre a loucura representavam a visão predominante, definindo, com isto, a forma de lidar com a mesma.



Sendo assim, inicio este capítulo com uma breve leitura de alguns pontos levantados por determinados autores aqui eleitos, por considerar que são relevantes para a discussão que me propus a realizar (FOUCAULT 1983, 1999; AMARANTE, 1995; CASTEL, 1991; DESVIAT, 1999).

Ao apontar para a loucura em sua experiência trágica<sup>4</sup>, Foucault no livro *A História da Loucura na Idade Clássica* descreve o louco, no século XVI como o portador da verdade e das revelações divinas, caracterizando-o como interlocutor das forças da natureza. Ao ser considerado um profeta, o louco era respeitado e, portanto, não perseguido. A loucura nesta época não era inserida no universo do patológico e o seu destino era nômade.

De acordo com várias fontes históricas consultadas pelo autor, na Idade Média, nas cidades europeias, os loucos eram colocados, pelo poder local, em grandes barcos para serem levados pelos marinheiros a outros portos. Esta conduta sinalizava a necessidade de exclusão do louco, que passava a ser considerado indesejado nos apontando, com isso, para a transição que se operava no lugar social ocupado pela loucura. Os loucos originários da província eram poupados, enquanto muitos viajavam a lugares sagrados, com o objetivo de obter a cura de suas tormentas. Neste momento, não havia uma noção de loucura associada à doença, mas sim vinculada à noção de tormenta da alma, mazelas do espírito. Restava, então, afastar do convívio social aquele julgado diferente.

A representação trágica da loucura se transformou a partir da segunda metade do século XVII, definido agora por Foucault (1999), como época de uma consciência crítica. Neste período a loucura parecia ser mais tolerada, mas, anos mais tarde restava o louco o aprisionamento e a internação.

Com a inauguração dos hospitais gerais, que aparentemente tinham como objetivo inicial o acolhimento dos pobres, inicia-se a internação dos loucos, embora ainda não houvesse condutas terapêuticas embasadas em parâmetros médico-científicos. Com relação aos loucos internados, assimilando o ponto de vista de Michel Foucault, Amarante (1995, p.24) destaca que “a fronteira se estabelece a partir da

---

<sup>4</sup> Segundo Amarante (1995:24), “a visão trágica permite que a loucura, inscrita no universo da diferença simbólica, adquira um lugar social reconhecido no universo da verdade”.

razão ou não-razão sem a adoção de critérios patológicos”. Como bem descreve Machado (1998) a designação de alguém como louco e sua conseqüente exclusão da sociedade não dependem de uma ciência médica, mas sim de uma percepção do indivíduo como ser social, a partir de critérios que não dizem respeito à medicina, mas às leis da razão e da moralidade.

Junto aos loucos se internavam as prostitutas, desempregados, deficientes ou todos aqueles incapacitados de tomar parte do mundo da produção, circulação e acumulação de riquezas (MACHADO, 1998).

A cumplicidade entre o poder real e a burguesia organizava os hospitais, mas não é possível esquecer da Igreja, como bem lembra Foucault (1999, p.51), pois da mesma forma, ela contribuiu para a transformação das instituições, criando congregações cujo objetivo era desempenhar funções semelhantes aos hospitais gerais. A determinação da internação realizava-se através das cartas régias, ordens judiciais e pedidos familiares. Os administradores hospitalares possuíam cargos vitalícios, com amplos poderes para definir, entre os residentes da cidade, quem deveria ou não ser internado. Durante um século e meio, estas instituições e seus administradores desempenharam o papel de “normatizadores da conduta socialmente adequada”. Em nome dessas normas parece que foram realizadas diversas arbitrariedades com respaldo oficial.

As casas de correção, criadas em toda a Europa assumiam a função de repressão para os pecados da ociosidade e da preguiça, ao mesmo tempo cumprindo em momentos de crise o papel de ocultar os miseráveis e os desempregados (FOUCAULT, 1999).

Neste período, surgia uma nova corrente de pensamento: o Iluminismo. A ordem econômica e social da época se transformava e com isso os conceitos passavam a expressar a nova ordem, em que a pobreza não era mais valorizada, mas considerada, neste momento, como um obstáculo a ser transposto. A redenção se daria pelo trabalho que adquiriu um estatuto de virtude.

Segundo o mesmo autor, nos momentos político-econômicos, em que não havia crise econômica, as casas de internação assumiam o papel de fornecer mão-de-obra a baixo custo, para produção de manufatura. Deste modo, se estabelecia um

contraponto. Essas instituições criadas para reprimir aqueles ociosos, acabavam por produzir uma concorrência desleal entre os preços das indústrias circunvizinhas e seus efeitos na sociedade estavam nas bases do surgimento das casas de internação. Política esta que perdurou até o final do século XVIII.

Ocupando o lugar da ausência da razão, a loucura foi incluída no rol dos internados, passando a ser identificada com a pobreza (reflexo de um castigo divino), com a incapacidade para o trabalho (a salvação pela virtude) e a impossibilidade de conviver no grupo (incapacidade de aceitação do pacto social estabelecido). Foi rotulada como um problema para a sociedade, necessitando ser afastada do mundo repleto de pecados.

Antes da Revolução Francesa, ainda no século XVIII, a nosografia da loucura começava a ser construída pelo movimento médico. O apelo pela separação dos loucos da população de criminosos, libertinos e outros, pelo risco que representavam ao contato com outras “categorias” internadas, demandava uma classificação mais apurada que os distinguisse dos outros na condição asilar. Isto promoveu um aumento do temor da sociedade, com relação aos insanos, impulsionando medidas de solução necessária para se resolver com brevidade tal questão.

Desta forma, em meados do Século XVIII abriram-se casas destinadas, exclusivamente, aos loucos (FOUCAULT, 1999). Nos anos que precederam a Revolução Francesa a loucura se ergueu como uma entidade isolada, unida em sua essência ao internamento. Neste período, com a necessidade de se absorver a força de trabalho dos pobres válidos, com o encarecimento da manutenção do internamento e, por outro lado, os ideais da Revolução Francesa que pregavam fraternidade, igualdade e liberdade indo de encontro à política oficial de exclusão, até então impostas, tornou-se incômodo e custoso a permanência dos mesmos à internação (FOUCAULT, 1999, p.467-470).

Assim, defendia-se a idéia da criação de instituições específicas para os loucos, junto com o pobres e outras categorias, onde o contato com a vida campestre, ar puro, passeios, jardinagem propiciariam a cura, através do retorno à razão, cujo objetivo era reproduzir relações fraternais, paralelamente, a uma rigidez de condutas e regras. A loucura se transformava em um risco, embora peculiar, pois o insensato não era

responsável por seus atos. O distúrbio da razão o impedia de seguir as regras estabelecidas pelo contrato social. Como não era adequada sua permanência junto aos cidadãos, o louco não era considerado sujeito de direito sendo necessária a sua tutela (FOUCAULT, 1999, p.467-470).

De acordo com Desvial (1999, p.16), “a nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de atendimento”. A teoria defendida por Pinel, que considerava a loucura um distúrbio da razão, preconizava a libertação dos loucos de suas correntes e era um fator determinante na constituição do imaginário social, no sentido de ser o asilo o local privilegiado de tratamento dos alienados (FOUCAULT, 1999, p. 471-475).

O louco denominado alienado mental possuía em sua concepção alguma subjetividade, que representava uma parcela da razão mantida. As origens da alienação seriam: os vícios, a vida desregrada e a ociosidade e a correção destes permitiria o acesso à razão e à cura da alienação mental. A relação entre o médico alienista e o doente se estabelecia através da ordem moral (FOUCAULT, 1999, p. 471-475).

Neste sentido é que Castel (1991), ao se referir a Pinel, escreveu que este teve como principal mérito a classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico da doença mental e a relação de poder entre médico e doente.

Segundo Foucault (1999), o tratamento moral preconizava então as seguintes medidas: o isolamento do mundo externo; a organização do espaço asilar; a manutenção de sua disciplina; bem como a submissão à autoridade. O paradigma da internação inicia então, seu reinado com o respaldo da ciência. Os furiosos, as loucas incuráveis e os tranqüilos demais eram todos categoricamente classificados, tratados e submetidos à vigilância ininterrupta, visando à autodisciplina e cura. A estrutura arquitetônica, que também fazia parte desse ordenamento, propiciava uma estratégia de controle permanente como o panóptico que permitia a observação contínua de todos os espaços, assim como fomentava a internalização da sensação de estar sendo observado o tempo todo, obrigando os internos a uma auto-vigilância de suas próprias condutas.

Este modelo de assistência, centrado no asilo, permaneceu por mais de um século como a principal forma de tratamento em psiquiatria.

Como vertente do modelo vigente é preciso considerar as colônias agrícolas que foram implantadas e que representavam um diferencial na assistência até então empregada, pois incluía o fator trabalho, desenvolvido em um local bucólico, sendo considerado um método mais eficaz, na época destinado à cura da enfermidade.

Como foi possível observar até o momento, de acordo com os autores citados, as reformas na assistência em saúde mental transcorreram em momentos políticos distintos, em que o “louco” é colocado em um novo lugar social.

A revisão da literatura sobre o tema mostra que com a Segunda Guerra Mundial observou-se um momento de nova ebulição de conceitos, noções e modelos de assistência, assim como o próprio questionamento do espaço social ocupado pelo que denominavam de loucura. A Psicoterapia Institucional e o Movimento da Comunidade Terapêutica, além de criticar duramente a assistência psiquiátrica convencional, apontavam na direção de novas possibilidades de intervenção como, por exemplo: a aplicação da psicoterapia na assistência; a reformulação do espaço asilar; a relação de troca horizontalizada entre todos aqueles inseridos na instituição; o funcionamento cotidiano baseado na construção coletiva; a possibilidade de alguns doentes mentais serem tratados fora do manicômio; a democratização das relações; a necessidade de se utilizar a reprodução com base num lugar real de convívio, a comunidade; o atendimento aos doentes mentais, do mesmo modo que os outros, pacientes dentre outros (AMARANTE, 1995; DESVIAT, 1999). Além disso, o Serviço Nacional de Saúde Inglês, com base na implantação de uma política de bem-estar social, preconizava o tratamento de doentes mentais, do mesmo modo que os outros pacientes. Embora não tivesse como objetivo o fechamento do hospital psiquiátrico defendia a criação de uma estrutura de suporte extra-hospitalar, dentre elas, os serviços residenciais locais (DESVIAT, 1999).

Embora a doença mental permanecesse como objeto, verifica-se que a psiquiatria, efetivamente, se propôs a uma transformação do modelo assistencial, investindo no enfoque prioritário do hospital para o da comunidade, sinalizando uma

transformação na vida das pessoas tidas como mentalmente enfermas. Uma intervenção centrada na prevenção e promoção da saúde mental.

O preventivismo surgia incorporando noções para além dos conceitos médicos, incluindo a sociologia e a psicologia behaviorista porque pregavam a existência de indivíduos suspeitos, que poderiam ser tratados precocemente. Neste momento, os conceitos de prevenção, risco e população de risco traduzem os pilares deste novo entendimento sobre a loucura.

Nesta perspectiva, Birman e Costa (1994) descrevem a hierarquia preconizada nos diferentes tipos de prevenção: a prevenção primária que visa ações de detecção de condições facilitadoras do desencadeamento da doença mental, buscando uma intervenção sobre estas; a prevenção secundária que busca realizar uma detecção diagnóstica e tratamento precoce, com o objetivo de reduzir a duração do transtorno mental; e a prevenção terciária cujo foco é a readaptação do sujeito à vida social e que delimitam as áreas de atuação no campo da saúde. Justamente com base na prevenção terciária é que foram criados os serviços comunitários, dentre eles os residenciais, objeto deste estudo.

Sob este entendimento da loucura na perspectiva preventivista é que busco na noção de risco, como dispositivo de controle do poder, subsídios para refletir sobre a situação social de mulheres residentes de um SRT. Cabe ressaltar que o Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial serão abordados com mais complexidade, no quarto capítulo quando tratarei da contextualização dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, durante a desinstitucionalização.

## 2.2 NOÇÃO DE RISCO COMO DISPOSITIVO DE CONTROLE DO PODER

Como abordei anteriormente, no entendimento da história da loucura, a noção de risco parece se constituir num dos fundamentos adotados nos movimentos que contribuíram para a reformulação da assistência em saúde mental.

Se por um lado as transformações neste âmbito contribuíram para a construção de um outro lugar social, para a pessoa considerada louca, com a absorção da mesma no âmbito comunitário, por outro, ainda é possível observar que a convivência, com a diferença ou com o estigma imputado à diferença, induz a comportamentos

estereotipados e segregadores, em face do sentimento da insegurança que afeta a atualidade.

A cultura de exclusão vem banindo a loucura através do tempo, pois o louco está associado com certa desordem, que escapa ao sentido daqueles que pretendem sustentar a utopia de que é possível manter a ordem social, mediante a separação espacial dos diferentes. Desqualificando os discursos das pessoas com sofrimento psíquico, constrói, ao mesmo tempo, argumentos persuasivos que estimulam a segregação destas pessoas, em longas internações psiquiátricas. Este comportamento se baseia na utopia de que é possível conter, controlar e mensurar aquilo que parece ser diferente. Cria-se, então, para Velho (2003) a idéia de que existiria um mundo paralelo. É assim que ouvimos com tanta freqüência o uso dos termos “mundo das drogas”, “mundo das violências”, “mundo dos loucos”, como uma maneira de referir-se às problemáticas sociais específicas.

Aquilo que não é conhecido acaba por aguçar nosso sentimento de vulnerabilidade. Para Castel (2003), parece que estamos instalando uma nova problemática da insegurança. Esta se caracteriza por sua extraordinária complexidade e se situa na conjunção de uma série de transformações. Existe uma dificuldade crescente de estarmos seguros dos principais riscos sociais, como os acidentes, as enfermidades, o desemprego, a incapacidade de não poder trabalhar devido à idade ou à presença de um elemento incapacitante, por exemplo.

O aumento da sensibilidade aos riscos, que leva a uma busca desenfreada pela segurança, é sempre uma procura infinita e frustrada. O risco, no sentido próprio da palavra, é um acontecimento previsível, cujas probabilidades de produzir-se podem ser estimadas, assim como os custos dos danos que provocará.

Em termos reflexivos, particularmente na saúde mental, o que se observa na contemporaneidade são justaposições entre formas mais ou menos renovadas de funcionamento dos dispositivos biopolíticos tradicionais, com mecanismos inéditos de produção de saber e de exercício do poder no controle dos indivíduos e populações, em função de comportamentos progressos (ROEDER, 2006).

Em sua gênese da loucura Foucault (2005) explora a interessante questão de como a loucura, epistemologicamente, passa a ser reconhecida como “doença mental”,

isto é, do surgimento do discurso/prática psiquiátrica e de seu “objeto” de investigação e atuação terapêutica: a loucura como doença mental.

A própria idéia de Foucault (1983) sobre a criação do “modo-indivíduo” como uma nova forma de exercício de poder não mais centrado no Estado, mas articulado a ele de várias maneiras, materializando-se em práticas, instituições e saberes, exemplifica a questão. Esse tipo de exercício do poder, denominado de disciplina ou poder disciplinar é uma forma de controle que funciona através de um processo contínuo de normatização, imposição de normas aos corpos dos indivíduos, que são modelados para se tornarem produtivos.

Na paisagem do SRT parece existir a expectativa de que seja imprescindível que as residentes se submetam à ajuda, que obedeçam às regras vigentes e que sigam, religiosamente, as prescrições estabelecidas, colaborando com o tratamento. Isto se deve ao fato de que se houver alguma alteração do comportamento previsto, esta pode ser considerada condição de retorno ao tratamento em hospital psiquiátrico, pois tal situação deve ser tratada num nível de complexidade assistencial mais “adequado”, com base numa medida, sobretudo, corretiva. Neste sentido, o risco parece funcionar como dispositivo biopolítico de poder. No campo médico sanitário este parece que tem se convertido num dispositivo medicalizador central da vida contemporânea.

Como exemplo de medidas que funcionariam como dispositivo biopolítico de poder tomo a liberdade de citar Roudinesco.

O poder dos remédios do espírito, portanto, é o sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem não apenas o desejo de liberdade, mas também a própria idéia de enfrentar a prova dele. O silêncio passa então a ser preferível à linguagem, fonte de angústia e vergonha (ROUDINESCO, 2000, p.30).

De acordo com Lupton (1990), a percepção do risco não depende das propriedades intrínsecas do objeto, mas sim da avaliação social que vê o fato como ameaça e o medo de experiências pessoais.

Para a psiquiatria clássica, segundo Castel (2003), o risco representava, essencialmente, uma forma de perigo peculiar do enfermo mental, pois ele seria



susceptível, na visão comum, de realizar um ato imprevisível e violento. A periculosidade passa a ser considerada uma noção misteriosa e paradoxal, uma vez que implica, ao mesmo tempo, na afirmação da presença de uma qualidade imanente do sujeito que é perigoso e na simples probabilidade de um fato aleatório. Na minha visão, estas imagens parecem cuidadosamente disseminadas pela mídia. E se para este autor existem imputáveis de periculosidade, é preciso reforçar a hipótese de que existe uma relação mais ou menos provável entre os sintomas atuais e os sintomas futuros. A crença da imprevisibilidade da manifestação dos sinais e sintomas da doença mental conduz à idéia de que mesmo aqueles que hoje parecem tranquilos podem vir a se constituir em uma ameaça, tornando-se perigosos amanhã.

A idéia de contágio e transmissão da doença mental também é outra preocupação que pode imprimir à noção de risco um dispositivo de controle sobre a loucura. O isolamento da população considerada louca, a esterilização de mulheres em tratamento, o controle sobre a sexualidade e a impossibilidade de exercerem a maternidade exemplificam medidas preventivas adotadas no campo da saúde mental (ROHDEN, 2001).

Talvez aí se possa presumir, com base nos autores citados, que pode haver uma preocupação excessiva com o comportamento feminino, pois a conduta desviante, além de colocar em xeque os padrões de feminilidade socialmente permitidos, tem de ser controlado para, na pior das hipóteses, não ser disseminado. Além disso, o comportamento que serve a sintomatologia é o mesmo observado para se avaliar a conduta feminina (ou da masculina) moralmente correta. Em caso de dúvidas “é melhor prevenir do que remediar!” O confinamento nos hospitais psiquiátricos era considerado um fator de segurança social, assim como a esterilização em massa de mulheres, que se encontravam internadas e sob a tutela do Estado.

Ao se abrirem as portas rumo ao atendimento de base comunitária, como os SRT, creio que a percepção sobre os riscos também tende a despertar condutas excludentes e medidas preventivas enérgicas. Enérgicas no sentido de serem controladoras da conduta ideal (que nunca é demais lembrar, varia no tempo, numa dada cultura, e num dado cenário sócio-político), ou tantas outras variantes que constituem a especificidade da existência construída de cada um.

Deste modo, não bastaria à presença observável dos sinais e sintomas de periculosidade ou de anomalia, mas apresentar algumas particularidades consideradas fatores de risco. Esta generalização abstrata e arbitrária, que marca a periculosidade do risco, implica numa multiplicação potencialmente infinita de possibilidades de intervenção. Em nome do mito da erradicação total do risco, tal ideologia constrói novos riscos que se convertem em intervenções preventivas. O conjunto de riscos vai desde os perigos advindos do interior do sujeito, como os riscos provenientes da consequência das debilidades de vontade, da irracionalidade e da imprevisibilidade da liberdade do sujeito.

O risco pode contribuir, também, para os processos de responsabilização dos indivíduos, na atuação sobre sua saúde. Esse tipo de vigilância individualizada encontra-se presente nos discursos e nas práticas, que adotam a promoção da saúde e a educação sanitária. A tendência à explicação da vulnerabilidade do adoecer, como consequência dos próprios atos e opções na construção do estilo de vida, também passa a ser observada. Neste sentido, estas colocações me fazem acreditar que o comportamento individual das residentes de um SRT possa estar sendo constantemente controlado, tanto pelos demais residentes do serviço (pois o desvio de um dos membros de um determinado grupo poderia colocar em cheque toda uma identidade coletiva); ou pela equipe técnica (que tanto investiu na idéia de se criar este dispositivo, quanto se comprometeu com o êxito do projeto em questão); ou tanto no êxito da própria comunidade (que reconhece não só a importância da quebra de estigmas e preconceitos, como aceita, partilha e tira proveito da convivência este tipo de clientela).

Além disso, a análise dos perigos que invadem o indivíduo contemporâneo não pode acontecer sem se prescindir de uma análise cultural da distribuição da culpa em diferentes níveis sociais, pois como mostra Douglas (1996), a culpabilização da vítima está em relação com à aceitabilidade pública do perigo. As percepções do risco estão, portanto, relacionadas aos juízos de valor e os grupos sociais utilizam este dispositivo para controlar as normas sociais. Desta forma, o gênero como dispositivo de poder poderia estar influenciando as percepções do risco, tendo como agravante o estigma imputado ao sofrimento psíquico. Neste sentido, presumo que o controle sobre a

sexualidade<sup>5</sup>, a condição de interdição para os atos da vida civil, o impedimento de se poder ir aonde e quando quiser o medo da perda da condição de moradoras, dentre outras medidas, exemplificam os mais diversos tipos de estratégias que podem ser empregadas num SRT, cujos residentes são mulheres.

Caso a visão dos especialistas, sobre as residentes do SRTs, esteja pautada na concepção de que seja impossível nestes casos delegar autonomia, que as residentes necessitam ser tratadas, medicadas, e acompanhadas, como dispositivo de controle do

---

<sup>5</sup> Fabíola Rohden (2001) faz algumas considerações importantes com relação ao controle da sexualidade. Em seu livro “Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher” relata que no séc. XIX os médicos percebiam como necessário tratar da diferença entre homens e mulheres, com base numa distinção natural, de caráter biológico e predeterminado entre os sexos. Homens e mulheres seriam naturalmente distintos nas suas características: física, morais e psicológicas (p.12). O gênero parecia irremediavelmente colado ao sexo. A autora mostra que essa diferença mostrava-se instável, pois intervenções no mundo da cultura, educação e trabalho poderiam alterar ou perverter a diferença tida como natural. Isso remetia a imagem da mulher bem preparada para assumir o papel de esposa e mãe e de um homem provedor competente. As características femininas refletiam a missão passiva que a natureza reservava a mulher, além de uma predestinação à maternidade. O corpo feminino era moldado para a gestação e para o nascimento. Os tratados consagrados às doenças femininas como os vapores, paixões e histeria eram sempre associados ao útero e, portanto, à sua natureza. A imagem médica da beleza feminina se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças (p.16). Já no séc. XX a cesariana, a histerectomia e a extração do apêndice se tornaram procedimentos recorrentes com o desenvolvimento da ciência. Em relação ao Estado e os médicos, estes instauraram uma política pública e campanhas de medicalização dos indigentes e assalariados com vistas a lutar contra os flagelos sociais representados pelo alcoolismo, tuberculose, doenças venéreas, prostituição e criminalidade. A política se baseava na idéia de formação de uma população saudável que garantisse o futuro da nação. Por um lado lutavam contra a degeneração, ou seja, contra tudo o que representava a degradação progressiva e hereditária; por outro, incentivavam o controle do nascimento de novos cidadãos saudáveis. Neste caso, o gerenciamento da reprodução era fundamental e expresso em um interesse maior na gravidez, no parto, no aleitamento, na puericultura e até mesmo no casamento (p.24). Já a reprodução dos indesejáveis era desencorajada. No final do séc. XIX Rohden demonstra que a medicalização do comportamento feminino era uma das estratégias empregadas para resolver o problema das transgressões dos padrões femininos muitas vezes classificada como histeria ou ninfomania associada à imagem de uma vida feminina mal regrada ou de uma crise na identidade feminina tradicional (2001, p.27). A reprodução da mulher ideal se baseava na passividade, na modéstia e na domesticidade. A mulher da classe média se preconizava a restrição das atividades femininas à esfera doméstica. Havia o temor de comportamentos considerados anormais por serem tidos como hereditários e incuráveis. Os ginecologistas acreditavam que as doenças dos ovários ou as desordens menstruais poderiam causar irritação no sistema nervoso, afetando o cérebro e dando origem a doenças mentais. Acreditava-se que as mulheres eram dominadas por seus órgãos reprodutivos e que todas as suas doenças tinham origem nessa parte do corpo. A cirurgia ginecológica, como a ovariectomia, excisão do clitóris ou dos lábios era recomendada em caso de desejo sexual excessivo (p.29). Estava em cena um duplo padrão moral sexual feminino considerado potencialmente mais perigoso. Como não conseguiam controlar a si mesmas as mulheres cediam mais facilmente aos atrativos do sexo. As mulheres com excesso de desejo não eram consideradas somente doentes, mas potencialmente perigosas para a família, à ordem moral e a civilização, uma ameaça diante das suas reivindicações por oportunidades de experiência sexual e maior autonomia (p.29). Desta forma o campo de disputas se dividia nos ginecologistas que atribuíam as doenças mentais das mulheres inclusive às perturbações da mente aos órgãos reprodutivos e os alienistas e neurologistas que acreditavam que o mais importante eram as predisposições hereditárias e o sistema nervoso como sede das desordens mentais. Segundo Laqueur (2001, p. 214) a retirada dos ovários saudáveis buscava curar as chamadas falhas na feminilidade, pois a “extirpação dos órgãos femininos exorcizava os demônios orgânicos que ocasionavam um comportamento vulgar”. Através das informações destes autores torna-se possível compreender, então, como a medicina, a família e a sociedade como um todo produz e reproduz argumentos determinados por um curto modelo de ordem social. Esta visão não era apenas da ordem física observada através da diferença entre os corpos de homens e mulheres, mas baseada em uma determinada visão de mundo e hierarquia entre os gêneros.

gênero – suponho que elas se tornarão cada vez mais submissas e que perderão, paulatinamente, a capacidade de agência e os traços fundamentais de cidadania plena. Isto, pelo fato de não poderem exercer responsabilidades normais, que teriam como cidadãs, perdendo o direito de ir e vir por ato de vontade pessoal, sua autonomia, bem como o controle dos seus projetos de vida.

O processo de estigmatização, como mecanismo que estabelece a ordem e o controle social, entretanto, também pode vir a ter efeito contrário. Ao considerar as contribuições de Peter (1982), torna-se possível observar mudanças nas construções de identidade, relacionadas às experiências de opressão e estigmatização, bem como a resistência a elas, verificadas quando as residentes do SRT, com base nos materiais culturais a que têm acesso, constroem uma nova identidade que redefine a sua posição na sociedade.

Ressurgir no cenário social, neste sentido, significa existir “para si” e conhecer um pouco mais sobre a própria vida privada.

Neste sentido, as pessoas com sofrimento psíquico, membros de uma categoria social desprezada, poderiam ganhar, assim, um status elevado transcendendo a simples condição de pacientes, rumo a um papel mais ativo no seu próprio grupo e na sociedade, tornando-se mais respeitadas e reconhecidas entre seus pares, por assumirem a condição de moradoras de um SRT.

### 2.3 LUGAR SOCIAL DA “MULHER LOUCA”: INTERSEÇÕES ENTRE GÊNERO, SUBJETIVIDADE, CIDADANIA E AUTONOMIA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Após incorporar a noção de risco, como dispositivo de controle do poder no SRT, sintetizo algumas contribuições dos estudos de gênero, para pensar sobre o lugar social da “mulher louca” na história, destacando, especificamente, alguns aspectos relativos à cidadania das residentes de um SRT.

Os estudos de gênero, por constituírem um campo político e teórico-epistemológico de tendências variadas, têm permitido um diálogo entre a teoria e a prática política, incorporando as dimensões do masculino e do feminino nas análises de forma relacional (BRITO, 2001).

Segundo Pedro (2005), o uso da palavra gênero tem uma história tributada aos movimentos sociais de mulheres, feministas, gays e lésbicas, com uma trajetória que acompanha a luta por direitos civis, direitos humanos, igualdade e respeito.

Se as pautas de gênero são constituintes do social é possível presumir, então, que as expectativas e prescrições sobre o que seja feminino e masculino atravessem todas as dimensões da vida humana, inclusive no campo do sofrimento psíquico, operando ativamente nas significações atribuídas a estas vivências.

A partir dos anos oitenta, os chamados “estudos de gênero” revolucionaram todo o campo conceitual em que se situava a questão do feminismo. O próprio conceito de “feminino” – ou de “feminilidade” – passou por uma radical revisão, particularmente no sentido de superar e erradicar os referenciais “biológicos-sexuais”, que envolviam a temática feminista.

O movimento feminista contemporâneo é reflexo das transformações do feminismo original, predominantemente intelectual branco e de classe média, configurando-se segundo Narvaz e Koller (2006), como um discurso múltiplo e de variadas tendências, embora com bases comuns. Segundo o pensamento destas autoras, as feministas destacam que a opressão de gênero, de etnia e de classe social perpassa as mais variadas sociedades, ao longo dos tempos. Esta forma de opressão sustenta práticas discriminatórias, tais como o racismo, o classismo, a exclusão de grupos homossexuais e de outros grupos minoritários.

O feminismo reconhece que homens e mulheres têm experiências diferentes e diferenças entre si e reivindica que pessoas diferentes sejam tratadas não como iguais, mas como equivalentes (SCOTT, 1986; LOURO, 1999).

Ao levar em conta a contribuição dos diversos feminismos, que coexistem na atualidade, é possível recorrer aos Estudos de Gênero para refletir sobre a situação social de moradoras de um SRT, sendo necessário considerar a visão de Scott (1986), sobre o aspecto relacional e político das definições normativas de feminilidade.

Os estudos de gênero transformaram-se, nas últimas décadas, em uma das áreas centrais das ciências humanas e sociais passando a ser considerados centrais na análise das estruturas de poder, organização das instituições sociais e formas de

controle ideológico, nas sociedades modernas. Tais estudos questionam, ainda, a objetividade do conhecimento e a impessoalidade do pesquisador, considerando importante a dimensão interpretativa da realidade social (FLAX, 1992).

É na crítica pós-modernista da ciência ocidental, que introduziu o paradigma da incerteza no campo de conhecimento, que busco a partir desses estudos problematizar as teorias essencialistas ou totalizantes das categorias fixas e estáveis do gênero, de gerações anteriores. O gênero era definido a partir do sexo, categoria natural, binária e hierárquica, como se existisse uma essência naturalmente masculina ou feminina, inscrita na subjetividade.

Partindo das idéias de Scott (1986), passo a entender o gênero como relação, primordialmente política, que ocorre num campo discursivo e histórico de relações de poder. Para Scott é preciso dar atenção aos sistemas simbólicos, ou seja, aos modos como as sociedades representam o gênero e sevem-se dele para articular as regras de relações sociais, ou para construir o sentido da experiência, pois sem processo de significação não há experiência.

O núcleo essencial da definição de Scott (1990, p.14) repousa sobre a relação entre duas proposições: “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder”. Desta forma, a definição de gênero, para esta autora, se fundamenta nos símbolos culturalmente disponíveis, que evocam representações simbólicas; nos conceitos normativos que põem em evidência as interpretações do sentido dos símbolos; na noção de política, bem como numa referência às instituições e à organização social; e na identidade subjetiva.

Incorporando as tendências pós-estruturalistas e desconstrutivistas, acredito que seja igualmente importante considerar as idéias de Judith Butler (2003). Para esta autora as figuras homem e mulher não se restringem à condição de ser macho ou de ser fêmea, mas ultrapassam esses limiares. São construções sociais e culturais de grande complexidade, modeladas por regras e códigos simbólicos meticulosos. O próprio sujeito das mulheres não é mais compreendido em termos estáveis, ou permanentes. A construção política do sujeito procede vinculada a certos objetivos de legitimação e de exclusão. Essas operações políticas são ocultas e naturalizadas por

uma análise política, que toma as estruturas como categoria das “mulheres”. As mesmas estruturas de poder, por intermédio das quais se busca a emancipação, funcionam como mecanismo de repressão.

Para Butler (2003, p.20). “o gênero nem sempre se constituiu de maneira coerente, ou consistente, nos diferentes contextos históricos, porque o gênero estabelece intersecções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas”

O gênero é identidade constituída no tempo, instituído num espaço externo, por meio de uma repetição estilizada de atos. Como fenômeno inconstante e contextual o gênero não denota um ser substantivo, mas um ponto relativo de convergência entre conjuntos específicos de relações, cultural e historicamente convergentes. A autora vê o gênero como um ato performático, como um efeito, produzido ou gerado. Essa definição contribui para a noção de processo e de construção singular de cada sujeito, dentro de um campo situado de possibilidades, que é reafirmado ou negociado através de sucessivas “performances”, ou seja, práticas concretas e não essências naturalizadas, através das quais os sujeitos se constituem. Neste sentido, o gênero pode ser entendido como uma construção social, uma invenção. Assim sendo, para Butler (2003, p.205), não há necessidade de existir um “agente por trás do ato”, mas o “agente” é diversamente construído no e através do ato.

O sujeito é culturalmente construído, mas, mesmo assim para Butler (2003, p.213), é dotado de ação, usualmente representado como a capacidade de mediação reflexiva, a qual se preserva intacta, independente de sua inserção cultural. Neste modelo de cultura e discurso enredam o sujeito, mas não o constituem. A identidade do sujeito é uma prática significativa, sendo que os sujeitos são efeitos resultantes de um discurso amarrado por regras, que se insere nos atos disseminados e corriqueiros da vida linguística. A insignificação não é para a autora um ato fundador, mas sim, um processo regulado de repetição que tanto se oculta, quanto impõe as regras. “A ontologia não é uma fundamentação, mas uma injunção normativa, que funciona insidiosamente, instalando-se no discurso político com sua base necessária”

Para Jane Flax (1992) ao denunciarem as desigualdades de gênero, as feministas promovem a desconstrução dos tradicionais sujeitos históricos, políticos e

sociais, pois criticam as categorias universais de sujeito masculino, do conhecimento objetivo, da estrutura patriarcal e até mesmo, do sistema capitalista, apontando para o feminismo como uma forma filosófica pós-moderna. Tentando articular a teoria feminista, a pós-modernidade e a psicanálise, a autora acha importante estabelecer um diálogo entre as distintas formas de pensamento, considerando as relações de poder.

A teoria feminista não possui um discurso unificado ou homogêneo. As próprias variedades e amplitude, que podem ser observadas nas discussões sobre o pós-moderno, sugerem que não há apenas uma via de abordagem do problema, ou mesmo um eixo central de questões, mas, ao contrário, uma expressiva heterogeneidade de colocações, tensões e campos de interesse envolvidos. De forma geral, a nova sensibilidade pós-moderna dirige suas forças para a desconstrução sistemática dos mitos modernistas, questionando não só o papel do iluminismo para a identidade cultural do Ocidente, como também, o problema da totalidade e do totalitarismo na epistemologia e na teoria política modernas (FLAX, 1992).

Ainda de acordo com Flax (1992, p.221), a agenda teórica pós-moderna abriga um elenco de questões, em torno dos efeitos gerados pela perda da credibilidade nas metanarrativas fundadoras e do processo de erosão e desintegração de categorias, até então inquestionadas como as noções de identidade e autoria, ou mesmo das idéias de ruptura, novo ou vanguarda, que se constituíram como critério chave da estética moderna. Estas, privilegiam os caminhos críticos apontados pela revalorização da história, no exame das ideologias que estruturam as formações discursivas e os processos de construção das subjetividades.

Desta forma, para Flax (1992), a teoria feminista da pós-modernidade abandona a certeza das verdades, abrindo novas hipóteses para novos desafios. Ao adotar esta teoria os filósofos colocam em dúvida, várias “certezas” sobre o conhecimento, questionando que exista um eu estável e coerente; que a razão forneça um fundamento objetivo, seguro e universal; que existe uma confiança absoluta na razão e na ciência; que estas possuam qualidades universais; que utilizando o conhecimento a serviço do poder, tanto a liberdade quanto o progresso estão assegurados; que o conhecimento pode ser neutro e socialmente benéfico; e que os objetos não são linguisticamente, ou socialmente, construídos.



As “relações de gênero”, vistas como importante categoria destinada a abranger um conjunto complexo de relações sociais, bem como a se referir a um conjunto mutante de processos sociais historicamente variáveis, são consideradas complexas pela autora, e também instáveis, constituídas por e através de partes inter-relacionadas. Cada parte deste complexo de relações só tem significado ou existência junto às outras. Por causa das relações de gênero dois tipos de pessoas são criados: homem e mulher que são apresentados como categorias excludentes, pois só se pode pertencer a um gênero, nunca a outro ou a ambos. Como as próprias categorias são variáveis, de acordo com épocas e culturas, nós as entendemos como relações de dominação, definidas e controladas por um de seus aspectos inter-relacionados – o homem. Como relação social prática, o gênero pode ser entendido somente através de um exame detalhado dos significados de “masculino” e “feminino” e por meio das conseqüências de ser atribuído a um, ou ao outro o gênero, dentro de práticas sociais concretas. Significados e práticas que variam de acordo com a cultura, idade, classe, raça e época (FLAX, 1992).

A visão de Louro (2003), por sua vez, se fundamenta na necessidade de avançar de uma perspectiva de reconhecimento ou aceitação das diferenças, para outra, que permite examinar as formas através das quais as diferenças são produzidas e nomeadas. É preciso então, refletir sobre relações entre sujeitos e grupos, analisando conflitos, disputas e jogos de poder, historicamente implicados nesses processos, pois não existe uma posição central, haja vista que todas as posições podem se mover e que a não-nitidez pode até mesmo se constituir numa posição desejada e assumida. É necessário, portanto, compreender os discursos, os códigos e as representações, que atribuem o significado de diferente aos corpos e às identidades.

Linda Nicholson (2000, p.9), que defende a idéia de moldar o feminismo como uma filosofia política, revela que “o gênero foi desenvolvido e é utilizado em oposição ao “sexo”. Descreve o que é socialmente construído, contrariando o que é biologicamente dado” visto que a tendência a pensar em identidade sexual, como algo dado, básico e comum entre as culturas, é muito poderosa. A história da filosofia política chama atenção, pelo fato de que foi justamente através do gênero que se reconheceu a relação existente entre a vida pública e privada, que corresponde

historicamente a uma mudança de relacionamento. Forma esta de relacionamento, muitas vezes, considerada como algo natural. A autora desconstrói dois conceitos centrais do feminismo: gênero e mulher, argumentando contra o pensamento binário homem/mulher, pois este não permite uma perfeita articulação entre experiências masculinas e femininas e não consegue captar os níveis de desvio das normas do gênero, reforçando com isto, estereótipos culturais em relação ao significado das experiências masculinas e femininas, bem como atuando politicamente na supressão de maneiras de ser, que desafiam o dualismo do gênero (NICHOLSON, 2005).

Fundamentada na contribuição dessas autoras sobre o gênero é que volto minha atenção para a cidadania de residentes de um SRT, com base nas idéias de Pinsky e Pinsky (2005), que afirmam que a inserção social das mulheres é um processo lento, que começou há pouco mais de trinta anos, numa história marcada por imposição de condições de submissão, reclusão e até violência. Desta forma, estes autores acreditam que a conquista da cidadania plena para as mulheres é uma longa história ainda a ser completada.

O controle sobre o comportamento da mulher residente de um SRT, e questões pertinentes aos seus direitos de cidadania, têm provocado muitas tensões e conflitos de gênero, pois visam o cumprimento de um código hegemônico bastante rígido e autoritário.

No que diz respeito às condições das “mulheres loucas” em nossa sociedade, busco no pensamento de Franca Basaglia<sup>6</sup> (1985) compreender o que se convencionou

---

<sup>6</sup> Franca Ongaro Basaglia foi uma importante referência nas lutas civis e culturais que têm questionado a instituição psiquiátrica, contribuindo para a reforma psiquiátrica italiana durante 1960 a 1980. Fazia parte de um grupo no Norte da Itália onde começou o movimento da reforma psiquiátrica institucional. Pensadora e socióloga lutava ao lado de seu marido Franco Basaglia, em prol da Luta Antimanicomial. Na Franca fundou o Centro de Crítica das Instituições e foi companheira de luta do partido Comunista Italiano e do Movimento da Psiquiatria Comunitária. Suas análises giravam em torno da institucionalização psiquiátrica da violência. Ocupou lugar de referência do Feminismo nos anos 80 contribuindo para o pensamento teórico de gênero em suas obras “Mujer, Locura y Sociedad” e “Uma Voz”, ambas publicadas pela Universidade de Puebla entre 1980 e 1981. Trabalhou com as seguintes temáticas: razão e loucura, igualdade e diversidade, normal e patológico, exclusão e integração, cura e normalização, medicalização e controle, numa perspectiva histórica e filosófica enriquecendo a teorização de gênero. Foi eleita senadora do Grupo Parlamentar da Esquerda Independente ocupando-se das situações de violência e sujeição, cárceres, tóxico-dependências e violência sexual. Tomou liderança na batalha pela Reforma Psiquiátrica em 1987. Até seu mandato em 1994 influenciou na elaboração do regulamento que desmantelava o hospital psiquiátrico. Em 2001 recebeu o Doutorado *Honoris Causa* pela Universidade de Sassari em sua Conferência Magistral intitulada “Tutela de Derechos y Saberes Disciplinarios” (Marcos, 2005).

denominar “identidade das mulheres”. Segundo a autora, esta identidade tem sido pautada nas relações sociais, sendo fundamental refletir sobre o significado desse espaço, restrito à norma, para a vivência e percepção das mulheres sobre seu cotidiano. Isto pode demonstrar quais são as potencialidades para a construção e o reconhecimento da própria diversidade. Sabe-se que as regras do comportamento feminino permaneceram, por séculos, relativas às esferas corpórea e familiar, com uma explícita conotação moral, naquilo que concernia à capacidade da mulher de corresponder à imagem ideal, construída. Neste sentido buscar qualquer forma de reação ao que era imposto social e normativamente poderia ser interpretado como transgredir ao “código comportamental” possível para as mulheres.

De acordo com o ponto de vista de Franca Basaglia (1985), todas as ações e os saberes estabelecidos e atribuídos às mulheres estão vinculados e deduzidos a partir de sua imersão na natureza e em suas leis. De forma concomitante, histórica e social, as ações das mulheres buscam responder e corresponder às expectativas das relações sociais, sendo oriundas dos desejos, vontades e necessidades dos homens.

Para Basaglia (1985, p. 37) a relação homem/mulher se configura como uma relação de troca. Em troca deste corpo e desta propriedade, o homem ofereceu à mulher proteção e, através dessa proteção, construiu a ideologia-realidade de sua fraqueza “natural”, traduzindo a diferença original numa inferioridade que se tornou cada vez mais natural, ideologicamente construída e definida como tal. Uma vez tendo vinculado às suas características pessoais ao adjetivo de frágil, presume-se a inexistência de uma subjetividade (com as suas necessidades e desejos), naquele corpo feminino que podia existir somente em função do homem e da procriação.

Segundo a autora, as assimetrias de gênero, dentre outras formas de diferenciação social, parecem ser um fenômeno estrutural com raízes complexas. A ideologia das assimetrias atua como tecnologia do poder, agindo de forma inconsciente no processo da experiência, sendo instituída, social e culturalmente, processada, cotidianamente, e de maneira quase imperceptível, assim como a sua disseminação que é realizada deliberadamente, por instituições sociais como a escola, a família, o sistema de saúde e a igreja. Este cenário de sistemas de diferenciação social como classe, raça, etnia, geração, além de gênero, tem como objetivo o exercício e a

manutenção de poder. Isto, para Franca Basaglia (1985) resulta em relações desiguais e de submissão, com conseqüências importantes para a autonomia individual e coletiva, e para o exercício pleno da cidadania, quando se considera o ser humano como agente protagonista de sua própria transformação, em um contexto bio-psico-social.

Se para as mulheres consideradas “normais” a morosidade e a dificuldade na conquista dos direitos de cidadania são uma constatação<sup>7</sup>, para as mulheres com sofrimento psíquico a situação parece tornar-se ainda, mais complicada, pois sendo consideradas “anormais” parecem ficar duplamente à margem do que lhes é permitido, tanto por serem mulheres quanto por serem “loucas”.

Em uma sociedade patriarcal, que depende do silenciamento do Outro para se manter funcional, os espaços de expressão pessoal reservados às mulheres são escassos e restritos. Tampouco chega a surpreender que as “mulheres loucas” sejam na literatura, assim como na vida, extremamente perturbadoras, assim como nos revela Schwantes (2005) ao falar sobre o assunto. De acordo a autora, elas o são não pelo fato da loucura em si, mas porque lançam dúvidas sobre nossos conceitos de feminilidade. Loucas por não se comportarem dentro do padrão de decência, pudor, inocência e doçura que é socialmente esperado de pessoas do sexo feminino, sendo seu comportamento explicado nos termos de sua doença, medida necessária para que nossas certezas sobre a natureza das mulheres permaneçam intactas.

As considerações acima me fazem acreditar que as transgressões femininas, vinculadas à esfera do natural, parecem tornar a mulher muito mais transgressora, inaceitável e anômala para os padrões sociais da norma do que os homens que transgridem. Sendo assim, posso presumir que, as mulheres com sofrimento psíquico vivenciam, cotidianamente, uma ausência de alternativas de expressão das suas experiências de vida, onde a gama de comportamentos, reconhecidos como legítimos, para elas ainda parecem, ser muito reduzidos e limitantes.

---

<sup>3</sup>Pois somente em 1988 a Constituição brasileira igualou os direitos civis das mulheres aos dos homens, tanto na vida pública como na privada (Moraes, 2005:504).

Como demonstra Silveira (2000) algumas das manifestações dos nervos nas mulheres, por constituírem-se expressões da perda de controle sobre si mesmas, podem ser consideradas, na maioria das vezes, respostas desviantes. Por advir de um conflito de identidade originado na esfera psicológica, esse sofrimento é então associado à doença.

Passividade, desdobramento, disponibilidade são considerados então “da natureza das mulheres” e correspondem ao ideal de saúde mental para elas. Isto significa que a objetivação, ou “coisificação” de seu corpo, se transforma, simultaneamente, em uma subjetividade ou personalidade dedicada a compreender, proteger e sustentar os outros (BASAGLIA, 1985).

Como bem destaca Canguilhem (1990), o comportamento considerado normal pode variar, significativamente, no tempo e no espaço, sendo um processo histórico que se modifica de cultura para cultura. Dessa forma, os motivos que supostamente explicam o sofrimento psíquico de uma mulher, também variam segundo a sociedade em diferentes épocas.

Phyllis Chesler (1975) tem chamado a atenção sobre as mulheres diagnosticadas com doença mental, de todas as idades e classes sociais, que têm sido institucionalizadas ou tratadas em cárcere privado. Ressalta os problemas advindos da opressão, da submissão, do condicionamento das mulheres com sofrimento psíquico à sua condição de irrelevância social e do alto preço que têm de pagar ao assumir determinados caminhos em suas vidas. Estas mulheres são psiquiatricamente rotuladas e tratadas, sendo induzidas a sentimentos de infelicidade, de autodestruição, de dependência econômica e de impotência sexual. Isto requer uma compreensão das relações de poder neste âmbito.

Neste sentido, a discussão feminista sobre o sofrimento psíquico das mulheres vem se desenvolvendo a partir da idéia de que o gênero feminino se constrói num processo de socialização, nos quais desejos e potencialidades são negados e reprimidos por estarem associados aos estereótipos do feminino. Este processo, na visão de Basaglia (1985, apud Santos, 2003) dificulta o desenvolvimento de uma identidade própria, assim como a realização social e pessoal das mulheres.

Quando falo sobre a noção de identidade própria, me reporto ao campo da subjetividade e me baseio na perspectiva foucaultiana, que estabelece uma genealogia do sujeito moderno, a partir de diferentes regimes de subjetivação, e que tem sido, na visão de Maluf (2006), uma importante referência na articulação entre os conceitos de gênero e subjetividade.

A autora entende que a produção de subjetividades forjaria modos de existência, interferindo nas maneiras de sentir e pensar das mulheres. Segundo Torre & Amarante (2001, p.5) a subjetividade contém uma dimensão estética e política, que busca a modelagem, serialização e homogeneização.

O controle social sobre a sexualidade, a reprodução e o corpo das residentes serão interpretados nos próximos capítulos como estratégia de gênero, levando em conta as contribuições teóricas desse debate, a qual idealiza e opera num dado campo de possibilidades bem restrito à mulher, em termos de sua cidadania.

Isto estaria contribuindo para um esforço maior das residentes, em lutarem pela legitimação dos seus direitos, assim como o reconhecimento da sua posição social como de direito.

Esta luta política não se restringe somente ao domínio do privado, mas se estabelece em múltiplos espaços como a comunidade, a vizinhança, a rua e tantos outros ambientes que envolvem intermediações por meio de múltiplas relações. Como nos demonstra Brito (2001) é preciso repensar os conceitos ideológicos enraizados e tidos como explicativos e “reavaliar o político no campo de história social do dia a dia”, levando em consideração as práticas de poder, as imbricações, as redistribuições do agir em sociedade, quando se trata de gênero e, sobretudo, de cidadania.

De acordo com Brito (2001), o exercício dos direitos concernentes à cidadania em sua relação com o plano das atividades no SRT, se estabelece no dia a dia, sendo preciso considerar as relações micropolíticas e conhecer quais são os canais, por meio dos quais as residentes do SRT se manifestam, investigando quais as formas singulares de sua participação na vida política. E é justamente através da participação das residentes nas atividades convencionais ou não, que poderia estar influenciando os processos sociais e políticos mais gerais, pois ao lado das transformações individuais,

peçoais e a nível privado, para Brito é que se chega, gradativamente, as transformações a nível público.

Para Cohn (1997) as diferentes experiências de descentralização da saúde revelam no nível local os espaços de novos sujeitos sociais, portadores de direitos. E isso remete não só à necessidade de se contemplar as diferenças na busca da equidade, mas significa, sobretudo, diversificar a possibilidade de campos de exercício da cidadania e de poder.

Considerar as intersecções entre gênero e cidadania, no contexto do SRT, permite observar até que ponto estes serviços estão possibilitando que suas residentes se sintam como membros de uma comunidade e, ao mesmo tempo, sejam reconhecidas como tais; se elas têm a oportunidade de falar sobre suas experiências de vida e ouvir as experiências de terceiros, exercitando sua autonomia e emancipação; ou ainda se estes serviços oferecem, de fato, oportunidades para que essas mulheres assumam o compromisso, marcadamente político com a mudança, tanto no nível individual quanto no coletivo. Neste contexto, é preciso atenção sobre os fatores contextuais - em especial as desigualdades e a opressão - como causas das dificuldades individuais e coletivas no processo de reabilitação psicossocial; verificando se os serviços validam as experiências singulares das mulheres, na relação cotidiana, levando em conta as diversidades e reduzindo, dentro do possível, as diferenças de poder envolvidas nas relações e se os mesmos estão, ainda, auxiliando as mulheres na identificação de suas capacidades e de suas competências.

Trazendo as contribuições de Rago (2004, p.31) para esta pesquisa “as palavras indicam muito das mudanças sociais e culturais de uma época, pois são carregadas de historicidade”. A expressão “mulher louca” é reveladora de uma história de constantes exclusões e humilhações, mas também de profundos deslocamentos, conquistas e inovações realizados por elas.

Ser mulher da classe média e branca na cultura ocidental até aproximadamente o final dos anos 1960, significava identificar-se com a maternidade e a esfera privada do lar, sonhar como um “bom partido” para um casamento indissolúvel e afeiçoar-se a atividades leves e delicadas, que exigissem pouco esforço físico e mental (RAGO, 2004, p.31).

A imagem da normalidade feminina, fundamentada no imaginário social, com base neste ideal de identidade feminina, deixava de fora aquelas que se situavam à margem deste parâmetro de normalidade (RAGO, 2004, p. 34).

As mulheres até a pouco tempo não podiam circular livremente pelas ruas, praças e bares, determinados espaços de lazer ou prazer, pelo menos não nas mesmas condições que os homens. Além de serem consideradas incapazes de governar a si mesmas e aos outros, devendo submeter-se à autoridade masculina em casa e fora dela. O direito ao corpo e ao prazer sexual também era excluído sob pena de serem olhadas como anormalidade ou monstruosas (RAGO, 2004, p.34).

Para as mulheres consideradas “loucas” restava a reclusão nas instituições psiquiátricas, como a finalidade de afastar as indesejáveis do convívio social, ficando expostas a todo o tipo de violência.

Com a RP iniciava-se um percurso de redefinição do lugar das “mulheres loucas” na sociedade ocidental.

Isto ocorreu paralelamente à Revolução feminista do século XX, que provocou não apenas o acesso das mulheres à cidadania, mas acentuou um fenômeno igualmente profundo: a feminização da cultura, onde em meio a conflitos, dificuldades e tensões elas lutaram e ainda lutam por conquistar o direito à vida (RAGO, 2004, p. 35).

A partir da observação no campo da assistência percebo que ao defender a idéia de cidadania das pessoas institucionalizadas, a RP tem se comprometido com parte das mulheres necessitadas de cuidados contínuos, que passaram grande parte de suas vidas confinadas em instituições psiquiátricas.

Até recentemente, de um modo geral, as “mulheres loucas” não tinham direito de decidirem sobre a sua vida, o que significava a impossibilidade de tomarem conta de si mesmas, de trabalharem fora do âmbito doméstico, de terem acesso à cultura, à educação e ao lazer. A participação das mesmas em ambientes públicos, por exemplo, bares, restaurantes, cafés e outros espaços de prazer e de sociabilidade era algo condenado socialmente.

A violação do código comportamental expresso, cujo campo de possibilidades limitava ao máximo a visibilidade social destas mulheres, já poderia ser considerada



suficiente para deflagrar uma intensa negociação, em torno da necessidade de afastarem as mesmas do convívio familiar sendo recomendada a internação como a única medida.

A internação para as mulheres consideradas loucas tinha, portanto, um duplo sentido: a remissão dos sintomas da suposta doença e a sua reeducação moral, com vistas a reforçar comportamentos mais condizentes com os padrões femininos previstos.

A vigília sobre elas contribuía para a prevenção de fatores relacionados ao risco como, por exemplo, a procriação, haja vista a idéia de que pudessem transmitir, hereditariamente, algo indesejável, ou mesmo contaminar a sociedade através da repetição de comportamentos considerados bizarros.

Neste sentido, a equipe biomédica tinha como aliada a Igreja Católica, com ampla penetração no ambiente hospitalar, sobretudo no que dizia respeito aos cuidados dispensados aos pacientes, haja vista a vocação das irmãs de caridade de se responsabilizarem pela assistência asilar, antes de serem substituídas pelo domínio médico.

Ao trabalhar muitos anos numa instituição psiquiátrica pude constatar que a maioria de mulheres institucionalizadas em hospitais psiquiátricos era constituída por pessoas pobres, de baixo nível educacional e que foram abandonadas por seus familiares ou encaminhadas para internação, logo que começaram a apresentar sintomas da doença mental. Durante a internação foram destituídas do seu poder de decisão e proibidas de se lançarem aos prazeres da vida. A hospitalização de longa permanência, por vezes, estava longe de oferecer um ambiente mais humanizado, sendo um empecilho para a garantia da privacidade, além de impossibilitar qualquer tipo de vínculo, com objetos pessoais pertencentes ao universo simbólico dos pacientes, que se encontravam em tratamento. Por algum tempo até as roupas pessoais se perdiam nas prateleiras da rouparia hospitalar, pois o uso de uniformes facilitava o resgate daqueles que ousavam contestar o processo de asilamento. O corte do cabelo a revelia, sem o consentimento do paciente, evidenciava o descaso para com a sua subjetividade.

Esta forma de violência velada ilustra o relato das residentes deste estudo e serve para mostrar que é justamente "a duras penas" que, neste mesmo universo de tantas agruras, é que emerge a centelha de uma nova visão, que vai redefinir o lugar desta "mulher louca" institucionalizada, em nossa sociedade. Ela prova que ainda conhece a si mesma, que é capaz de lutar pela liberdade e pela vida, reivindicando seus direitos e demonstrando à equipe terapêutica o quanto poderia assumir sua vida, num ambiente de maior dignidade e respeito.

Considerando que as residentes do SRT podem sofrer distintas formas de dominação e de opressão, torna-se necessário compreender como algumas criaram e elaboraram formas de resistência, realizaram rupturas, inovações e atos de ousadia, remodelando seu cotidiano na busca por maior autonomia, e como os interesses comuns partilhados criaram uma identidade grupal capaz de ser representada e legitimada nas atividades cotidianas. Compreendo que é justamente esta situação de multiplicidade tensa, conflitiva e dinâmica que me permite observar as transformações sociais, que as conduziram à relativa autonomia.

Neste contexto, a rede solidária de apoio social, assim como os conflitos, necessidades, dúvidas e ilusões partilhadas no interior destas moradias e na comunidade, contribuem para o entendimento da jornada de estruturação de suas vidas, em face da construção deste novo percurso.

Sob esse ponto de vista, considero que os processos de construção e desconstrução dessas identidades envolvem uma relação complexa, na qual a alteridade se traduz a partir de jogos de identificação, interpelações e reconhecimentos, através dos quais essas mulheres se inscrevem na ordem das formações sociais de forma voluntária, negociada, consensual ou imposta. Neste processo, o apoio comunitário, segundo Andrade e Vaitsman (2002) é um significativo fator psicossocial, que promove o aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas, contribuindo para a criação de uma sensação de coerência e autocontrole da vida das residentes, podendo ser considerado um elemento a favorecer a autonomia das mesmas.

## 2.4 PROJETO, METAMORFOSE E CAMPO DE POSSIBILIDADES NO SRT: DE PACIENTES À CONDIÇÃO DE MORADORAS

Nestas linhas abordo outros conceitos, como os relacionados à idéia de unidade e fragmentação, projeto e metamorfose, igualmente importantes para o entendimento das questões deste estudo, direcionando a discussão para o universo do SRT.

Inicialmente, vou procurar discorrer sobre a noção de projeto e campo de possibilidades para poder refletir sobre a passagem da condição de “pacientes” de um hospital psiquiátrico, para o de “moradoras” de um SRT.

A noção de projeto adotado pelo antropólogo Gilberto Velho (2003) contribui para a compreensão da dimensão mais racional e consciente do sujeito, cujas circunstâncias são expressas num campo de possibilidades constitutivas de modelos, paradigmas e mapas. Nesta dialética, os indivíduos se fazem, são constituídos, feitos e refeitos, através de suas trajetórias existenciais.

Inspirado na abordagem fenomenológica de Alfred Schutz, Velho (2003, p. 26) assinala que os indivíduos vivem em diversos planos, simultaneamente, variando o grau de adesão e comprometimento. De acordo com este autor, a sociedade complexa seria, assim, formada por diferentes mundos que constituem a sua própria dinâmica. A continuidade e as transformações da vida social dependeriam do relacionamento, mais ou menos contraditório e conflituoso, entre esses mundos e dos códigos a eles associados. O individualismo moderno, metropolitano, não excluiria a vivência e o englobamento por unidades abrangentes e experiências comunitárias e, no entanto, permitiria e sustentaria maiores possibilidades de trânsito e de circulação, não só em termos sociológicos, mas entre dimensões e esferas simbólicas.

O autor compreende o termo campos de possibilidades enquanto algo que trata do que é dado como as alternativas construídas do processo sócio-histórico e com o potencial interpretativo do mundo simbólico da cultura. O projeto no nível individual lida com a *performance*, as explorações, o desempenho e as opções, ancoradas a avaliações e definições da realidade (VELHO, 2003, p.28).

Como agentes sociais, as residentes movem-se entre as províncias de significados e são capazes de passar de um mundo vivido num hospital psiquiátrico para o do SRT, o que seria possível denominar, sob a óptica de Velho, de potencial de metamorfose.

A mobilidade do contato das mesmas exprime o grau de autonomia e a aceitação da sua atual condição social, contribuindo com a quebra de estigmas e preconceitos vinculados à imagem do social.

Tomando ainda o pensamento de Velho (2003) para refletir sobre o tema, não é demais ressaltar que as transformações ocorridas na vida social destas mulheres dependeram do relacionamento mais ou menos contraditório e conflituoso, entre esses mundos e os códigos a eles associados.

Nas sociedades moderno-contemporâneas, para o autor, existem diversas realidades e distintos fenômenos, relacionados com códigos e lógicas específicos, onde a tensão e o conflito reforçam a complexidade. A construção de identidades básicas subordina-se a constelações culturais singulares e a conjuntos de símbolos delimitáveis. O que está em jogo para Velho é um processo histórico abrangente e a dinâmica das relações entre os sistemas culturais, com repercussões na existência de indivíduos particulares. Neste contexto, parece haver diferentes combinações entre ideologias coletivas e individualistas; onde o projeto coletivo pode não ser vivido de modo totalmente homogêneo, por todas as pessoas que o compartilham. A própria possibilidade de vida social reside na interação das diferenças, com a conhecida problemática antropológica da troca e da reciprocidade.

A multiplicidade e a fragmentação de domínios, associadas às variáveis econômicas, políticas, sociológicas e simbólicas constituem o mundo das residentes do SRT. Neste mundo, as suas identidades parecem sempre postas em cheque e sujeitas a alterações, sendo a contribuição das mesmas a garantia pela permanência da melhor imagem social possível.

Os projetos individuais parecem sempre interagir num vácuo com outros, dentro de um campo de possibilidades, e esta trama de papéis sociais se realiza acompanhada da emergência de um projeto pessoal, com alguma singularidade. Neste contexto, as trajetórias de vida destas mulheres ganham consistência a partir do

delineamento mais ou menos elaborado de projetos com objetivos específicos. A viabilidade de suas realizações vai depender, no entanto, da interação com outros projetos individuais ou coletivos, bem como da natureza e da dinâmica do campo de possibilidades, pois como argumenta o autor,

Os projetos, como as pessoas, mudam. Ou as pessoas mudam através de seus projetos. A transformação individual se dá ao longo do tempo e contextualmente. A heterogeneidade, a globalização e a fragmentação da sociedade moderna introduzem novas dimensões que põem em xeque todas as concepções de identidade social e consistência existencial, em termos amplos (VELHO, 2003, p.48).

Com o processo da desinstitucionalização se iniciam uma série de diálogos entre usuárias do SRT, profissionais, comunidade e opinião pública que se constrói na vida cotidiana, onde as partes aprendem a conviver com as diferenças, cada qual com seu projeto de vida, que pode estar, muitas vezes, articulado com outros, ou algumas vezes, indo de encontro ao projeto de terceiros.

Para Laclau e Mouffe (1985), a experiência da modernidade se caracteriza não só pela pluralização de valores, como também, pela legitimação de múltiplos projetos sociais. A existência conflitiva de diversas lógicas sociais, em seus desencontros, lutas e articulações, são constantes.

A própria visão sobre a loucura impregnada de tabus e mitos, tão bem descrita por Foucault (2005), em seu livro História da Loucura, pode me levar a presumir que a articulação de projetos de vida deste diálogo, mediado pela desinstitucionalização, não seja uma tarefa tão simples. Articulados à consecução destes projetos coexistem inúmeros tipos de tensões, provenientes do dispositivo do risco, que funcionariam como uma forma de articular diferentes níveis e esferas, envolvidas na gestão dos problemas sociais.

Resta refletir, então, se a proposta da criação dos SRT vai ao encontro daquilo que as residentes consideram como seus projetos de vida. Isto requer um conhecimento mais aprofundado sobre estes dispositivos de atenção à saúde mental, que foram propostos às mesmas como um projeto coletivo, que busca investir na melhoria da qualidade de vida.

## 2.5 CIDADANIA E SAÚDE MENTAL NO BRASIL

As possibilidades de construção de cidadania da pessoa com sofrimento psíquico estão fortemente vinculadas à relação da sociedade com a loucura e o significado desta relação varia ao longo do tempo e da história.

Compreender a cidadania, como o relacionamento entre uma sociedade e seus membros (Vieira, 2001), pode contribuir para a compreensão da relação social existente entre as residentes do Serviço e a sociedade como um todo.

Apesar de todos os avanços que ocorridos no campo da saúde mental, Medeiros e Guimarães (2002) afirmam que a cidadania brasileira de pessoas com sofrimento psíquico no Brasil conformava-se e conforma-se, ainda, como sendo, predominantemente, regulada e outorgada.

Já na visão de Fleury (1989), a cidadania constitui o fundamento de legitimidade do poder político, que pode traduzir-se em um efeito de mascaramento, responsável pela reprodução social de forma normativa e acrítica. Por outro lado, é justamente nesta contradição que as classes dominadas se constituem e se organizam em torno de suas lutas.

De acordo com Pinsky (2005, p.9) ser cidadão implica ter direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei, ou seja, ter direitos civis. A participação nas decisões políticas e no destino da sociedade pressupõe exercer os direitos políticos, através do voto. A fim de assegurar a democracia é preciso ter direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, à velhice tranquila, assegurando, com isto, a democracia através dos direitos sociais, pois para este autor “exercer a cidadania plena é ter direitos civis, políticos e sociais”.

As condições legais, relacionadas à cidadania de pessoas com transtornos mentais, foram normatizadas através da primeira lei de assistência surgida em 1952, objetivando afastar estas pessoas do convívio social. Neste período, foi criado o primeiro hospital público no Brasil, o Hospital D. Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro e para Marsiglia et al (1990) iniciava-se a política oficial de tutela e de segregação, das pessoas com sofrimento psíquico.

Já na Primeira República, algumas transformações sociais foram evidenciadas através da Constituição de 1891, a qual ampliava o direito político dos cidadãos e concedia o direito de voto a “todos”, exceto aos analfabetos, às mulheres e aos soldados, mantendo, assim, vários segmentos excluídos.

Em relação ao doente mental, ainda para Marsiglia et al. (1990), a partir de 1890, foi previsto o desenvolvimento da tutela com a criação do Serviço de Assistência Médica aos Alienados. A legislação que se desenvolveu a partir do Código Civil de 1916 e da Lei de 1919, pregava a incapacidade total dos “loucos de todo o gênero”, para exercer os atos da vida civil (interdição, tutela, impossibilidade de serem testemunhas, desconsideração de qualquer ato jurídico e recolhimento a estabelecimentos especiais), uma vez que a pessoa “louca” era considerada prejudicial ao conjunto da população. Já a Constituição de 1934 passava a incorporar o conceito de periculosidade, definindo as condições de irresponsabilidade do autor de delito e as questões de redução da pena.

Demo (1995) e Dagnino (1994) afirmam que diversos artigos do decreto-lei de 1934, que dispunham sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, atribuíam ao doente mental uma cidadania tutelada e assistida. Tutelada porque negava a competência e a autonomia dos doentes mentais, na determinação das condições de suas próprias vidas. O “louco” é impedido de usufruir de prerrogativas da vida civil (liberdade individual, direito à palavra, direito de ir e de vir, de assinar cheques, comprar, vender, casar-se), da vida política (votar e ser votado) e da vida social (sujeito à reclusão em instituições especiais).

O jurista Dallari (1987, p.34), por sua vez, ressalta duas questões emblemáticas da Constituição de 1934. A primeira diz respeito à própria definição de louco, pois há controvérsias sobre a definição de doença mental e suas manifestações e a segunda questão se referem ao atrelamento da loucura, implícita na lei, ao modo pelo qual uma pessoa gerencia seu dinheiro.

O termo “loucos de todo o gênero” foi substituído pela nomenclatura alienação mental, que passou a constar no novo Código Civil (2003), através da Lei número 10.406. O maior benefício desta nova lei parece estar na introdução daquilo que se passou a chamar de interdição parcial, adequada aos casos onde a incapacidade se

limitasse apenas a alguns aspectos da vida civil. Essa interdição parcial se aplicava às pessoas que não tinham capacidade para o exercício de alguns atos, mas poderiam decidir por si próprias em outras áreas da atividade civil. A legislação atual estabelece que sejam absolutamente incapazes de exercer, pessoalmente, os atos da vida civil aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos.

O papel do perito, neste caso, adquire valor maior, na medida em que o novo Código Civil não explicita quem são esses incapazes de discernimento pleno ou reduzido, em função de alguma doença mental. Considerando, portanto, a questão do termo "potencial", juntamente com a possibilidade da incapacidade de ser absoluta ou relativa, a identificação de algum grau de discernimento para com a vida civil passa a ser tarefa do psiquiatra forense, nomeado para esse tipo de serviço. Este perito terá a atribuição de sugerir ao juiz sua opinião técnica sobre a capacidade de discernimento das pessoas (MARSIGLIA et al., 1990; BALLONE, 2004)<sup>8</sup>.

Além das alterações do Código Civil, o período de 1990 a 2002 tornou-se um marco nos avanços da legislação brasileira sobre saúde mental.

A criação da Lei Federal 10.216/01 (que dispõe sobre a proteção e os direitos e deveres das pessoas com sofrimento psíquico e redireciona a forma de assistência – agora de base comunitária), e a Lei n. 9.867 de 1999 (que trata da criação e do funcionamento de Cooperativas Sociais visando à integração social das pessoas com sofrimento psíquico), dentre outras, buscam amenizar os obstáculos que dificultam o exercício da cidadania plena de pessoas consideradas “doentes mentais”.

Como bem demonstra Porto (2001), mesmo com todos os avanços da legislação vigente é preciso se dar conta do abuso de poder – seja por parte das instituições ou dos familiares - implicado na noção de incapacidade civil da pessoa acometida por sofrimento psíquico, considerada, ou por preconceito ou por desinformação, como não-cidadã. Isto significa desprovê-los de qualquer ato civil

---

<sup>8</sup> Cabe ressaltar que na atualidade a internação compulsória, determinada pelo juiz de direito e na maioria das vezes com o tempo da internação já previamente determinado, também nos revela o campo de forças ao qual a pessoa com sofrimento psíquico está sujeita.



cabível ao cidadão comum, como o direito de gerir seus recursos, adquirir seus bens, enfim, decidir sobre sua própria vida.

Além do mais, a integração do doente mental ainda para Maia e Fernandes (2002), em ambientes sociais e a autonomia para decidir sobre a própria vida são temas polêmicos, significando, muitas vezes, seguir caminhos divergentes e mesmo conflituosos com o senso comum.

Tendo por base as colocações de Porto (2001) é possível acreditar que os serviços extra-hospitalares de base comunitária possam estar reproduzindo a mesma lógica manicomial, que se sustentava sob os alicerces da opressão, da violência, da exclusão e da segregação social, pois a eliminação da interdição é o resultado indireto de um processo social mais amplo de mudança.

A cidadania tem sido incorporada à linguagem de movimentos sociais de vanguarda, no campo da saúde e das ciências sociais, estando presente nos textos das três Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas no Brasil a partir do final do século XX (1987; 1992 e 2001), assim como em diversas pesquisas e em inúmeros textos técnico-políticos envolvidos com o processo da RPb. A cidadania possui enfoques diversificados e referenciados, nos diferentes momentos/fases da trajetória da RP.

Antes de mencionar os tipos de cidadania e os diversos enfoques adotados na RP, relembro com base em Amarante (1995) os diversos períodos da RPb, os quais foram tratados no segundo capítulo. O primeiro período foi denominado de crítica ao modelo privatizante. No segundo período deu-se o modelo institucionalizante, caracterizado pela incorporação do movimento da Reforma sanitária e da Reforma Psiquiátrica no aparelho de Estado, na fase de reordenamento político denominado Nova República e o terceiro momento, o da desinstitucionalização, se caracteriza pela valorização das micropolíticas e pela reinvenção do cotidiano, em experiências localizadas, redefinindo o objeto de intervenção, as práticas terapêuticas e o objeto da assistência em saúde mental.

Dando continuidade ao tema, acredito que seja pertinente descrever os tipos de cidadania propostos por Demo (1995), para retratar o processo histórico brasileiro de aquisição de direitos. Na cidadania tutelada, o mercado é o regulador absoluto das

relações sociais e as políticas sociais são setoriais, residuais e têm a função de controle e desmobilização. Na cidadania assistida o mercado é o regulador final das relações sociais e as políticas sociais são setoriais e assistencialistas e visam ampliar os direitos sociais. Na cidadania emancipada, por sua vez, o mercado é o meio ou instrumento para a cidadania, o Estado tem o tamanho necessário e legítimo, a ideologia é democrática e as políticas sociais são matriciais e visam ao desenvolvimento humano sustentado.

Ao contextualizar o processo saúde/doença e ao vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania Oliveira e Alessi (2005) descrevem que a primeira mudança ocorrida no campo da saúde mental foi o modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência sofrimento, substituindo o termo doença mental focado no diagnóstico e nos sintomas para o de sofrimento psíquico.

Ao adotar a trajetória descrita por Amarante (1995), os autores acima destacam que a fase institucionalizante da década de 1980 enfatizava a cidadania como um debate em torno das questões jurídicas, legislativas e as referenciadas à mudança macro organizacional, que garantia os direitos de cidadão ao louco, buscando as garantias dos direitos civis e sociais. Admitia-se a cidadania como relacionada ao resgate da dívida social, para com os loucos. Neste período, bastaria acabar com as formas tradicionais de exclusão – leis restritivas, manicômios, grades – e identificar os loucos como cidadãos iguais perante a lei, para que os seus direitos de cidadania fossem garantidos.

Esta concepção de cidadania não dá conta do “louco”, na visão de Oliveira e Alessi (2005), pois não basta a garantia legal ou o documento oficial, uma vez que a cidadania se conquista no cotidiano, nas relações diárias micro e macropolíticas. A exclusão pode ser muito mais refinada e sutil (e mais eficaz), do que os muros e grades concretamente identificados no tecido social e o princípio da igualdade pode se configurar como injusto. Não é o caso de tratar todos igualmente, mas de identificar e respeitar as diferenças, pois sempre haverá aqueles para quem a vida é mais difícil, o sofrimento mais penoso e a necessidade de ajuda mais constante.

Esta situação, para os autores mencionados, cria um paradoxo que se explicita na concepção de que a cidadania, fundada nos princípios liberalizantes, pressupõe a

liberdade e a igualdade com seus atributos básicos, enquanto que a assistência (médica e jurídica) ao doente mental pressupõe o amparo do Estado, muitas vezes incluindo a interdição e a imposição de um tratamento baseado na negação de direitos civis (liberdade). Trata-se, portanto, de uma “nova construção social/cultural” para um “novo objeto”, como um desafio que remete à alteridade, um paradoxo que ainda apreende a doença mental a partir de uma ordem ou norma desqualificadora. O ser humano desprovido de razão e, portanto, de direitos, não pode aspirar à condição de exercício de direitos. Uma contradição que parece intransponível, nessa perspectiva.

A ampliação da compreensão da cidadania, não mais restrita ao reconhecimento de direitos, mas ao processo ativo de ampliação da capacidade de todos e de cada um agirem de modo livre e participativo, permite e compõe a idéia de loucura/doença mental não mais como defeito, falha ou desqualificação. Isto exige aprofundamento conceitual e autocrítica, além de condições que permitam o seu desenvolvimento, com base na necessidade de se manter uma utopia de maior solidariedade humana, quando se aborda a cidadania de doentes mentais (OLIVEIRA e ALESSI, 2005, p.6).

Neste processo de transformações sociais, que se caracteriza por uma tensão entre a subjetividade individual dos agentes na sociedade civil e o Estado, tem-se como mecanismo regulador dessa tensão, o princípio da cidadania. A cidadania, por um lado, limita os poderes do Estado e, por outro, universaliza e iguala as particularidades dos sujeitos, de modo a facilitar o controle social das suas atividades e, conseqüentemente, a regulação social (SANTOS, 1995).

Com base nas considerações de Maia e Fernandes (2002, p.5) para modificarem sua condição os doentes mentais devem buscar uma “afirmação de si”, tanto no plano político-institucional, quanto na sociedade plural, diante de focos de solidariedade, de resistência e de conflito. Ao reivindicarem sua integração na sociedade serão vistos como partícipes da comunidade política universal, portadores de direitos e deveres, com certas características e representações socialmente sustentadas.

Ainda para Maia e Fernandes (2002) cabe ao Estado construir uma aparelhagem político-institucional flexível e adequada, para sustentar e garantir a diversidade dos interesses individuais.

Neste caso, não se trata da proteção dos excluídos que Maia e Fernandes (2002) propõem, mas de relações de troca que respeitem as diferenças, possibilitando a transformação legítima das relações. “Deve-se enfatizar a igualdade de todo cidadão poder expressar suas diferenças, suas peculiaridades, seu patrimônio pessoal”. É preciso resgatar o usuário para o convívio social, necessitando endereçar à comunidade em geral a pluralidade dos aspectos presentes no convívio do doente mental, na vida social. Para estes autores é preciso revisar os padrões culturais de representação simbólica e desafiar os obstáculos que impedem os membros do grupo de viverem uma vida digna socialmente, ou de serem tratados com respeito pelas outras pessoas da sociedade.

Ao adotar a compreensão da cidadania, como um processo a ser conquistado, passo necessariamente a uma reflexão sobre a subjetividade que, por sua vez, na ótica de Woodward (2000, p.55), diz respeito à compreensão que se tem sobre o eu. O termo envolve os pensamentos e as emoções conscientes e inconscientes, que constituem as concepções da pessoa sobre si mesma. A subjetividade é vivida num contexto social, no qual a linguagem e a cultura dão significado à experiência e no qual se adota uma identidade. Os sujeitos são, assim, sujeitados ao discurso e devem se assumirem como indivíduos e se posicionam a si próprios. Assim, as posições que assumem e com as quais se identificam constituem suas identidades.

Para Guattari (1986), a subjetividade é fabricada e modelada no registro do social. Nesses registros, os processos de subjetivação dos equipamentos sociais e dos dispositivos políticos de poder têm a função de definir coordenadas semióticas determinadas. Estas se infiltram no comportamento dos indivíduos, fazendo com que suas funções e capacidades sejam utilizadas e docilizadas. Mas se por um lado há equipamentos sociais, práticas, discursos, tecnologias institucionais, para modelagem e serialização da subjetividade, por outro há movimentos de resistência e rupturas que produzem singularizações.

Segundo Santos (1995), a ideologia-cultural hegemônica do fim do século parece apontar para a reafirmação da subjetividade, em detrimento da cidadania e para a reafirmação desigual, ambas em detrimento da emancipação. Para o autor, o princípio da subjetividade é muito mais amplo que o princípio da cidadania. A sua crítica à teoria liberal se dá no momento em que muitos dos indivíduos livres e autônomos, que fazem parte da sociedade civil, ainda não podem ser considerados cidadãos, pela simples razão de não poderem participar politicamente na atividade do Estado, pois para ele as sociedades liberais não podem ser consideradas democráticas, enquanto não for adotado o sufrágio universal.

De acordo com Santos (1995), para além das idéias de autonomia e de liberdade, a subjetividade envolve também as idéias de auto-reflexividade e de auto-responsabilidade, a materialidade de um corpo e as particularidades relativas à personalidade. Assim, ao consistir em direitos e deveres, a cidadania enriquece a subjetividade, abrindo novos horizontes de auto-realização. Por outro lado, ao fazê-lo por via de direitos e deveres gerais e abstratos que reduzem a individualidade, ao que nela há de universal, transforma os sujeitos em unidades iguais e intercambiáveis. Do ponto de vista deste autor, trata-se de uma tensão radical que só é susceptível de superação no caso da subjetividade e da cidadania ocorrer no marco da emancipação e não no da regulação.

Ao abordar o tema subjetividade também estou interessada na construção de uma identidade coletiva. Isto requer certo nível de percepção consciente pelos membros do grupo social, com uma história própria e um destino coletivo. A construção desta identidade coletiva envolve sentimentos maiores ou menores, em relação às características que os membros do grupo percebem compartilhar diferenciando-se dos outros grupos (MAIA e FERNANDES, 2002).

Ainda para os autores Maia e Fernandes (2002), distinguir formas de exclusão significa tomar consciência das diferenças de maneira a reconhecer o jogo de forças que organizam o campo de suas constituições simbólicas. É preciso promover uma “politização das diferenças”, ou seja, uma contestação das visões padronizadas, na cultura majoritária ou dos déficits das regras formais que regulam as pessoas, grupos ou organizações. Isso vai engendrando novos conflitos e disputas.

Quando me reporto ao processo de ampliação da cidadania é preciso considerar também o peso dos fatores econômicos. Há conflitos de tensões, que permeiam o processo de desospitalização que, muitas vezes, vai de encontro aos interesses de terceiros. Como diz a lei a cada transferência de um paciente para um SRT o leito hospitalar deixa de existir, e com isso, tem-se uma redução do número de leitos nos hospitais especializados, em função deste remanejamento.

Além do mais, como foi abordado anteriormente, nem sempre existem condições de trabalho favoráveis que permitam a pessoa com sofrimento psíquico uma subsistência necessária à sua autonomia. Como será tratado mais adiante a própria dificuldade encontrada com relação à conquista dos direitos sociais (como o acesso à moradia, ao trabalho e à saúde sob os moldes da RP), ainda serve de impeditivo para a ampliação de outros direitos como os civis, por exemplo, pois numa situação de pobreza, a ausência de recursos necessários a uma vida digna acaba por desvelar toda uma problemática social, advinda do processo de hospitalização, onde a institucionalização neste caso pode se configurar como uma única possibilidade de vida, que garanta as mínimas condições necessárias à vida mais digna, suprindo somente parte das necessidades daqueles que necessitam de algum cuidado relacionado ao campo da saúde mental.

O fato dos direitos de cidadania estarem assegurados por lei não justifica que o cumprimento dos mesmos está sendo efetivado. Nesta paisagem existem diversos elementos que podem ser vistos como constitutivos de um campo de possibilidades, extremamente adverso à condição de participação e emancipação do sujeito, apoiado em condições assimétricas determinadas pelo gênero.

Assim, como os doentes mentais, as mulheres também levaram algum tempo para conquistarem seus direitos de cidadãos. Desta forma, antes de iniciar o item destinado às construções do gênero concernentes à cidadania discorro sobre um breve panorama da luta das mulheres pela cidadania no Brasil.

## 2.6 MULHERES E CIDADANIA NO BRASIL

A compreensão do que é ser cidadã no Brasil, sendo moradora de um SRT só adquire sentido pleno quando confrontada às transformações sofridas, nas últimas décadas, com relação às condições sociais que as mulheres ocupam na ordem mundial.

O Brasil é um dos países do mundo com maior concentração de riqueza e desigualdade social. Esta desigualdade na visão de Moraes (2005) atinge, especialmente, as mulheres que são mais pobres que os homens, ganham menores salários e assumem maiores responsabilidades familiares e domésticas. Talvez por isso a afirmação da autora de que este segmento da população é um dos que mais se destaca, na luta pela universalização dos direitos sociais, civis e políticos<sup>9</sup>.

Inspirada em Moraes (2005) teço algumas considerações sobre as condições em que as mulheres brasileiras exerciam e exercem a sua cidadania, para compreender a posição que ocupavam na sociedade, basicamente no período em que as moradoras do SRT viviam antes de serem hospitalizadas.

Com a progressiva urbanização e industrialização do Brasil rompeu-se a antiga unidade entre casa e local de trabalho, presente na agricultura familiar. O espaço de moradia familiar deixou de ser o local de moradia, produção e geração e renda e consumo de bens tornando-se apenas uma espécie de domicílio e consumo. Por volta dos anos de 1950 a família urbana era considerada o lugar de relacionamento doméstico e da tríade pai-mãe-progenitura. O trabalho doméstico passava a ser visto como uma atividade privada, não sendo considerada ocupação econômica. O trabalho doméstico torna-se então, sinônimo de cuidar da casa e das pessoas, sendo percebido como uma espécie de vocação natural da mulher.

Na opinião de Moraes (p.497), “a corrente de sucessivas desvantagens que a mulher encontrará na vida profissional, quando impelida a apresentar-se no mercado de trabalho, tem relação direta com a questão das atribuições domésticas”. A mulher era então educada para “maternar”, ou seja, cuidar dos outros. Neste período, próximo aos

---

<sup>9</sup> Somente na Constituição de 1988 é que igualou os direitos civis das mulheres aos dos homens, tanto na vida pública como na privada.

anos de 1950 a concepção de estudo para a mulher dizia respeito somente ao aprimoramento dos papéis de esposa e mãe, voltados aos trabalhos manuais e à economia doméstica.

Com relação à sexualidade esta somente tinha como objetivo a procriação e o sexo – em se tratando de mulheres – só se justificava plenamente quando voltada para fins, exclusivamente, reprodutivos. A maternidade era, e ainda parece ser, extremamente valorizada em toda a doutrina cristã, influenciando comportamentos e políticas públicas.

As regras morais nas primeiras décadas do séc. XX eram ditadas, entre outras instituições conservadoras, pela Igreja Católica, que impunha seus preceitos pregando casamento indissolúvel e prole numerosa. A moral sexual cristã estigmatizava as mulheres que se separavam do marido e condenava a sexualidade feminina, desligada de fins reprodutivos.

As mulheres das camadas mais pobres sempre trabalharam, especialmente na agricultura e nos serviços como vendedoras ambulantes, serviçais domésticas, professoras do ensino primário - além de arcarem com as tarefas relacionadas ao cuidar das crianças, dos parentes doentes e dos mais velhos.

Para aquelas que de algum modo não correspondiam às expectativas do código comportamental delegado às mulheres, por apresentarem algum desvio em seu comportamento, sobretudo as mais pobres, restava-lhes, então, a reclusão em instituições asilares.

A exclusão social da pessoa “alienada”, através do asilamento, era vista a pouco mais de 20 anos em sua positividade, como uma medida necessária para reconstituir o direcionamento de sua vontade, com o intuito de devolvê-la à razão. Longe do meio e da família entendia-se que esta poderia recompor-se moralmente, retomando o próprio controle. Ao curar-se “o louco” poderia resgatar seu status de cidadão, pois mesmo alienado não perderia sua condição humana (VASCONCELOS, 2000).

Ainda para Vasconcelos (2000), resultados históricos produziram a cronicidade (uma incurabilidade de fato). O hospital psiquiátrico por se constituir, historicamente,



como um espaço de segregação, violência e iatrogenia começou a sofrer duras críticas após a Segunda Grande Guerra, passando a ser julgado no plano ético e jurídico como uma instituição que viola os direitos inerentes à condição de cidadania, da população de doentes mentais. Restava então aos que foram institucionalizados a (re)conquista de seus espaços de cidadania, necessitando da criação de dispositivos assistenciais mais humanitários, que pudessem se comprometer com as necessidades prementes desta população institucionalizada, dando o primeiro impulso para reverter os comprometimentos gerados àqueles que passaram por anos de reclusão.

Atualmente, a orientação dada à família é para que procure tratamento ambulatorial e o enfermo reintegrado ao convívio familiar e social, em nome dos princípios humanitários, sendo a orientação terapêutica voltada à internação, somente para os casos de emergência (LEI FEDERAL 10.216/01).

De acordo com Moraes (2005, p.500) “nos últimos anos um conjunto de circunstâncias relacionadas à crescente urbanização do país e às profundas transformações, da economia brasileira, alteraram usos e costumes, projetos de vida e valores, relações sociais e familiares”. Para as mulheres consideradas “normais” a rapidez das transformações modificou o antigo modelo familiar, com um número de mulheres cada vez maior, ingressando como indivíduos no mercado de trabalho. Isto por um lado proporcionou maior autonomia às mulheres, mas, por outro, as sobrecarregou, pois ainda são as maiores responsáveis pelas atribuições domésticas.

Já para àquelas que se encontravam institucionalizadas por longos períodos de internação, em hospitais psiquiátricos, restava-lhes a desinstitucionalização cuja finalidade discuti no terceiro capítulo e cujo processo de mudanças, com relação ao resgate dos direitos de cidadania, será analisado posteriormente.

## CAPITULO III

### **3 GÊNERO E SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA E A CONTRIBUIÇÃO DO SRT PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Após abordar a condição social da “mulher louca”, nos diversos períodos da história, a noção de risco como dispositivo de controle de poder e a noção de projeto, metamorfose e campo de possibilidades para subsidiar a compreensão das transformações ocorridas na vida das residentes de um SRT, a sequência deste capítulo está assim estruturada: no primeiro item intitulado “Gênero e Saúde Mental no Estado de Santa Catarina na Virada do Século” busco recuperar a história da instituição psiquiátrica no Estado, que tem como marco da atenção o Hospital Colônia Santana de onde parte a idéia da construção do primeiro SRT no Estado, explorando determinados aspectos relacionados ao gênero e às terapêuticas empregadas.

No segundo item denominado “A Reforma Psiquiátrica brasileira e o Movimento Antimanicomial pela Desinstitucionalização” abordo a evolução que o campo da saúde mental vem passando ao longo da história, apresentando um breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e sobre o Movimento da Luta Antimanicomial, ressaltando algumas características da instituição psiquiátrica no país e do novo modelo de atenção comunitária, no âmbito da rede de assistência em saúde mental. Para tanto, destaco a contribuição da vertente italiana como fundamento das transformações pelas quais passa este campo de conhecimento, à luz do processo da desinstitucionalização.

Já no terceiro item intitulado “Serviços Residenciais Terapêuticos como Estratégia da Desinstitucionalização” procuro contextualizar o surgimento deste dispositivo assistencial, em face das pressões que o Movimento da Luta Antimanicomial vem imprimindo na Reforma Psiquiátrica, sinalizando o que se preconiza em termos de filosofia de atendimento nestes serviços, aqui dimensionados como um projeto coletivo.

Em seguida, apresento dados sobre a criação, implantação e funcionamento dos SRTs em Santa Catarina; passando a uma reflexão sobre a qualidade da rede de assistência do município de São José onde estão localizados os Serviços, bem como assuntos relacionados às políticas públicas, programas governamentais e pesquisas relacionadas com gênero e saúde mental, traçando um panorama da situação da Saúde Mental no Estado.

### 3.1 A SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA NA VIRADA DO SÉCULO XX

A história da Saúde Mental em Santa Catarina não difere daquela contada no segundo capítulo, quando tratei desta questão num panorama mais abrangente. As linhas a seguir ilustram esta impressão através de alguns trechos transcritos do texto intitulado “A Virada do Século, Santa Catarina e a Questão da Saúde Mental”:

Na Florianópolis do século XIX, a cadeia ficava no térreo do prédio onde hoje está instalada a Câmara de vereadores. Ali, conta o historiador Oswaldo Cabral, recolhiam-se os loucos, os escravos mal comportados e os paus d'água do Desterro. As grades das janelas davam para a praça e a rua lateral. Nelas se penduravam os pensionistas para pedirem esmolas aos transeuntes. O padre Luigi Marzano, missionário italiano que veio a Santa Catarina ao redor do ano de 1900 descreve as agruras de um povo que não conhecia a psiquiatria: -se um infeliz enlouquece e não tem quem pense por ele, é fechado no cárcere, à mercê dos guardas da polícia. Depois, entre um ataque e outro, é deixado em liberdade e novamente preso. Finalmente, exaurida a paciência, é embarcado para o Rio de Janeiro e de lá nunca mais chegam notícias dele. Entre nós, o asilamento vitalício, no Rio de Janeiro, era a referência e o destino para os que esgotavam a paciência dos conterrâneos. O Padre Lux e bispo Dom João Becker em 1909 contaram com a ajuda de verbas do governo estadual e criaram o hospício de Azambuja, pensando em abrigar a todos os doentes mentais do Estado. Os vinte doentes de 1910 já eram quarenta e sete em 1917. A lotação esgotou-se logo, chegando a trezentos, num mundo pré-pineliano, sem visão médica da doença mental (SES, 1988).

A assistência psiquiátrica em Santa Catarina iniciou-se, então, no município de Brusque. Através do apoio financeiro concedido pelo Estado a D. João Becker, Bispo de Santa Catarina, em janeiro de 1909, foi concedida ao Santuário de Brusque

permissão para a construção de um hospital de alienados em Azambuja, pertencente à Santa Casa de Misericórdia deste mesmo município.

A realização do trabalho assistencialista pelas irmãs, aliado ao caráter científico da época, fundamentava o atendimento centrado no assistencialismo e na caridade, consistindo em proporcionar alimentação, abrigo e agasalho aos velhos, crianças abandonadas e pessoas com sofrimento psíquico acorrentadas em porões, confinadas nas casas ou jogadas nas ruas (ROEDER, 1986; FONTOURA, 1997).

Como ocorreu no âmbito nacional, o hospício em Santa Catarina surge para proteger o louco num espaço apropriado vestindo-se de toda a tecnologia manicomial disponível, além de proteger a sociedade daqueles errantes tão supostamente ameaçadores à segurança pública. A psiquiatria agora designada pelo Estado, centrada e encastelada em seus redutos específicos, passa a cumprir a sua missão, a de “curar a loucura”, com base no emprego de métodos próprios (TEIXEIRA, 1993).

Se em Florianópolis, no século XIX os loucos, escravos, mal comportados e os bêbados eram recolhidos à cadeia pública, que se situava no andar térreo do prédio da atual Câmara de Vereadores (Cabral, 1979) - é possível presumir que a criação da instituição psiquiátrica imprimiu uma nova maneira de se tratar a loucura.

Após a criação do hospital de Azambuja, inaugura-se em 1923, na cidade de Joinville, o Hospício Oscar Schneider, com capacidade inicial para atendimento a cem pessoas. Rapidamente este número fora ampliado para duzentos e cinquenta pacientes (Guia de Serviços Públicos e Comunitários/SES, 1998), demonstrando o potencial de expansão deste tipo de atendimento na época.

Em 1940 foi criado o Serviço de Assistência a Psicopatas e em 10 de novembro de 1941, foi inaugurado o primeiro grande empreendimento destinado ao tratamento dos doentes mentais em Santa Catarina: o Hospital Colônia Santana (HCS), localizado no Salto do Maroim, no município de São José. Isto se deu no governo de Nereu Ramos, como resultado de uma campanha nacional, estimulada pelo médico e psiquiatra Adalto Botelho, como parte de uma grande reforma que visava adequar os espaços destinados ao tratamento dos então chamados “psicopatas”. Os pacientes do Hospital de Azambuja e de Joinville foram transferidos para o HCS, assim como as religiosas que os atendiam.

O modelo de atendimento, idealizado por Pinel, já estava sendo empregado no Brasil no Hospital Pedro II, em 1841, na cidade do Rio de Janeiro vindo a ganhar novos contornos no século XX (ROEDER, 1986).

Borenstein et al (2003) afirma que as idéias nacionais relacionadas aos movimentos “higienistas” influenciaram o Governo Estadual na construção de escolas, creches, maternidades, hospitais e instituições correlacionais, como também, nas campanhas motivadoras para melhorar as condições de saúde e higiene da população. Este movimento influenciou a criação do HCS, como política pública para atenção à doença mental no Estado de Santa Catarina. O tratamento moral ganhava novas cores fundamentadas na persuasão, isolamento, repouso, tratamento moral e correção psicológica, ou reeducação.

Conforme revela Sigolo (2001), o diretor da Colônia Santana na época concebia a hereditariedade como o principal determinante do perfil psicológico dos indivíduos e a doença mental tal como a corrente hegemônica da medicina psiquiátrica naquele momento: a hereditariedade, uma corrente muito atuante na medicina brasileira desde o início do século XX. Era preciso “evitar que tanto os seres que vão nascer como os já nascidos se tornem doentes mentais”, afirmava o médico, que tão bem evidencia a cultura do risco, sob a égide preventivista.

Neste sentido, somente os realmente saudáveis tinham o direito à “perpetuação da espécie”. Naquele momento, inúmeras doenças eram relacionadas como passíveis de transmissão genética, incluindo a doença mental e, por conseguinte, os esforços eram de impedir o nascimento de uma prole doente, que perpetuasse seus males indefinidamente. Este meio, somado à esterilização daqueles considerados inaptos geneticamente, garantia um futuro isento de doenças transmitidas hereditariamente.

A respeito das acepções sobre a loucura como fator genético e como uma das formas de profilaxia, é possível constatar no relatório do Dr. Agripa Faria (1942) as informações sobre as medidas preventivas empregadas na época:

abrange o círculo imenso de atividades pré e pós-natais que visem impedir o nascimento de seres nitidamente anormais psiquicamente e de cooperar ainda pelos meios gerais e especiais no sentido de que os que são não se tornem doentes, representam em syntese, o fim da higiene mental. (...) nossa tibieza, nosso desalento doentio, nosso sentimentalismo mórbido impede-nos de pôr em prática aos poucos, medidas sancionadas pela ciência, põe-nos em situação de inferioridade. É imprescindível que saíamos deste marasmo para que possamos fechar o círculo das atividades da higiene e profilaxia mentais, procurando dar amparo às idéias modernas sobre o assunto, quais sejam, as baseadas nos conhecimentos sobre os problemas da hereditariedade das doenças mentais.

Neste sentido, exames pré-nupciais na Colônia e dados genealógicos das famílias de Santa Catarina eram registrados nos prontuários, a fim de desvendar pistas que pudessem combater a disseminação da loucura.

O que impediria, portanto, um indivíduo de ter filhos seriam suas condições de saúde. Neste contexto, o apelo era para que, qualquer que fosse a teoria abraçada pelos psiquiatras seria, necessariamente, uma ação social educativa e controladora de tudo o que pudesse ser a fonte de desajuste mental. O combate aos “vícios elegantes”, como o álcool e a cocaína, as atividades sociais exageradas, como o jogo ou os filmes excitantes, e a produção literária não compatível com a idade do leitor também deveriam fazer parte do tratamento moral. Aos que não pudessem ser salvos da insanidade, por meio de medidas profiláticas, restava o espaço asilar que buscava a reabilitação do doente sob a égide de um espírito assistencialista e moralista (SIGOLO, 2001).

A instalação do HCS impulsionou a criação do ambulatório de saúde mental, em Florianópolis, pertencente ao Serviço Nacional de Doenças Mentais, inaugurado em 1944 (SANTAELLA, 1954). Este ambulatório teria como meta detectar, na sociedade catarinense, os possíveis focos de doença mental através do fichamento das famílias, do acompanhamento da produção literária, mas principalmente, proporcionar campanhas contra o álcool, a cocaína, a favor dos exames pré-nupciais e de esclarecimento, em relação ao desenvolvimento infantil (SIGOLO, 2001).

Segundo Teixeira (1993), o atendimento aos doentes mentais, na primeira metade deste século, caracterizava-se, quase exclusivamente, pela utilização de recursos fisioterápicos e por intervenções de caráter clínico, tais como insulinoterapia,

eletroconvulsoterapia, e, menos usualmente a lobotomia. Um dos aspectos fundamentais na alteração de condutas terapêuticas coincide com o início da utilização dos psicofármacos, evidenciando um deslocamento gradual do atendimento prestado pelas religiosas para o de abordagem medicalizada, centrada no saber e na figura do médico. Neste período, persiste a noção de que o indivíduo deve ser útil à sociedade e que, para tanto, não pode ser “diferente”, pois seu comportamento deve estar enquadrado ao que se espera de um ser sociável e racional, uma vez que todas as manifestações contrárias poderiam ser redirecionadas em prol de um suposto bem-estar social.

O Hospital Colônia Santana, por volta de 1952, já apresentava um número expressivo de leitos e à medida que se criavam mais vagas, novas necessidades emergiam e assim por diante. Por volta da década de 1970, com apenas 1000 leitos disponíveis, comportava 2.300 pessoas sendo “atendidas”, sob precárias condições, em todos os aspectos (Teixeira, 1993, p.23). Nesta época, um número reduzido de técnicos atuava diretamente com os internos nas chamadas “celas”, que eram ambientes destinados às pessoas que entravam em crise (ROEDER, 1986).

A criação da Fundação Hospitalar de Santa Catarina em 1965 e sua reformulação em 1970 impulsionaram providências técnicas e administrativas no atendimento do Hospital Colônia Santana - HCS, como a criação de uma unidade de emergência, uma unidade clínico-cirúrgica, ampliação da farmácia e laboratório de análises clínicas, serviço de triagem, e formação de unidade de terapia ocupacional, dentre outras (ROEDER, 1986).

No período de 1977/78 foi reformulada a distribuição dos internos nas enfermarias, passando a ser a região de origem do interno à referência fundamental para a nova distribuição. Esta proposta, conhecida como projeto CARS, buscou: agrupar os internos, levando em conta suas afinidades geosocioculturais, integrar o hospital com as unidades regionais, mapear a incidência nosográfica, estimular a descentralização e criar programas específicos para os idosos, os alcoólatras, as crianças, os adolescentes, os excepcionais e os toxicômanos (TEIXEIRA, 1993).

De 1971 em diante, houve um investimento na infra-estrutura e na contratação de profissionais especializados (médicos, psicólogos, enfermeiros, dentista, bioquímico,

terapeutas ocupacionais), desativação de celas e pátios fechados, criação da unidade clínica e serviço de triagem.

Paralelamente ao investimento do HCS, em 1971 as internações referentes às prescrições judiciais e à “periculosidade” de alguns doentes mentais conduziram à criação de um manicômio judiciário, vinculado à Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, embora destinado somente a pessoas do sexo masculino. As mulheres consideradas inimpuláveis continuavam cumprindo a sua medida de segurança no Hospital Colônia Santana.

Já na segunda metade da década de 1980 o HCS apresentou um refluxo significativo dos investimentos na área da saúde, ocasionando sensível redução de leitos. A nova tecnologia na distribuição dos leitos passou a ser fundamentada na dicotomia “pacientes agudos” (curta permanência no período de internação) e crônicos - destinados àqueles com escassas possibilidades de retorno ao mundo externo, seja por limites de ordem psíquica ou clínica, seja por carências sociais, que impossibilitavam a alta, além das internações feitas por determinação judicial (TEIXEIRA, 1993).

O Hospital Colônia Santana chegou ao final dos anos 80, com cerca de 1.500 pessoas em tratamento com base num atendimento mais especializado, porém ainda não condizente com o que se preconizava pela moderna psiquiatria: a desospitalização e a desinstitucionalização da sua clientela.

Além da criação de unidades de admissão, clínica médica, unidades de curta permanência (agudos) e de longa permanência (crônicos), emergência, alcoolismo e unifanto (destinado a menores, alguns filhos de pacientes de longa permanência do HCS) houve um investimento, neste período, num projeto denominado Ana Tereza. Este projeto implantado nas imediações do Hospital de Santa Tereza era voltado à área agrícola, com vistas a atender pacientes crônicos, originários do meio rural, na maioria diagnosticados com esquizofrenia, com idade entre vinte e cinco anos a cinquenta anos, do sexo masculino e sem vínculo previdenciário, e oriundos de internações no Hospital Colônia Santana.

A partir deste período é possível verificar que a divisão funcional do Hospital, neste período, passou por constantes adequações tanto da estrutura físico-funcional quanto da técnico-operacional, com vistas a contemplar as necessidades vigentes.



O tratamento pelo trabalho era considerado o bem individual e coletivo mais precioso e, portanto, a chave mestra do processo terapêutico. O registro da capacidade de produção e de trabalho do doente e suas reações ao meio social, neste contexto, podem ser evidenciados nas linhas desenhadas pelos diversos profissionais, ao mencionarem os fatos sobre o estado de saúde dos pacientes na anamnese dos prontuários médicos.

Com base nas informações de Santos (1994, p.87), a melhor forma de disciplina, além dos remédios e dos eletrochoques, era utilizar o trabalho como uma forma de controle dos “sintomas da loucura”. Assim, a Colônia Santana, que passou a ser denominada de Instituto de Psiquiatria em 1994, possuía uma usina de açúcar, um engenho de farinha, um de torrefação de café, um moinho de trigo e milho, além de hortas. Em 1947, graças ao trabalho dos internados, obteve-se uma produção de 30 sacos de milho, a padaria fabricou 81.258 Kg de pão, 362 Kg de macarrão, 44 Kg de bolachinhas e 554 de cuca.

Para Sigolo (2001) a terapia pelo trabalho era pensada como uma terapêutica destinada, principalmente, aos doentes pobres, como uma lição que precisava ser interiorizada, pois o hospício como espelho da sociedade, certamente teria a missão de promover um caráter reeducativo. Ao trabalho se atribuía à capacidade de introjetar no paciente, como principal meio de cura, qualidades como a atenção, a coordenação dos atos e a obediência. Dentre as tarefas, àquelas que estavam ligadas ao mundo agrícola eram as preferidas e a terapia laboral parecia adquirir duplo sentido: o de reencaminhar o doente para a vida do trabalho, segundo o tratamento moral tradicional, e o de sublimar seus impulsos, segundo uma interpretação mais voltada para a psicanálise.

É possível pensar, então, que, ao dar excessiva importância ao trabalho, a Colônia Santana evidenciava um dos seus objetivos a ser alcançado: o controle dos doentes mentais que, em geral, eram desocupados.

Para Teixeira (1993, p.27) estar centrada no atendimento médico nada mais era do que um reflexo da própria concepção centralizadora do Estado.

Convergiam pessoas à Colônia, advindas de todo o Estado de Santa Catarina, por diferentes motivos e em diferentes graus de manifestação sintomatológica,

apresentando condutas e comportamento que chamavam a atenção de seus familiares e que prontamente foram rotuladas como “atitudes inadaptadas”. A transferência do louco para o hospital psiquiátrico, muitas vezes, trazido em ambulância ou mesmo por policiais, contido e amarrado, exemplifica a recepção que dava origem ao processo de triagem realizado pelo médico de plantão, cujo papel era o de formalizar a entrada do sujeito na instituição.

Com essa “recepção”, ainda para Teixeira (1993), o paciente entrava na instituição, despojado de sua individualidade e, portanto de sua liberdade de escolha e seu ritmo de vida habitual. A partir daquele momento, tornava-se simplesmente mais um membro daquela coletividade de “não-indivíduos”, que caminhava, tomava remédio, se alimentava e dormia. Esta pode ser considerada, portanto, a primeira etapa do processo que Goffman (1974) denominou de “mortificação do Eu”.

De acordo com Teixeira (1993), a partir do momento da internação o interno passava a ter contato restrito com o mundo externo, através somente da participação em eventuais passeios. As relações na instituição psiquiátrica regiam-se sob o modelo hierárquico, ordem e a disciplina, expresso por uma cadeia descendente, que abarcava desde a direção e a equipe médica aos demais profissionais. A autoridade médica era assegurada por sua fonte produtora do discurso científico, o saber, e, por consequência, fonte inequívoca do poder. A obrigação dos internos, por outro lado, era a de prestar uma rigorosa obediência a fim de possibilitar um canal de negociação capaz de lhes garantir acesso às necessidades mais básicas (como teto, roupa de cama limpa, alimentação substancial, atendimento clínico adequado, fornecimento de medicação), ou até um pouco mais de liberdade. A partir da apropriação efetiva da vida dos internos na instituição buscava-se constituir, com isto, uma identidade interna. E cada tentativa de romper com a situação opressiva poderia ser considerada, sobretudo, um comportamento desviante (TEIXEIRA, 1993).

O projeto “preventivista” se expandiu com a criação de trinta e dois ambulatórios, destinados ao atendimento dos egressos do HCS no Estado. Estes, por sua vez, não dispunham de equipes preparadas, nem número adequado de profissionais para a demanda, acarretando, ainda mais, no aumento expressivo de internos, que agora tinham estes serviços como locais de triagem para

encaminhamentos dos solicitantes aos hospitais psiquiátricos. Segundo Santos (1994) Santa Catarina nesta época passou a ter a maior taxa de internações por consultas no Brasil.

Em 1983 o projeto denominado “Terapia Alternativas” corroborou com a diversificação de possibilidades terapêuticas, através da contratação e intervenção de outros profissionais como: psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, pedagogos, recreacionistas e professores de artes plásticas, além de médicos.

O Hospital Colônia Santana, que a partir de 1995 passou a chamar-se Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ sofreu grandes mudanças em sua estrutura dividindo-se em dois tipos de serviços distintos: um destinado às unidades de curta permanência, para atendimento de crises psiquiátricas com alta breve; e o segundo o Centro de Convivência Santana, para atendimento aos pacientes moradores, resultantes de longo tempo de internação. O IPQ continua sendo o único hospital público no Estado a prestar atendimento de psiquiatria mantido pela Secretaria de Estado da Saúde e conveniado com o Ministério da Saúde<sup>10</sup>. O hospital atende, principalmente, a uma população de baixa renda, proveniente dos municípios da grande Florianópolis e do interior do Estado e possui, atualmente, 160 leitos para o atendimento de pacientes agudos e 320 leitos para o atendimento de pacientes crônicos, com número em torno de 200 internações mensais. A média de permanência nos atendimentos agudos é de 21 dias, já no atendimento de crônicos o regime é basicamente asilar, herança social de um processo histórico (VISA/SES, 2007).

É justamente no Centro de Convivência Santana que surge a idéia do projeto de implantação do primeiro Serviço Residencial Terapêutico, que foi descrito no capítulo referente ao percurso metodológico adotado nesta tese.

Com a finalidade de fundamentar a contribuição do SRT, para a reformulação da assistência em saúde mental, discorro no próximo item sobre a Reforma Psiquiátrica

---

<sup>10</sup> Existem outros hospitais especializados em psiquiatria no Estado, mas de natureza jurídica particular embora possuam alguns leitos contratados pelo SUS: o Instituto São José no município de São José e o Rio Maina no Município de Criciúma.

brasileira e a Luta do Movimento Antimanicomial, em prol do processo de desinstitucionalização.

### 3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LUTA DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL PELA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O campo de conhecimento, que se convencionou denominar de saúde mental, passa por profundas transformações ao longo da história ocidental, conforme abordei no capítulo anterior.

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPb) eclodiu do “movimento sanitário”, nos anos setenta, que defendia: a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, a saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, assim como os processos de gestão e de produção de tecnologias de cuidado à saúde.

O processo da RPb tem sua história impulsionada pelo contexto internacional de mudanças nas instituições psiquiátricas. Este processo iniciou-se no final dos anos 1970, diante da crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e nas lutas dos movimentos sociais, pelos direitos humanos.

Com vistas a sintetizar a história da instituição psiquiátrica no Brasil me fundamentarei nas colaborações de vários autores: Amaral (2005); Leone (2000); Lüchmann e Rodrigues (2007); Rotelli e Amarante (1992) e Teixeira (1993).

A instituição psiquiátrica surge como herdeira da proposta preventivista. Como bem lembra Teixeira (1993), as alterações de comportamento passam a exigir espaço próprio e uma intervenção tecnicamente ajustada, dando origem aos hospitais psiquiátricos. Neste sentido, as instituições vão sendo criadas, cumprindo o papel de retirar os indesejáveis do espaço público e tentar, utopicamente, “curar a loucura”.

Desde seu início a instituição psiquiátrica vincula-se às ordens religiosas, por um determinado tempo, com a finalidade de administração e atendimento aos internos. O hospício surge, então, para proteger o louco dentro de um local apropriado, constituindo-se da própria tecnologia manicomial, assim como proteger a sociedade dos “loucos errantes”, considerados uma ameaça à segurança pública.

Como tratei anteriormente, o manicômio psiquiátrico surge mesmo antes da Psiquiatria se formar enquanto especialidade médica, em função do desenvolvimento do modelo capitalista. Foram excluídos do corpo social todos os que não produziam, dado que não eram pessoas consideradas produtivas. Internavam-se, desta maneira, não somente os loucos, mas, também os considerados inválidos de todos os gêneros, os velhos, nobres decadentes e esbanjadores, com vistas a não darem mal exemplo a uma sociedade trabalhadora. Desta forma, para Teixeira (1993) o hospital psiquiátrico se tornou um meio de obtenção da Licença da Previdência Social; lugar de repouso e restauração das energias das populações de baixa renda; abrigo para os sem lar e sem família; casa correcional para toxicômanos perturbadores; espaço onde se exerce o “comércio da loucura”, além da sua função iatrogênica, pois ao invés de recuperar, confirma e reforça a doença mental (AMARAL, 2005).

De acordo com Leone (2000), a proliferação e superlotação dos hospícios, o surgimento dos psicofármacos, os casos de maus tratos, e a baixa resolutividade destas instituições psiquiátricas, dentre outros fatores, contribuíram para dar início à perspectiva de uma ideologia de tratamento diferenciada. Além disso, no final da primeira metade do séc. XX começaram a se desenvolver disciplinas como Sociologia, Ciência Política, Filosofia, Direito, História, Antropologia, como no interior da própria psiquiatria, críticas contundentes à teoria e prática da psiquiatria, o que levou tanto à problematização crescente dos seus fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos e institucionais, quanto ao desleramento de sua função social e política, fundamentada na violência, no controle social e na segregação.

No Brasil, as iniciativas críticas em relação à psiquiatrização se intensificaram em meados da década de 1980, no bojo do processo de redemocratização da sociedade brasileira, momento em que a cidadania ocupa lugar privilegiado de discussão.

Para Leone (2000, p.123) “é em torno da cidadania, como um dos valores fundamentais, que um conjunto de iniciativas (teóricas, políticas, culturais, metodológicas) se articula e dá curso a um processo irreversível de transformação, no campo da saúde mental no Brasil. Este processo tem sido, frequentemente, designado de Reforma Psiquiátrica”.

A RPb seguiu uma tendência internacional, tendo sido muito influenciada pelas experiências italianas. Segundo o argumento de Leone (2000) a vertente italiana, assim como a britânica e a americana, coloca em questão o objeto “doença mental”. A vertente italiana parte do horizonte do oprimido, com sua própria visão de mundo e se estabelece como um contra discurso capaz de catalizar, nas múltiplas dimensões da realidade humana, relações libertárias fundadas em princípios universais de liberdade e autonomia. Neste sentido, defende que nenhum discurso carrega o privilégio de ser o “verdadeiro”. O estabelecimento do “verdadeiro” para esta vertente, sustentada pelas contribuições foucaultianas a respeito das relações entre o saber e o poder, se dá num campo de batalhas. Neste pensamento, observa-se uma primazia pela prática e o interesse voltado para a existência do aparato institucional, uma espécie de antropologia fenomenológica. Nesta vertente, a superação da violência e segregação psiquiátricas encontra o seu alto grau de significação na superação das sociedades capitalistas excludentes.

A compreensão da instituição psiquiátrica como uma realidade muito complexa e dinâmica, desloca o “lócus” institucional, ultrapassando os Hospitais Psiquiátricos, o Estado e a ideologia, para instalar-se no coração da cotidianidade. E é justamente na “práxis” que se expandem as infindáveis soluções sociais e individuais desta vertente, que para Leone (p.131), engendra múltiplas humanidades, todas possíveis e não necessárias. Uma corrente que busca condições de possibilidade para o indivíduo ser um entre outros no mundo e não para sobreviver à margem, com o patrocínio do Estado. Assim, o bem estar e o alargamento da tolerância social, frente à loucura ocupam lugar central neste pensamento.

Como representantes da vertente italiana destaco o casal de médicos Franca e Franco Baságli<sup>11</sup>, ambos vinculados aos movimentos reformistas da psiquiatria na

---

<sup>11</sup> Franca Ongaro Baságli cuja apresentação é feita no capítulo II é viúva de Franco Baságli que é uma importante referência nas lutas civis e culturais. Ele nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980. Após a 2ª Guerra Mundial ingressou no Hospital Psiquiátrico de Gorizia. No ano de 1961, quando assumiu a direção do hospital, iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos em Gorizia. Ele defendia transformações profundas tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a loucura. Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. No campo das relações entre a sociedade e a loucura, ele assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco (a internação como modelo

contemporaneidade, movimento este que questionava o próprio dispositivo médico psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas, tendo como principal referência a defesa da desinstitucionalização.

Experiências alternativas, como a perspectiva institucional na Argentina, através de Alfredo Moffatt<sup>12</sup> também ficaram célebres no Brasil, por investirem na questão da desinstitucionalização.

A compreensão do fundamento da RPb requer, primeiramente, sua conceituação. Com base na definição do Ministério da Saúde (2005, p.5) a RPb é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios políticos diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com sofrimento psíquico e de seus familiares, nos movimentos sociais e no imaginário social e na opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores

---

de tratamento), sendo, portanto, portanto excludente e repressora. Após a leitura da obra do filósofo francês Michel Foucault "História da Loucura na Idade Clássica", Basaglia formulou a "negação da psiquiatria" como discurso e prática hegemônica sobre a loucura. Ele não pretendia acabar com a psiquiatria, mas considerava que apenas a psiquiatria não era capaz de dar conta do fenômeno complexo que é a loucura. O sujeito acometido da loucura, para ele, possui outras necessidades que a prática psiquiátrica não daria conta. Basaglia denunciou também o que seria o "duplo da doença mental", ou seja, tudo o que se sobrepunha à doença propriamente dita, como resultado do processo de institucionalização a que eram submetidos os loucos no hospital, ou manicômio. A partir de 1970, quando foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico. Em Trieste ele promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os loucos. No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. A partir de 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente, e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia. Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978 foi aprovada na Itália a chamada "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia" (Instituto Franco Basaglia, 2007).

<sup>12</sup> Alfredo Moffatt é discípulo de Enrique Pichón Rivière. Desenvolveu experiências comunitárias em hospitais psiquiátricos, com populações em situação de vulnerabilidade social e em instituições de saúde mental na Argentina, Brasil, Paraguai, Equador, e nos Estados Unidos. Durante os anos da ditadura militar argentina, trabalhou com psicoterapias de emergência, o que resultou na elaboração de um modelo de atenção diferencial, a Terapia de Crise. Segundo Moffatt esta terapia é um guia que permite introduzir-se no processo caótico que é a crise permitindo operar reparatoriamente. O ser humano é uma história, um ser arrojado a seu futuro e, que tem o desejo de continuar existindo e de realizar seu projeto de vida. Em Buenos Aires criou a Comunidad Terapeutica El Bancadero e no Hospital Psiquiátrico Borda La Peña Carlos Gardel, comunidade autogestionada pelos próprios internos, vivência que deu nascimento ao livro Psicoterapia do Oprimido, no qual propõe a criação de comunidades populares que, através do resgate da cultura popular negada pelo sistema, recupere a identidade social e pessoal (vide Moffatt, 1986 em Psicología do Oprimido).

culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da RP avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Como aliado da RPb destaca-se o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que também se organiza em torno dos princípios da desospitalização e da desinstitucionalização, a fim de garantir os direitos de cidadania, das pessoas com sofrimento psíquico.

Seguindo a trajetória de muitos movimentos sociais do país observa-se, no contexto da abertura do regime militar, o surgimento das primeiras manifestações no setor de saúde. É no movimento dos trabalhadores de saúde mental que se iniciam as reivindicações em torno de questões como: o aumento salarial, a redução do turno de trabalho, as críticas à cronificação favorecida pelo manicômio, o uso de eletrochoque e melhores condições de assistência à população, em prol da humanização dos serviços. Com a ampliação do Movimento entram em cena outros participantes, contribuindo para a constituição de um movimento mais amplo, à medida que permitia a incorporação de outros atores na luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas. Desta forma, aproximam-se a este espaço de discussão, entidades de usuários e familiares.

Já para Lüchmann e Rodrigues (2007), a busca por uma radical transformação nas relações sociedade/louco/loucura é desenhada pelo MLA, com base em várias dimensões do processo da RP.

E é nesta nova forma de perceber a loucura, enquanto “existência-sofrimento” do sujeito em relação ao corpo social, que o conceito de “doença mental” passa a ser desconstruído e lugar a uma nova forma de perceber a loucura (ROTELLI e AMARANTE, 1992).

Como continuidade deste processo de transformações, têm-se as Conferências de Saúde Mental realizadas em 1987, 1992 e 2001, em Brasília, que possibilitaram a delimitação dos objetivos da RPb atual e a proposição de serviços substitutivos ao modelo hospitalar. Dentre os marcos conceituais do processo da Reforma, cuja meta se fundamenta nos princípios da desospitalização e desinstitucionalização, destacam-se o respeito à cidadania e a ênfase na atenção integral, onde o processo saúde/doença mental é entendido dentro de uma relação com a qualidade de vida (MS, 1994).



Um dos desafios deste processo da desinstitucionalização é a inserção de um sentido de comunidade, no âmbito da rede de assistência. Este sentido comunitário (que se dá também entre as usuárias do Sistema, profissionais, intra e extra-instituição e entre os mais diversos interessados), deveria contribuir para o acolhimento e a reintegração de pessoas, que buscam um alívio para seu sofrimento psíquico, através de mecanismos que propiciem, dentre necessidades múltiplas, um espaço de escuta e de pertencimento.

O processo de desinstitucionalização de pessoas, com longo histórico de internação, torna-se parte da política pública de saúde no Brasil, a partir dos anos 1990 e ganha impulso no ano de 2002, impulsionado por uma série de normatizações do Ministério da Saúde no campo da saúde mental.

A própria aprovação da Lei Federal 10. 216 de 16 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção das pessoas com sofrimento psíquico, redirecionando o modelo de assistência - que passa a ser de base comunitária - vem ilustrar as transformações culturais e subjetivas desta paisagem.

Na visão de Grigolo (2000), a tarefa da desinstitucionalização, ou da desconstrução da ideologia manicomial, entretanto, não é simples. Não se trata apenas da criação de serviços substitutivos, nem de modernização e humanização da assistência ao sofrimento psíquico, mas do questionamento incansável sobre as práticas de cuidado e atenção, sobre as relações estabelecidas entre técnicos, usuários e familiares, os modos de produção desse sofrimento, as relações de poder que se estabelecem com o outro, os processos hegemônicos de subjetivação e de sociabilidade, a que todos estão submetidos. É preciso romper com a ideologia, que ainda fundamenta as práticas da atenção ao sofrimento psíquico, para construir novos caminhos de assistência e de cidadania. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado, realizadas na comunidade.

E é justamente sobre as práticas de cuidados de base comunitária, que no próximo item discorrerei sobre a importância dos SRT para o processo da desinstitucionalização diante da RP.

### 3.3 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS COMO ESTRATÉGIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A importância da desinstitucionalização, assinalada principalmente pela IIª Conferência Nacional de Saúde Mental e a efetiva reintegração das pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente na comunidade são tarefas às quais o Sistema Único de Saúde vem dedicando especial atenção nos últimos anos.

A necessidade de suprir a carência de moradia e, ao mesmo tempo, contemplar aspectos relativos à continuidade de um acompanhamento psiquiátrico vem apontando para a necessidade de se criarem dispositivos assistenciais no Brasil, que sirvam de “lares abrigados” destinados às pessoas que podem sair dos hospitais psiquiátricos e que não contam com suporte familiar, ou de qualquer outra natureza. Além disso, experiências bem sucedidas nos anos 1990 nas cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) vem servindo de motivação para a ampliação dos SRTs no Brasil (MS, 2004; 2005).

O processo de desinstitucionalização de pessoas, com longo histórico de internação psiquiátrica, avança significativamente, sobretudo, com a criação destes dispositivos regulamentados pelas Portarias GM 106/2000 e 1220/2000 (Anexos E e F). Esta estratégia política permite a redução significativa do número de leitos no país e contribui para o fechamento de vários hospitais psiquiátricos especializados.

Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos se efetiva em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes o desencadeador do processo da Reforma. Dados do Ministério da Saúde (2005) revelam que somente entre os anos de 2003 a 2005 foram reduzidos mais de 6.227 leitos psiquiátricos no país. Paralelamente a redução de leitos, foram criados cerca de 360 SRTs, atualmente em funcionamento, com aproximadamente 2.850 moradores. Estimativas do Ministério da Saúde indicam que cerca de 12.000 pessoas poderão se beneficiar com a implantação destas unidades.

O novo viés da desinstitucionalização enfatiza o comportamento de desconstrução da velha ordem, como necessário a um movimento de renovação de todo o sistema de saber e cuidados em saúde mental e investe na conquista e reinvenção da cidadania, que passa pelos tradicionais direitos civis, sociais e políticos.

Trata-se, na visão de Vasconcelos (1992), de uma cidadania “especial” a ser inventada, marcada pela diferença colocada pela experiência da loucura e da desrazão, que não se identifica com a concepção convencional de indivíduo racional, livre e autônomo. A RP implica na revisão de conceitos, dispositivos jurídicos e legais, conceitos e instrumentos referentes aos direitos civis e políticos, particularmente aqueles ligados à incapacidade civil, tutela, periculosidade e imputabilidade (VASCONCELOS, 1992; 2000; DELGADO, 1992).

A nova clientela alvo, eleita prioritariamente nesta nova estratégia, é denominada “clientela de cuidado contínuo” e identificada, tradicionalmente, através da categoria de psicose ou neurose grave, assim como portadores de transtornos mentais orgânicos, por aparecerem em maior número no censo dos hospitais adeptos da psiquiatria clássica (VASCONCELOS, 1992).

De acordo com o mesmo autor, esta nova estratégia de atendimento à clientela de cuidado contínuo se dá através da superação das formas tradicionais de contenção, tutela e segregação, possibilitando que os usuários se assumam enquanto sujeitos participativos no processo de reelaboração do seu sofrimento psíquico e da reinvenção da sua vida. Daí a importância de dispositivos coletivos e grupais, sociabilidade, suporte mútuo e ação concreta no tecido social (VASCONCELOS, 1992).

O SRT, residência terapêutica, lar abrigado, ou simplesmente moradia, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia desta população de atendimento contínuo, como as pessoas egressas de hospitais psiquiátricos. Representa um esforço para que seus moradores possam ressignificar seu lugar no social enquanto cidadãos, requerendo seus direitos e assumindo obrigações.

Segundo Vasconcelos (1992), o SRT adota como premissa básica a manutenção do sujeito em sua comunidade, de modo que não ocorram perdas de suas relações sociais e referências subjetivas. Trata-se de um dispositivo facilitador no processo de reabilitação do paciente, que deixa o hospital após uma internação prolongada. Inseridos em uma residência, os moradores reconstróem, nesse novo espaço, sua identidade, e tecem diariamente uma nova rede social, servindo este de ponte entre o hospital e a comunidade.

Embora o SRT se configure como equipamento de saúde, a residência implantada na cidade deve ser capaz, em primeiro lugar, de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação nos municípios de SRT. Sendo moradia, cada casa deve ser considerada unida, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus residentes (MS, 2005).

Não é possível deixar de considerar que, se as pessoas estão no espaço de um residencial terapêutico é porque ainda necessitam receber algum tipo de cuidado. Caso contrário, deveriam ocupar outros espaços e casas na cidade. O residencial pode servir como passagem para esse outro estágio. Desta forma, é possível pensá-lo como um espaço de exercício, por parte dos usuários de responsabilidade sobre suas atitudes, onde aos poucos seja possível vivenciar maior autonomia.

O desafio da atenção a esta clientela de cuidado contínuo, sob a perspectiva comunitária, exige uma reflexão sobre a produção do cuidado e da solidariedade na sociedade contemporânea. Isto, conforme as dificuldades de se viver num mundo voltado para o mercado, para a competição, o individualismo, a cultura de consumo, a crise dos programas estatais, violência no espaço público, desemprego estrutural e desprezo pelos grupos sociais considerados “dependentes” (VASCONCELOS, 1992; CASTEL, 1998).

A problematização da questão dos direitos e deveres, a responsabilização do usuário sobre seu estado de saúde e tratamento, assim como a busca pela condição de cidadão, determinado num dado “campo de possibilidades” (Velho, 1994), explicita a complexidade das demandas assistenciais, que este “novo” modelo de atenção em saúde mental se propõe a abarcar, quando se fala em reabilitação psicossocial.

Sabemos que no contexto da reabilitação psicossocial produzem-se metáforas e símbolos que associam este processo de cura à reinserção social e ao resgate da cidadania, ações estas que passam a serem consideradas como culturalmente determinadas. A dialética entre o contexto social e as políticas públicas, neste âmbito, pode contribuir para elucidar como são manejados os episódios de crise, tal como estes

são circunscritos pelo significado cultural que lhes é atribuído, e pelos recursos terapêuticos que são empregados.

Após anos de reclusão, a subjetividade dos pacientes é construída sob os moldes da instituição que os abriga, mas, com a mudança para o SRT tais sujeitos são defrontados com outras realidades, necessitando reelaborar todo o seu universo de significados.

A reintegração de pessoas com sofrimento psíquico, nos diversos ambientes sociais, se dá em meio a barreiras entre o que preconiza a legislação vigente e a prática da atenção à saúde, circunscritas no cotidiano. A aproximação destas barreiras requer a presença de dispositivos assistenciais, que sirvam como interlocutores na aproximação das diferenças.

O SRT, neste sentido, parece servir de mediador na construção de outro lugar social, para o sofrimento psíquico, em função da sua nova dialética de cuidados a saúde. Com o surgimento deste dispositivo residencial espera-se maior aproximação das pessoas aos aparelhos sociais da comunidade, ampliação da relação entre os pares e demais inter-relações sociais, que culminam no deslocamento de uma psiquiatria tradicional para uma inserção territorial, ampliando os limites do itinerário terapêutico<sup>13</sup>. Juntamente com os programas De Volta Para Casa<sup>14</sup> e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o SRT imprime uma mudança no conceito de tratamento/cuidados, de forma a ampliar o enfoque anteriormente limitado à redução da sintomatologia, para uma abordagem mais ampla.

---

<sup>13</sup> Adoto o termo itinerário terapêutico neste estudo com base no conceito de Gerhardt (2006:1) que o utiliza como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos e procura descrever as práticas individuais e sócio-culturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos das camadas de baixa renda, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde. A partir do surgimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos e de seu reconhecimento como tal, o indivíduo se encontra frente a uma rede complexa de escolhas possíveis. Segundo Maluf (2003), os estudos que levam em conta os itinerários terapêuticos traçam os percursos pessoais a partir da experiência da doença e da busca de cura. Estes não se apresentam como trajetórias lineares e não falam somente de um indivíduo, mas mostram uma dimensão coletiva da experiência.

<sup>14</sup> O objetivo principal do Programa “De Volta para Casa” – instituído pela Lei 10.708/2003 (anexo G) - é o de contribuir efetivamente para o processo de inserção social de pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. O benefício do auxílio-reabilitação, conforme a Lei que o instituiu, representa o pagamento mensal de um auxílio pecuniário de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), com a duração de um ano, podendo ser renovado enquanto for necessário aos propósitos da reintegração social do beneficiário.

A fim de responder às necessidades de moradia das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves, recomenda-se na legislação vigente que programas terapêuticos sejam centrados na construção progressiva da autonomia, para as atividades da vida cotidiana e na ampliação da reinserção social. Através dos programas de reabilitação psicossocial como alfabetização, qualificação para o trabalho e mobilização de recursos comunitários tem-se, também como meta, a formação de associações de usuários, familiares e voluntários (Artº 4º da PT/GM n.106/2000).

Dentre outras pessoas que podem se beneficiar da reabilitação psicossocial nos SRTs estão os egressos de internações em Hospital de Custódia e de Tratamento Psiquiátrico, pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em relação às pessoas cujo problema de moradia é identificado, dentre eles, os moradores de rua diagnosticados com transtornos mentais severos.

Este dispositivo de atenção à saúde mental, por ter sido criado tanto para suprir as necessidades de moradia das pessoas com sofrimento psíquico, quanto para prestar assistência à saúde, me induz a acreditar que a sua missão seja mais complexa do que a de fornecer uma habitação, passando a se constituir em um espaço de mudança que envolve um conjunto complexo de fatores, sendo permitido aos moradores ocupar diferentes lugares, além daqueles tradicionalmente autorizados, durante a estadia nos hospitais especializados.

Cavalcanti, Vilete e Sztajnberg (2006) acreditam que para transferir o espaço institucional da condição asilar para um novo espaço residencial é preciso que se considere a qualidade da relação que se estabelece nesse espaço, bem como o grau de poder que é dado ao sujeito, para gerir e tomar decisões sobre esse mesmo espaço. A importância das relações seria prerrogativa a ser acentuada, pois é por meio delas que se constrói a vida.

Assim como Weyler (2006), defendo a idéia de que a possibilidade de mudança se dá, sobretudo, quando os residentes vivenciam estas transformações a sua maneira, de acordo com suas histórias de vida e com as novas relações que se estabelecem, cotidianamente, nas residências e com outros habitantes da cidade.

Este processo de reabilitação psicossocial, que tem por finalidade investir na autonomia do sujeito nas mais diversas áreas do seu cotidiano, como: as ocupacionais,

de lazer, saúde, nutrição, finanças, autocuidados, uso de transporte e atividades domésticas (LIBERMAN et al., 1993; WALLACE e LIBERMAN, 1985) envolve, também, as atividades de incentivo às habilidades sociais (BENTON e SCHROEDER, 1990; CORRIGAN, 1991). Parece contemplar, ainda, a necessidade de informação sobre o estado de saúde, apoio psicológico, social, educacional e vocacional; atenção de longa duração; necessidades espirituais; combate ao estigma e à discriminação; apoio numa situação de crise, por serem estas necessidades humanas consideradas básicas para as pessoas acometidas de sofrimento psíquico, conforme a visão da Organização Mundial de Saúde (2001).

A nova estratégia de cuidados no âmbito do SRT, sob a óptica de Vasconcelos (1992), requer um conjunto de serviços responsáveis pela demanda referente a um território, não se exigindo limites definidos de especialização e competências. Para tanto, é necessária uma nova postura, que rompa com os padrões culturais vigentes, visando mudar a atitude em relação à loucura, para não rejeitá-la e segregá-la.

Loyola, Rocha e Filho (2006, p.84) ao se referirem à idéia organizadora do Projeto Viva a Vida<sup>15</sup>, baseando-se no valor humanista, defendem a idéia de que é preciso que sejam respeitados os direitos das pessoas com sofrimento psíquico. São eles: igualdade de oportunidades, princípio que determina que as pessoas são diferentes, mas que cada uma deve ter as mesmas oportunidades de desenvolvimento, de acordo com o modo de vida escolhido, ou pelo menos possível; cidadania, que determina que cada indivíduo desempenhe papel ativo na sociedade, devendo estar apto a assumir responsabilidades e a exercer seus direitos; independência e solidariedade, modo de funcionamento que cada indivíduo exerce, em face de outros papéis complementares e reconhecidos em um clima de solidariedade; integração no dia-a-dia da sociedade: direito ao ensino, à moradia, ao trabalho, ao acesso aos recursos da comunidade, de poder escolher seu estilo de vida; respeito à valorização das diferenças, e que estas sejam vistas como fonte de riqueza, em razão da multiplicação dos pontos de vista subjacentes, e não como fonte de problemas; liberdade para escolher e controlar o modo como conduz sua existência; participação

---

<sup>15</sup> Projeto Viva a Vida é uma estratégia de atendimento em saúde mental criada por agentes comunitários de saúde na cidade do Rio de Janeiro (Loyola, Rocha e Filho, 2006).

nas discussões e decisões que tenham impacto sobre sua vida; e prioridade das capacidades, afirmando-se a necessidade de reverter a tônica sobre as deficiências.

A autonomia, que se constitui como um dos principais objetivos da reabilitação psicossocial, na visão de Oliveira e Martins (2006) não diz respeito à independência de todos, mas, sim à dependência de pessoas e dos equipamentos comunitários e tecnológicos da sociedade moderna. Para estes autores, quanto menos acesso se tem aos bens de consumo, menos autonomia se dispõe na sociedade moderna.

A autonomia é compreendida neste trabalho, portanto, como um conceito político, cujo significado é não necessitar de outra pessoa para cuidar de si, auxiliar a tomar decisões ou realizar seus projetos, seus desejos (RAGO, 2004).

Tykanori (apud Tenório, 2001), por sua vez, entende autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta, não devendo ser confundida nem com auto-suficiência, nem com independência. Segundo este autor, dependente todo mundo é, mas na questão dos usuários é antes de tudo uma questão quantitativa, uma vez que os mesmos dependem, excessivamente, de apenas poucas coisas e de poucas relações. Assim, quanto maior a autonomia, maior a dependência das coisas, ampliando a capacidade de se estabelecer novas normas e novos ordenamentos para a vida.

Para as pessoas que passaram por longas internações psiquiátricas e, muitas vezes, o núcleo familiar não mais está disponível para recebê-las em seus domicílios, Suiyama, Rolim, e Colvero (2007) recomendam que se invista numa rede social ampliada, pois acreditam que nos SRT seja possível ampliar as trocas e a circulação das diferenças promovendo, assim, espaços onde moradores sejam efetivamente sujeitos de suas vidas.

Um dos SRT de São Paulo, o Residencial Acácias, demonstra, também, que a desinstitucionalização envolve um trabalho constante de adaptação dos moradores, sendo preciso levar em conta as especificidades relativas à ansiedade gerada nos usuários frente às situações de mudança (autonomia e responsabilidade quanto aos cuidados pessoais, culinários, cuidados com a moradia) (ASSOCIAÇÃO PROTETORA dos INSANOS, 2007).



Este movimento de transformação das práticas do cuidado de atenção domiciliar, na visão de Freire (2007), favorece o esforço de reintegração psicossocial da pessoa com sofrimento psíquico na sociedade, uma vez que tem como eixo terapêutico o domicílio e, portanto, SRT. Neste caso, o cuidado e a gestão da vida cotidiana são operados a partir da residência do próprio sujeito, onde a pessoa é apoiada no gerenciamento de sua vida, quer pelo cuidado profissional ou mesmo por um vizinho, ou um amigo. Trata-se de um modo singular de operar novas habilidades práticas, no qual o cuidado não é apenas realizado nos serviços da rede de assistência à saúde do SUS, mas há uma lógica de cuidado que é produzida na casa, ou a partir da casa, quer seja na rua, no supermercado, no cinema, no banco, na escola, nas praças, enfim, nos inúmeros lugares de circulação do sujeito pelos territórios.

Ao conferir complexidade à questão da autonomia é possível buscar um sentido mais amplo, sobre o seu valor. Para Castoriadis (1982), a autonomia será sempre incompleta, pois encontram em outros indivíduos e nas circunstâncias materiais da vida exigências sempre renovadas, imprevisíveis ou intencionais, fazendo com que o mundo social só possa exercê-la em quotas. A noção de quotas do autor serve bem ao trabalho de reabilitação psicossocial, uma vez que permite relativizar, sem desconsiderar ou subestimar, o valor das habilidades individuais no trato com a autonomia e, ainda, o modo subjetivação, a diferença que a experiência do sofrimento psíquico pode demarcar em relação ao laço social. Isto demanda um investimento contínuo, para uma melhor apropriação dos recursos importantes à sociabilidade, inclusive aqueles a serem criados. “Quase nem é preciso lembrar que a idéia de autonomia e a de responsabilidade de cada um por sua vida podem facilmente tornarem-se mistificações, se as separarmos do contexto social e se as estabelecemos como respostas, que bastam a si mesmas” (CASTORIADIS, idem, p. 131).

Neste sentido, para Venturini (2003), desinstitucionalizar significa considerar a saúde mental, não apenas como aspecto da vida de uma pessoa, mas, também, de uma comunidade, pois o serviço deve evoluir da vocação de resolver problemas, para outorgar capacidade aos interessados, valorizando a competência dos usuários e reforçando, sobretudo, as redes sociais.

Para tanto, a reabilitação psicossocial deve estar na visão de Saraceno (1999), centrada em três vértices da vida que são a casa, o trabalho e o lazer. Este último, por sua vez, contribui para a reinserção social, pois passa a ser considerado uma forma de fazer com que as pessoas com sofrimento psíquico possam conquistar e usufruir outros espaços da cidade em comunidade como praças, museus, cinema, praia (SCATENA, 2000; ROEDER, 2001; 2003).

A reabilitação não substitui a desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias para aumentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se criaria um efeito “habilitador”. Daí é possível dizer que a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o residente, para seus pares, para a comunidade circundante e para todos os serviços que se ocupam do residente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores em jogo (e os poderes) são muitos e reciprocamente multiplicantes, na visão de Saraceno (1999).

Trazendo as idéias de Velho (2003) para o contexto do SRT, a fim de pensar os inúmeros desafios deste processo de mudança, o trânsito entre províncias e mundos seria uma das questões cruciais para a compreensão sociológica e antropológica das suas residentes, que passaram a transitar em distintos planos e níveis de realidade socialmente construídos. Desta forma, parto da hipótese de que, enquanto agentes sociais, as residentes podem mover-se entre as províncias de significados e de serem capazes de passarem de um mundo vivido num hospital psiquiátrico para o do SRT, o que seria possível denominar, sob a ótica deste autor, de potencial de metamorfose.

Mas mesmo nas passagens e trânsitos entre domínios e experiências, estas mulheres ainda manteriam uma identidade vinculada a grupos de referência e implementada através de mecanismos socializadores básicos, pois a tendência à fragmentação não anularia, totalmente, certas âncoras fundamentais que podem ser acionadas em momentos estratégicos.

A continuidade e as transformações da vida social, intrínseca a esta dinâmica, dependem do relacionamento mais ou menos contraditório e conflituoso, entre esses mundos e entre os códigos a eles associados.

Nas sociedades moderno-contemporâneas existem diversas realidades e distintos fenômenos relacionados, com códigos e lógicas específicos, onde a tensão e o conflito reforçam a complexidade. A construção de identidades básicas subordina-se a constelações culturais singulares, e a conjuntos de símbolos delimitáveis. O que está em jogo, ainda para Velho (2003) é um processo histórico abrangente e a dinâmica das relações entre os sistemas culturais, com repercussões na existência de indivíduos particulares. Neste contexto, observa-se que existem diferentes combinações entre ideologias coletivas e individualistas; e que o projeto coletivo pode não ser vivido de modo totalmente homogêneo por todas as pessoas que o compartilham. A própria possibilidade de vida social reside na interação das diferenças, com a conhecida problemática antropológica da troca e da reciprocidade.

A multiplicidade e a fragmentação de domínios, associadas às variáveis econômicas, políticas, sociológicas e simbólicas constituiriam o mundo das residentes do SRT sendo, portanto, objeto de interesse destas linhas. Neste mundo, acredito que as identidades destas residentes sejam postas permanentemente em cheque e sujeitas a alterações.

Quando deixam o hospital e vão viver ou trabalhar em residências as pessoas com sofrimento psíquico podem enfrentar diversas situações de crise. As principais atividades nas instituições, totais como afirma Goffman (2005) são a vigilância e a garantia entre supervisores e controlados, entre superiores e inferiores, entre fortes e fracos, entre corretos e culpados, relação esta permeada por estereótipos limitados e por vezes hostis, que cada grupo tem em relação ao outro, e as restrições na transmissão das informações, que segundo Weyler (2006) são características às quais, de certo modo todos desfrutam.

O SRT é dotado de uma série de características, incluindo uma corrente menos mutável de participantes, se comparado com os demais serviços que compõem a rede de assistência em saúde mental, do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>16</sup>. Neste serviço é

---

<sup>16</sup> A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. Grosso modo a rede de atenção em saúde mental no SUS é composta pelos programas da rede básica, centros de atenção psicossocial e unidades de psiquiatria em hospital geral. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada

possível acreditar que existam normas sociais formalmente delimitadas, em termos de regras e condutas. Estas normas seriam firmemente lembradas nos diversos episódios que compõem a vida cotidiana, mas, principalmente, naquelas que podemos chamar de episódios da vida “extracurricular”, ou melhor, “extraprograma terapêutico”<sup>17</sup> onde as leis deste mundo parecem ser apreendidas, informalmente, nas relações sociais que se estabelecem no cotidiano, uma vez que a participação nesta entidade social deve envolver compromisso e adesão.

A experiência do mundo externo, vivida no SRT (a do hospital psiquiátrico), pode ser usada como referência para demonstrar que a vida no interior desta residência é desejável. A “conversão” como modo de adaptação ao ambiente deste dispositivo conduziria as moradoras a representarem o papel de residentes perfeitas e saudáveis. A perfeição estaria associada ao grau de funcionamento e de participação assídua nas atividades diárias e a saúde, por sua vez, a única possibilidade de permanência no SRT, pois ficar doente poderia estar associado, ainda, à necessidade de internação.

O hospício segundo, Oliveira e Martins (2006, p.134), com seu imenso grau de “hospitalidade”, provinha seus habitantes de todas as necessidades coletivas, ao mesmo tempo em que deixava de satisfazer as necessidades individuais. Um programa de moradias, no entanto, pode lidar com a questão do “morar”, no sentido de habitar um lugar para o desenvolvimento de ações que visem restaurar a marca da individualidade.

---

esfera do governo: Federal, Municipal e Estadual. São princípios do SUS: o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais, e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da RP. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento psíquico. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas: outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária (MS, 2005, p:24-25).

<sup>17</sup> Programa terapêutico significa um conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe terapêutica, voltados para a recuperação da pessoa com sofrimento psíquico em tratamento, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica de cada pessoa, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do usuário após a alta para a continuidade do tratamento. Representa ainda a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada (anexo PT GM n.º251/2002).

Para tanto, seria preciso restabelecer relações afetivas e sociais, com pessoas e equipamentos comunitários.

Com relação às características físico-funcionais descritas no Regulamento Técnico do SRT (PT 106/2000), este deve: apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais, ou especializada; ter dimensões específicas compatíveis para abrigar um número máximo de oito usuárias (os), acomodadas (os) na proporção de até três pessoas por dormitório; possuir sala de estar com mobiliário adequado para conforto e boa comodidade das (dos) usuárias (os); dormitórios devidamente equipados com cama e armário; e copa e cozinha para a execução das atividades domésticas, devidamente equipadas (geladeira, fogão, filtros, armários) com garantia de, no mínimo, três refeições diárias.

A importância desta norma reside no fato dela definir o termo “serviço residencial terapêutico”, incluir as residências na rede formal de atenção do SUS; definir que são moradias inseridas na comunidade e fora dos limites das unidades hospitalares; enfatizar sua função estratégica de modalidade substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, garantir certa privacidade e restituir a noção de propriedade de seus moradores, tentando suprir algumas das necessidades dos mesmos.

A questão da moradia é um fator essencial, tanto para a mortificação do eu, quanto para a sua restituição, pois a instituição total, segundo Goffman (1963) é um híbrido social que funciona como organização formal e como “estufas que servem para mudar pessoas”.

Mas se a barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu acreditamos que a eliminação deste obstáculo, pelo menos o encurtar das distâncias seja o primeiro passo para a reconstrução da pessoa, possibilitando que algumas perdas, ocasionadas por longas internações, sejam reparáveis através da admissão no SRT. Para tanto, este deve possibilitar sentimentos de proteção, abrigo, recolhimento e estabilidade. Com base na definição de um morador: “é onde a gente fica bem acomodado, bem agasalhado” (WEYLER, 2006, p.113).

A admissão, neste dispositivo assistencial já, poderia ser considerada a primeira forma de começar a viver de acordo com as regras da casa. Um conjunto de

regras delimitado por um sistema que alternaria privilégios e castigos, empregados como consequência da desobediência às mesmas. Um problema que interviria inclusive sobre a liberdade futura, onde, ainda para Goffman (1963), ocorreria a reorganização do eu. Para ele a institucionalização conduz a uma destruição da capacidade de enfrentamento de alguns dos aspectos da vida diária e somente com a ruptura profunda, com os papéis sociais anteriores, seria possível transcender as seqüelas das longas internações (OLIVEIRA e MARTINS, 2006).

O processo de admissão no SRT também pode ter características de uma despedida, ou se preferir denominar um desraizamento do sujeito da posição anterior (da estrutura hospitalar) e de um novo começo (que constituiria o processo de admissão no SRT), o que poderia denominar de potencial de metamorfose.

Estas transformações podem por um lado gerar insegurança devido ao sentimento do sujeito ter tido uma vida deixada para trás, ao mesmo tempo que poderão ser permeadas por sentimentos de esperança uma vez que foi possível dispor de uma vida com maior dignidade.

Presumo que a lógica de atenção à saúde das residentes pela equipe técnica, deva ser sempre objeto de reflexão a fim de se evitar ações condicionadas ao cumprimento fiel dos procedimentos operacionais padrão, pois poderão vir a contribuir, para a perpetuação da tradicional lógica de atendimento manicomial. A busca por uma intervenção assistencialista, maternal na busca pelo controle e organização do ambiente, a super-proteção, a vigilância sobre a estética mais apropriada, o controle sobre a mobilidade nos espaços da vida cotidiana, dentre outras medidas, exemplificam condutas de perpetuação de modelos, que podem não ser condizentes com as necessidades das residentes do SRT.

Nesta moradia, observa-se um esforço persistente para se enfrentar problemas, de modo a não renunciar certos níveis de sociabilidade, até porque assim como Rifiotis (1997), considero que haja uma positividade no conflito, pensado como uma tentativa de restauração de identidades locais e de construção de subjetividades, através dos processos de socialização.

O incentivo às escolhas pessoais e à resistência frente a determinadas obrigações específicas são condutas que fortalecem a tão almejada autonomia (ROEDER, 2003).

Mas ao falar em autonomia e liberdade é preciso que tenhamos certa consciência do que fazer com elas.

Com base nas considerações acima percebo que a amplitude da delicadeza da proposta de inserção social das “mulheres loucas” está situada num terreno multifacetado e repleto de desafios, pois a retomada do convívio no espaço comunitário parece que se configura como um processo em permanente construção. A história da violência e das mazelas reproduzidas no cotidiano, por intermédio das práticas mais sutis de controle, opressão e estigmatização da “mulher louca” ainda podem se fazer presentes. A mudança deste quadro social revela ser uma tarefa de grande valor, que exige mobilização para se dispor de sua série de intervenções em diferentes níveis e planos, sendo preciso levar em consideração as questões de gênero, assim como as especificidades locais, que delimitam culturalmente e espacialmente determinado território.

Desta forma, ao abordar os SRTs como estratégia da desinstitucionalização, passo a apresentar alguns dados sobre a criação, implantação e funcionamento destes serviços, especialmente, em Santa Catarina.

### 3.4 DADOS SOBRE A CRIAÇÃO, IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SRTS EM SANTA CATARINA

Em Santa Catarina existem três Serviços Residenciais em Saúde Mental, sendo um feminino e dois masculinos. Apesar de funcionarem há alguns anos, somente em 2008 é que conseguiram ser efetivamente cadastrados no SUS.

Com a finalidade de apresentar estas residências, inicio a descrição do SRT feminino para posteriormente relatar o funcionamento dos masculinos, na ordem cronológica em que foram criados.

### 3.4.1 Residencial do Pomar

Segundo uma das profissionais entrevistadas, a idéia da fundação do primeiro SRT no Estado surgiu por volta de 1986 a 1987, estimulada por um Congresso de Psiquiatria que aconteceu na cidade de Camboriú. Neste evento, o pessoal comentava formas de tratar, “trazendo novos ventos” – com propósito de um tratamento em maior liberdade. Até então o que se tinha era a internação em hospital psiquiátrico. Um modelo de centralização do atendimento e da assistência. “Entendíamos que o paciente não tinha outra possibilidade de se tratar, o que se tinha era aquilo mesmo e isto era bem aceito, porque era a concepção daquele momento”. A partir desse encontro, um pessoal se interessou pela idéia e foi até o Hospital São Pedro em Porto Alegre conhecer o trabalho com um núcleo de pacientes, que saiu do hospital psiquiátrico e foi para um antigo hospital de hanseníacos, considerado, em sua opinião, o primeiro trabalho fora de um atendimento centralizado.

A Residência foi concebida como uma Unidade de Internação da Segunda Enfermaria Feminina<sup>18</sup>, a partir daquela equipe (composta por uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira) e, principalmente, de um grupo de pacientes que vinha sinalizando, pedindo e mostrando que tinham alguma condição de se tornarem moradores e que queriam sair do hospital. Pessoas que moravam no hospital há muito tempo. Uma das mais “orientadas” dizia: “eu podia fazer minha comida, passear e sair”. Elas verbalizavam isto, segundo a funcionária, de forma diferente das outras pacientes.

Sendo assim, a idéia da Residência começou a tomar corpo, fatores externos contribuíram para a execução do projeto e a equipe terapêutica da 2ª Enfermaria Feminina começou a sentir possibilidades de concretização do mesmo. Até que por volta de 1986/1987 surgiu uma casa<sup>19</sup>.

Na época, a direção do Hospital que partilhava da idéia da criação de uma Residência fomentou um núcleo de discussão na equipe da 2ª enfermaria feminina e

---

<sup>18</sup> A Segunda Enfermaria Feminina era uma das unidades do Hospital Colônia Santana destinada a abrigar mulheres adultas e mais idosas, sem prognóstico de saírem do Hospital devido a problemas de ordem clínica e/ou psicossocial.

<sup>19</sup> Complementando as informações desta profissional, Ana, uma das residentes do SRT feminino contribui com alguns dados sobre o mesmo. Segundo Ana, a casa onde mora já foi uma granja de galinhas e posteriormente tornou-se um moradia de uma funcionária do IPQ por um período, permanecendo por muito tempo abandonada, até ser reformada pelo IPQ, com a finalidade de se tornar o Residencial do Pomar.



quando o resultado desta discussão passou a mãos de terceiros, parece que muitos profissionais do IPQ, em sua visão, tentaram tomar posse dela, pois planejavam montar uma pensão para alcoolistas em tratamento, uma destinada a pacientes agudos, mas estes projetos não vingaram. Surgiu então a idéia de se montar uma casa para os moradores mais “cronificados” do hospital, que lá estava há muitos anos e que tinham esta possibilidade. A direção do hospital reformou a casa e colocou à disposição da equipe, para implantar o serviço.

O projeto do Residencial do Pomar levou três anos para ser escrito. Na época de sua criação, não havia bibliografia sobre o assunto, não havia internet e nos congressos e outros encontros de psiquiatria ainda não se falava a respeito de um modelo a ser seguido. A referida residência foi idealizada com base na concepção da equipe. A esse respeito, afirma a profissional: “Na época esta idéia era um absurdo, pois não se concebia tirar o doente mental de dentro do hospital. Segundo ela, isto mexia com o imaginário das pessoas da comunidade hospitalar: “Fulana de tal com uma faca na mão vai degolar todo mundo!”. O próprio médico das pacientes foi citado nesta entrevista pela profissional pois dizia: “Vocês querem brincar de casinha, então eu dou a autorização!” - “e nós dizíamos: Doutor não é isto é a vida delas! Imagina a importância disso para elas, para poderem se dar conta novamente das coisas!” – “Eu não vou insistir se é isso que vocês querem, vou permitir, só não quero incomodação! Não venham depois querendo que eu dê conta das coisas que acontecem lá fora. Cuidem bem desta parte porque não quero me responsabilizar por lá” (Fala do médico descrita pela informante e registrada nos prontuários das residentes).

A sua criação requereu uma série de desafios a serem superados. A dificuldade repousava no fato de não haver número suficiente de profissionais, que pudessem compor as escalas de serviço da enfermagem no Hospital e no SRT, ao mesmo tempo. Conforme disse uma das profissionais entrevistadas,

“Um funcionário cuidava certamente de sessenta pacientes no hospital no IPQ. Então era difícil explicar que precisaríamos de cinco funcionários no total para dar cobertura aquele número pequeno de residentes da Pensão. Além disso, as pacientes transferidas eram consideradas as melhores pacientes, pois ajudavam na limpeza, nos

cuidados com as outras pacientes atuando como se fossem funcionárias daquele local. Isto para a os profissionais que trabalhavam na época era considerado um escândalo. Somente quando a enfermeira da equipe assumiu a direção de enfermagem em substituição, é que estrategicamente organizou as escalas de serviço e implantou com brevidade a Pensão, transferindo as pacientes do Hospital para lá. Fato este de difícil possibilidade de retrocesso se fosse o caso”.

Outro desafio foi a entrada da quarta moradora, por ser epilética e deficiente visual. Como o caminho até a Pensão tem uma ponte isto poderia se constituir num risco para a vida da mesma, a decisão de sua transferência para a Pensão Protegida não se constituiu em um consenso de toda a equipe.

As residentes levaram quase um ano no processo de adaptação. Primeiro foram conhecer a casa, fizeram limpeza na mesma, prepararam café da tarde, tudo parecia ser muito novo, pois a equipe não sabia lidar com todas as questões que apareciam, além de estar muito receosa e temerosa do fracasso do Projeto. “Se errássemos estaríamos acabados!” (profissional da equipe terapêutica).

Após três anos residindo no Residencial é que a equipe percebeu no comportamento das moradoras o resgate das habilidades pessoais e sociais e os avanços no processo de reabilitação destas mulheres, que moraram no mínimo trinta anos num hospital psiquiátrico e que precisaram, na opinião de algumas profissionais entrevistadas, de três anos para conseguirem o domínio do cotidiano: autônomas em sua opinião para cozinhar, cuidar das coisas da casa, se sentirem seguras, e manterem um relacionamento social adequado e, principalmente, resgatar o auto cuidado e fortalecer o cuidado entre elas. Tempo este que também tinha o objetivo de conquistar a aceitação das residentes, pelas pessoas que residiam na comunidade local.

No princípio do processo de adaptação, houve rejeição por parte da comunidade local embora boa parte de seus moradores seja composta por profissionais que trabalham no IPQ. A rejeição vinha do medo que sentiam das moradoras vivendo numa outra situação de vida, e culminava com o afastamento das crianças, ou agressão às residentes e/ou da própria moradia. Sobre essa rejeição, comenta uma das profissionais entrevistadas:

“As crianças falavam mal das residentes, jogavam pedras na casa, corriam atrás das residentes ou delas. Foi preciso um trabalho de informação e conscientização onde a equipe da Pensão reuniu-se várias vezes com o Conselho Comunitário e membros da comunidade, alunos, professores e funcionários das escolas locais.<sup>20</sup> Nestas oportunidades o Projeto da Residência era divulgado, mostrando, segundo a informante, que as moradoras eram selecionadas e que não havia riscos. A ajuda do padre da comunidade foi importantíssima uma vez que a maioria das pessoas do local é muito religiosa e em grande parte praticantes da Igreja Católica. Pedíamos para o padre trabalhar na missa o Projeto e pedíamos para a comunidade dar uma chance a elas”.

Com relação ao período de adaptação, segundo uma das informantes, as crianças em menor número mesmo com as iniciativas relatadas continuavam a jogar pedras na Pensão. Na ocasião, as moradoras foram orientadas a procurarem a polícia civil e a fazerem um Boletim de Ocorrência, quando necessário. Elas recorreram à polícia, algumas vezes, que chamava as crianças e seus familiares para tentar minimizar o conflito. Hoje, algumas crianças ainda jogam pedras nas casas da comunidade, assim como nas casas de outras pessoas e se jogam porventura na casa delas, na visão da informante não é pelo fato de terem sido pacientes.

Com relação à dinâmica do Residencial do Pomar, uma residente parece cuidar da outra. Uma delas fez há pouco tempo uma cirurgia e foi para a Clínica Médica. As demais faziam tantas visitas levando maçãs, roupas limpas, que a equipe da enfermaria precisou fazer uma escala de visitas, para organizar a questão. Quando foi transferida

---

<sup>20</sup> Nesta época ao desenvolver atividades terapêuticas no IPQ e CCS, como professora de educação física, realizei diversos passeios em Florianópolis e muitos outros municípios catarinenses com as pessoas em tratamento, especialmente as de longa permanência. Num dos passeios à Praia um grupo de trinta pacientes e funcionários (no qual me incluo) foi convidado a se retirar da Ponta do Sambaqui por estarem tomando banho de mar ou somente contemplando a natureza daquele belíssimo lugar. Este episódio resultou contatos da equipe terapêutica do hospital com determinadas famílias moradoras daquele local, palestras na comunidade e divulgação na mídia sobre assuntos relacionados a importância de desmistificar o que envolve o tema doença mental. Anos mais tarde a Comunidade da Ponta de Sambaqui não só convidou o Hospital para realizar novo passeio, como participou das atividades desenvolvidas durante o mesmo, interagindo com várias pessoas do grupo.

para um hospital maior no município de Florianópolis, as visitas também continuaram freqüentes.

Outro desafio que vem sendo enfrentado, na atualidade, é que as residentes estão envelhecendo e assim, como em outras famílias, fica a pergunta: quem vai cuidar do idoso? Até o final do ano de 2007 uma funcionária ia meio período na Pensão, duas vezes por semana. Hoje a funcionária vai à Pensão todos os dias, no início da manhã e no final da tarde, além de ir almoçar com as moradoras que preparam a comida. Esse atendimento funciona somente como uma referência. Para as situações de emergência, tratamento de saúde ou qualquer outro motivo que necessite de um acompanhamento mais intensivo, as moradoras do Residencial do Pomar são atendidas na atualidade pela Unidade de Gestão Participativa (UGP) evitando, com isso, o retorno para as enfermarias que viveram em outrora.

Desta maneira, o atendimento em saúde ainda é centralizado no IPQ, embora haja um deslocamento anteriormente centrado na enfermaria para o da UGP.

Ao traçar um breve panorama do SRT feminino que será objeto de discussão em diversos momentos, passo a descrição do segundo SRT criado no Estado, destinado a abrigar homens provenientes de longas internações psiquiátricas.

### **3.4.2. Residencial Antúrio**

Antes de iniciar a sintetização das informações, obtidas através do diálogo com os moradores do Residencial Antúrio, recorri ao Projeto de Residência Terapêutica Masculina (CCS, 2002), para contextualizar o referido serviço.

Descobri então, que em 1997 a equipe técnica do IPQ percebeu a necessidade de se criar uma Pensão Protegida Masculina. Nesta data, o “casarão” ocupado pela marcenaria do Instituto de Psiquiatria foi desocupado abrindo-se a oportunidade para a sua criação.

Neste mesmo ano, o IPQ em parceria com o SINE e a FETESC desenvolveu no Centro de Convivência Santana um programa de qualificação e requalificação profissional, oferecendo diversos cursos profissionalizantes para moradores do CCS, funcionários do IPQ e comunidade. Em 1998 devido ao resultado positivo houve uma

nova etapa de cursos, entre eles o de pedreiro, que viabilizou a reforma do Casarão. Três moradores das unidades do CCS foram inscritos no referido curso e vieram a fazer parte do grupo de ocupantes do SRT, anteriormente denominado de Pensão Masculina.

A partir de 18 de novembro de 1998 um grupo de treze moradores, que demonstrava independência para a realização dos cuidados pessoais, foi selecionado para iniciar a participação em reuniões semanais, sob a coordenação de psicólogos.

Estas reuniões tinham por objetivo apresentar a proposta de moradia com maior independência, localizar as pessoas no mundo e na comunidade, estabelecer vínculos entre os moradores, iniciar a apropriação de um espaço de moradia e desenvolver compromisso com este projeto, que exige maior autonomia, independência e responsabilidade.

No início de março de 1999 as reuniões passaram a ser efetuadas, semanalmente na própria casa, que já estava liberada para moradia, contando com: uma cozinha, uma copa, uma sala ampla, uma lavanderia, um banheiro com três vasos e três chuveiros, cinco quartos com dois leitos em cada um e uma área coberta.

A partir de março de 1999, uma funcionária passou a fazer parte da equipe terapêutica, assumindo a supervisão das atividades diárias do grupo. A partir daí, então, os moradores começaram a freqüentar a casa todas as manhãs, retornando às unidades na hora do almoço. Eles participavam da organização doméstica, apropriando-se gradativamente daquele espaço e fortalecendo os vínculos com os colegas, funcionária e comunidade. A apropriação da casa se deu aos poucos e as residentes passaram a ocupar e a organizar, gradativamente, os armários de seus quartos e os demais pertences.

Durante o processo de composição do grupo houve dificuldades de adaptação de algumas pessoas, seja por conflitos advindos por questões de relacionamento, seja por necessidade de um trabalho intermediário, a ser realizado entre um ambiente hospitalar e o ambiente de moradia. Desta forma, algumas pessoas foram desligadas, outras incluídas.

Finalmente, em 10 de maio de 1999 os moradores ficavam durante o dia, sob supervisão e apoio de duas funcionárias e sozinhos nos finais de semana e feriados.

Para situações de emergência, o plantonista do próprio hospital se responsabilizava por atender as situações de urgência/emergência, mediante contato telefônico.

Com base nos dados obtidos nas entrevistas com os profissionais, a apropriação do espaço foi acontecendo com base na redistribuição das atividades, respeitando-se as preferências pessoais. O contato com a comunidade foi intensificando-se através da participação dos moradores em várias atividades, como por exemplo, nos cultos e nas cerimônias religiosas, ida a festas locais, rodeios, compras no mercado público, visita à casa de funcionários, realização de café da tarde com a presença do padre da comunidade, comemorações de aniversário pessoal ou do SRT, com a presença de seus convidados, passeios feitos pelo grupo em locais de sua escolha, com objetivos de lazer ou de compras, dentre outras atividades.

No programa terapêutico, há relatos de que os residentes começaram a resgatar sua cidadania na medida em que faziam referência à Casa como algo distinto do hospital, verbalizando frases como: “Fui lá na Colônia<sup>21</sup>” Reivindicações por parte dos pacientes começaram a fazer parte das evoluções nos prontuários, como a solicitação de um dos moradores de ser chamado pelo nome e não mais pelo apelido em que era conhecido no hospital onde residia na condição de paciente, a solicitação para que tomassem porte de seus documentos de identidade, para possibilitar o trânsito na comunidade, a necessidade de segurança na Casa e no caso dos idosos a solicitação dos mesmos para utilizarem o transporte coletivo gratuito. Ao reclamarem da comida fornecida pelo hospital, acabaram assumindo o preparo da própria alimentação e a possibilidade de participarem de um trabalho remunerado também estava na pauta das reivindicações e conquistas.

Problemas de auto-gestão administrativa e financeira, a ausência da participação dos moradores em dispositivos comunitários, como CAPS e a necessidade de se ter maior integração dos residentes em atividades comunitárias, além da necessidade da efetiva reinserção social dos seus moradores, foram apontados como aspectos negativos que devem ser superados nos SRTs masculinos, a fim de melhorar a qualidade do atendimento (CCS, 2002).

---

<sup>21</sup> Colônia era o antigo “apelido” do Hospital Colônia Santana localizado no município de São José que passou a ser denominado posteriormente de Instituto de Psiquiatria.

Com relação ao trabalho, alguns encaminhamentos foram tomados na época, como a utilização de uma área coberta no SRT onde se organizou uma pequena marcenaria, para ser utilizada por seus moradores que tinham habilidade com a marcenaria profissional, passando a serem fabricados móveis de brinquedo sob a encomenda dos funcionários do IPQ. As participações em oficinas de panificação e em trabalhos externos contribuíram para a coesão do Grupo.

Na oportunidade um dos residentes me contou que numa ocasião retornou a sua cidade natal, mas ao constatar que as possibilidades de reinserção familiar eram remotas retornou ao SRT e resolveu participar mais ativamente na Casa, começando a contribuir para a aquisição de equipamentos.

Da mesma forma que o SRT feminino estava inicialmente vinculado a uma enfermaria feminina, o masculino estava vinculado a 8ª Unidade Masculina, destinada ao tratamento de pacientes de longa permanência devido a problemas de ordem clínica e psicossocial, uma enfermaria parecida com a 2ª Feminina.

No Residencial Antúrio pude perceber como as residentes se organizam em torno de uma rede de solidariedade, com o cultivo de um espaço rico de trocas de experiências, a vários aspectos relacionados às questões ligadas a dinâmica familiar, à convivência entre os pares, à busca por uma maior interação com os poucos laços familiares existentes, à medicação, ou à forma de lidar com os momentos de crise. Assuntos relacionados ao estigma e ao preconceito da loucura. Conflitos advindos da convivência, do isolamento social, da frustração, da impotência, bem como as formas de reação e enfrentamento fluíam, à medida que a conversa ganhava corpo.

O jeito peculiar de cada um dos moradores distinguia-se entre os mais falantes, outros introvertidos, havia os que não paravam de falar, outros que só falavam quando eram incentivados.

A relação democrática permitia que todos se manifestassem e partilhassem com o grupo a sua necessidade.

### **3.4.3 Residencial Atena**

Antes de relatar as informações coletadas com os moradores do Residencial Atena recorri, assim como fiz ao apresentar o Residencial Antúrio, ao Projeto de Residência Terapêutica Masculina do Residencial Atena (CCS, 2002) para contextualizar o referido serviço. Depois, passo a repartir as impressões que tive ao participar de uma reunião terapêutica acontecida numa manhã de 5ª feira, ao ser aceita pelos moradores e pela equipe terapêutica, com a finalidade de conhecer um pouco mais sobre este serviço.

Neste Residencial mora uma das pessoas que, frequentemente, vai à porta do Residencial do Pomar tomar cafezinho e “jogar conversa fora”. Trata-se de um, dos cinco moradores do local, que veio transferido da Unidade Ana Teresa (UTA), ligada ao IPQ, Unidade esta onde foi feita a primeira experiência de desospitalização no Estado de SC, antes da criação do primeiro SRT.

Segundo o projeto terapêutico do Residencial Atena, este serviço tem por objetivos:

viabilizar melhor qualidade de vida aos ex-moradores de transtornos mentais, por meio da inclusão dos mesmos no SRT do MS, promovendo a autogestão e administração das atividades de vida e necessidades diárias, de maneira acompanhada, proporcionando qualidade de vida e resgate da cidadania”. Busca “recuperar habilidades de vida diária, ampliar e responsabilizar as ações e atividades diárias individuais e coletivas, reforçar o auto-cuidado e a auto-estima, atingir máxima independência e autonomia e reinserir socialmente os indivíduos na comunidade (CCS,1999-2002).

Segundo o referido projeto, o Residencial Atena foi idealizado para abrigar oito pessoas do sexo masculino, na faixa etária entre 39 e 67 anos, com os mais diferenciados diagnósticos clínicos e psiquiátricos.

O Residencial Atena também é localizado em São José, no bairro Santana, e fica próximo tanto do Residencial do Pomar, quanto do Residencial Antúrio. Criado a partir de esforços de profissionais do IPQ e em parceria com a Associação de Psiquiatria de SC, a qual contribuiu, inicialmente, para a sua criação e manutenção.



A estrutura físico-funcional é composta por quatro quartos, uma sala de estar e uma de jantar, dois banheiros, uma cozinha, uma área de serviço com banheiro e área externa, além de um depósito. A casa está em bom estado de conservação, possui mobiliário adquirido com os recursos dos próprios residentes e a decoração fica a cargo de todos (aliás, tudo combinando, onde o tom azul das paredes também pode ser visto no sofá da sala de jantar e em outros cômodos). Os residentes dispõem de conforto. Cada quarto possui uma decoração diferente. Alguns são mais arrumados e mais decorados do que outro e pelos objetos dispostos no mobiliário adquirido é possível conhecer um pouco do gosto de cada residente.

A Casa fica numa espécie de rua sem saída e está cercada por um muro de cerca de um metro de altura que delimita o território dos seus moradores. Geralmente as janelas e a porta da frente estão sempre abertas mostrando que ainda é possível dispor de certa segurança além de demonstrar que ali se prima por uma recepção aos visitantes de forma hospitaleira.

Recentemente, adquiriram máquina de lavar que pagam em prestações com o auxílio que recebem do programa “De Volta para Casa” e de uma forma geral possuem todos os eletrodomésticos que lhes garantam conforto. Os quartos são espaçosos, um deles possui TV 42 polegadas, aparelho de DVD, além de outros equipamentos necessários à reprodução de CDs.

Os residentes contam com uma equipe terapêutica composta por terapeuta ocupacional, enfermeiro, médico e uma auxiliar de serviços administrativos. Esta equipe se reúne com os residentes semanalmente onde discutem aspectos de gerenciamento do lar, pagamento de contas, problemas de relacionamento, programação de passeios e tantos outros assuntos trazidos conforme a necessidade do momento. O respeito a democracia nas decisões da Casa é forte e a comunicação de forma clara contribui para uma vivência harmoniosa.

Esta equipe técnica, junto aos residentes, forma a “família” dos residentes de Atena.

Nesta residência quase todos são aposentados e administram, integralmente, seus benefícios. Com os “De Volta para Casa” pagam o aluguel da casa, água, luz e as despesas necessárias a manutenção do Residencial. Os medicamentos e os gêneros

alimentícios ainda são fornecidos pelo IPQ, embora estas pessoas não façam mais parte do quadro de pacientes da instituição, pois receberam alta ao tornarem-se moradores. Embora o IPQ não receba qualquer pagamento pelo atendimento destes usuários é a instituição que continua se responsabilizando pelas necessidades básicas de alimentação, recursos humanos e medicamento para todos os residentes dos três Residenciais que existem no Estado, conforme abordarei mais adiante.

Com relação à condição civil, não há residentes interditados. Todos recebem com seu cartão o dinheiro no banco e administram seus recursos. Guardam consigo seus documentos e dividem entre eles todas as despesas necessárias. Existe um livro caixa que registra todas as receitas e despesas e a cada semana tudo é, cuidadosamente, conferido por todos, com o auxílio de uma das funcionárias. Aliás, um dos residentes tem a função de *office boy*, com a missão de atender aos pagamentos necessários à manutenção da casa. Uma atividade complexa, que envolve o deslocamento de ônibus até o banco.

Com relação ao funcionamento do serviço, da mesma forma que as outras unidades, os residentes dividem por afinidade e necessidade as atribuições relacionadas aos cuidados com a casa, nas tarefas diárias, e contam com o auxílio de uma profissional que passa meio período todos os dias com eles e que parece ser extremamente querida pelo grupo. A hora do almoço é partilhada com os residentes e também com a equipe técnica. Talvez esta rotina seja um dos indicativos de como vivenciam a idéia de uma família.

As reuniões com a equipe técnica se dão uma vez por semana e neste espaço é que são discutidos os mais diversos assuntos, que vão desde o compartilhamento de novidades, à resolução de conflitos, problemas e alegrias, como também a participação em eventos na comunidade. Os passeios externos a pontos turísticos, depois da interdição do Ministério Público ao IPQ, não aconteceram mais (segundo os residentes e a equipe técnica), devido a problemas burocráticos como a impossibilidade de se conseguir nota fiscal, que é o meio necessário à prestação de contas.

Durante a reunião da qual participei, no mês de junho de 2008, apareceram os mais diversos assuntos, como prestação de contas, visita ao serviço de uma das funcionárias da Coordenação Estadual de Saúde Mental, além de outros informes.

Um dos residentes se matriculou numa academia de ginástica e divide com seus colegas a satisfação de participar desta atividade todos os dias.

Neste momento, também foi acertado que alguns pacientes de Ana Tereza visitariam o Residencial Antúrio, pois a equipe e seus moradores gostariam de preencher mais uma vaga com alguém cujos moradores tenham aprovado antes, de forma semelhante às regras estabelecidas pelo Residencial Antúrio para os novos moradores.

Na oportunidade, os residentes afirmaram que não são mais pacientes e sim “moradores”, pois já receberam alta médica e se encontram em condição melhor de saúde, do que àqueles que permanecem internados em tratamento. Eles me falaram sobre a importância que o remédio tem nas suas vidas, pois é a forma através da qual conseguiram controlar os sintomas da doença mental e com isso, viver em comunidade.

Segundo os residentes, viver em comunidade é o maior benefício de terem ido morar no Residencial. Ter amigos; e o poder de ir e vir; escolher e decidir sobre coisas que dizem respeito às suas vidas; ter uma família; e poder cuidar de si, constitui o elenco dos maiores benefícios de se ter saído do hospital para morar na Casa.

Ao perguntar se tinham planos de deixar o Serviço, me disseram que no momento nenhum deles pretende se afastar, pois muitos não têm família, e os que possuem família não apresentam condições sociais para a convivência junto à mesma. Eles ponderaram que estão acostumados com a vida neste serviço, pela melhoria que a situação de ser um morador lhes proporcionou, a ponto de não se sentirem motivados a pensar em outra vida.

Levam a sério a política, pois acreditam na influência direta sobre suas vidas. Todos fazem questão de votar, possuem partidos políticos definidos, mas preferem não fazer propaganda política.

Um deles me disse que o mais importante em morar num Residencial é voltar a exercer a cidadania e acha um absurdo que ainda existam moradores de SRTs interditados para os atos da vida civil, pois se galgaram tal posição – a de moradores - é porque possuem capacidade de gerenciar e responder por suas vidas. Defende que as interdições feitas a pacientes devem ser revistas, bem como a de condição de

moradores de Residenciais com a finalidade de se restituir de fato a cidadania dos que se encontram interditados para os atos da vida civil. A sua opinião é partilhada por todos os demais membros deste serviço.

As moradoras do Residencial do Pomar fazem parte da rede social destes residentes. Eles as vêem como pessoas que possuem a mesma condição social e histórias de vida muito parecidas. Além do mais frequentemente estão juntos em atividades de lazer como os lanches especiais que fazem nas Residências ou participando de passeios ou festas programadas.

Nenhum dos moradores afirmou que possui vínculo afetivo, ou mantém relações sexuais. Trazer uma companhia para a casa somente com autorização previa, dado que dividem o quarto com outros companheiros. Como não pretendem se mudar do Residencial consideram que não há sentido investir em compromisso.

Desta maneira, ao traçar um breve panorama dos SRTs no Estado, busco situar tais residências no contexto da rede de atenção em saúde mental, como parte do campo de possibilidades que delimita a visão e a vida dos interlocutores.

### 3.5 O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Com o propósito de situar o SRT na rede de atenção à saúde mental, do Sistema Único de Saúde, recorri às informações contidas nos “Critérios para a Consecução de uma Rede integral de Saúde Mental para o Estado de Santa Catarina” (SES, 2004-2007) e, posteriormente, participei de uma audiência pública cujo tema dizia respeito à rede de atenção à saúde mental, no Município de São José<sup>22</sup>.

Segundo Serrano et al. (2004), com base no referido relatório, a tarefa de proteger e melhorar a saúde mental da população é complexa e envolve múltiplas

---

<sup>22</sup> O município de São José é uma das cidades mais populosas do Estado, com cerca de 5.866.568 de habitantes, concentrando 3,15% da população brasileira. Localizado na região metropolitana de Florianópolis e a quarta cidade mais antiga de Santa Catarina. Colônia Santana, por sua vez, é precisamente o bairro do município de São José onde estão situados todos os Serviços Residenciais Terapêuticos do Estado. Pode-se dizer que este bairro se desenvolveu como marco da história da psiquiatria catarinense, uma vez que até a presente data, concentra o maior número de atendimentos na área da psiquiatria no Estado. A população residente é composta em grande parte por profissionais do Instituto de Psiquiatria e o crescimento deste bairro tem sido atribuído à força da geração de empregos e da oferta de produtos e serviços que giram em torno dos serviços psiquiátricos ali presentes.

decisões, bem como o estabelecimento de prioridades entre necessidades, condições, serviços, tratamentos e estratégias de promoção e prevenção de saúde mental e escolhas sobre o que financiar.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação, controle social e a construção da rede de atenção integral à saúde mental.

Sustenta-se, portanto, que a atenção integral em saúde mental deve propor um “conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais, que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenções: educativo, assistencial e de reabilitação”. Considerando os dados epidemiológicos e a realidade local de cada município, reforça-se a necessidade da criação de uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, à mulher, à criança e ao adolescente e aos usuários de álcool e outras drogas, dentre outros.

Esta rede deve contemplar: a estruturação da atenção básica em Saúde Mental com inclusão do Programa de Saúde da Família (PSF), ambulatórios de Saúde Mental, a ampliação de uma rede substitutiva territorializada, com CAPS capazes de acolher e cuidar da pessoa numa situação de crise, assim como outros serviços: hospital-dia, serviços de pronto atendimento e serviços residenciais terapêuticos; além da garantia de leitos de curta permanência em hospitais gerais, haja vista que a rede de atenção deve trabalhar sob a perspectiva de diminuição da internação psiquiátrica, em hospital especializado em psiquiatria, prevendo uma rede estruturada, de modo diversificado e qualificado (RELATÓRIO FINAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.13).

Os serviços de saúde mental devem ser prestados, prioritariamente, na comunidade, mediante uso de todos os recursos disponíveis, intervenções precoces e limitação do estigma associado com o tratamento. Sendo assim, torna-se imprescindível incentivar a criação de uma rede de assistência substitutiva, cuja efetivação requer a operacionalização de um pacto entre os gestores de saúde, incluindo a participação do gestor municipal, na regulação e na consolidação da rede de assistência em saúde mental, nos seus mais diversos níveis de competência. Desta forma, para Alano et al.

(2005) é preciso melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários da saúde mental, ampliar o acesso da população aos serviços de saúde mental e dar continuidade à atenção nos vários níveis, estabelecendo fluxos de referência e contra-referência, com vistas à consecução de uma rede resolutiva.

Com o intuito de buscar subsídios para compreender a qualidade da assistência prestada as (os) moradoras (es) dos SRT, especialmente no município de São José, local que cedia tais estabelecimentos de saúde, procurei obter informações sobre a operacionalização e qualidade desta rede de assistência, pois esta lógica vai ao encontro dos preceitos imbuídos na noção de territorialidade, tão necessária quando se trata de moradores de um SRT.

Sendo assim, participei como gestora de uma audiência pública no Fórum de São José, que tratava do seguinte tema: “O Problema de Saúde Mental do Município de São José”. Para minha surpresa, constatei que esta audiência havia sido solicitada pela direção do IPQ devido aos seguintes problemas: dificuldade do IPQ em fazer contato com o município de São José; ausência de uma rede básica no Município, falta de respaldo por parte da Coordenação Estadual de Saúde Mental; ausência de uma rede de atenção em saúde mental em São José e falta de assistência na área de saúde mental local. Como a pretensão do IPQ, neste momento, é funcionar como um hospital escola e não somente como uma instituição de cunho assistencial, necessita-se com urgência de uma rede de atenção substitutiva.

A exposição feita pelo Dr. Walter Ferreira, médico psiquiatra e representante da comissão de desinstitucionalização no Estado, sobre o “Modelo Assistencial em Saúde Mental” apontou a necessidade de se investir na promoção da saúde com referência na integralidade, mostrando uma proposta de construção de uma rede local. Para o psiquiatra, trata-se de uma ação conjunta que leve em consideração aspectos políticos, sanitários, territoriais e sociais. O município de São José, embora com uma população considerável, não possui um Centro de Atenção Psicossocial nem serviços de urgência/emergência, mas apenas um ambulatório cadastrado como Programa de Saúde Mental, onde trabalham um médico e um enfermeiro. Pude constatar que das internações realizadas no IPQ, somente 27,23 % da demanda que chega ao Hospital é

internada, ficando o restante, cerca de 50% das pessoas que procuram o IPQ, sem receber qualquer tipo de atendimento.

Segundo o Procurador Geral da Cidadania e Fundações do Ministério Público de Santa Catarina, já foi feito, anteriormente, um Termo de Ajuste de Conduta – TAC com vistas a instalar a rede de assistência, mas o fato é que o mesmo não fora cumprido, requerendo medidas como a cobrança de multa em função da negligência do acordo.

Outro fato que me chamou a atenção foi que somente durante a audiência pública é que os interessados (incluindo gestores, profissionais e a própria direção do IPQ) tomaram conhecimento que desde janeiro deste ano, os três Serviços Residenciais Terapêuticos já tinham sido cadastrados, efetivamente, no SUS e com isto, a Secretaria Municipal de Saúde de São José, através do Centro de Saúde de Barreiros na qual os SRTs estão vinculados, já havia recebido o incentivo dado às unidades cadastradas para a reforma, compra de materiais e equipamentos (conforme a PT/GM 246/05 Anexo F), embora não tenha repassado os valores recebidos aos SRTs, nem mesmo ao próprio IPQ que vem administrando os mesmos.

No final da audiência pública a Coordenação de Saúde Mental de São José apresentou uma proposta de implantação da rede de assistência a ser efetivada, logo que for possível, fato este ainda condicionado à vontade política e à disponibilidade de verbas orçamentárias.

Sem uma rede de assistência substitutiva é possível presumir que os SRTs em Santa Catarina ainda careçam de uma atenção descentralizada, haja vista a inexistência de serviços de referência ou contra-referência na área da saúde. Desta forma, me resta refletir se é possível pensar em desinstitucionalização sem que ocorra uma descentralização manicomial de fato.

Além de informações referentes à situação atual, da rede de assistência em saúde mental de São José, é preciso investigar o que está sendo previsto em termos de políticas públicas na área da saúde mental e gênero, com o intuito de aprimorar a contextualização presente.

### 3.6. POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS, PESQUISAS RELACIONADAS COM GÊNERO E SAÚDE MENTAL

Adoto para esta pesquisa o conceito de política pública de Schmidt (2007), ou seja, como um curso de ação do Estado, orientado por determinados objetivos, refletindo ou traduzindo um grupo de interesses e de programa governamental que, por sua vez, consiste em uma ação de menor abrangência, em que se desdobra uma política pública.

Ao analisar políticas públicas e programas governamentais, a partir da perspectiva de gênero, pretendi ir além da identificação de políticas e programas que atendam as mulheres, embora a identificação de tais políticas seja um momento necessário deste estudo, quando se trata de uma assistência especializada.

Neste sentido, pude constatar que a população de mulheres residentes de um SRT ainda carece de uma legislação que as considere em termos da integralidade e que possa contemplar as suas necessidades, com base num processo que leve em consideração os próprios preceitos do Sistema Único de Saúde: o princípio da integralidade.

A fragmentação do cuidado à saúde, inspirada pelo modelo biológico hegemônico, parece ser um dos maiores desafios no contexto da desinstitucionalização, pois em sua acepção de cisão é alimentada pelas tecnologias de gestão da saúde mental aí incluídas as ideologias e as questões pertinentes ao gênero. Além do mais a rede de assistência é extremamente precária.

Há de se levar em conta a complexidade dos problemas de saúde das mulheres, que o interesse não se restrinja somente à saúde reprodutiva, nem somente aos sinais e sintomas de alguma alteração psiquiátrica. Além do mais, o processo de envelhecimento a que todos somos acometidos demanda um conjunto de medidas e ações mais específicas. Isto requer a interação entre as diversas especializações, buscando uma articulação complementar entre ações e serviços ou entre as instituições, nos seus mais diversos níveis de complexidade, o que infelizmente não acontece.



A palavra integração que advém do sentido de integrar, no contexto da desinstitucionalização, parece extrapolar os seus sentidos e desafia o movimento feminista e os estudos de gênero na redefinição de seus caminhos de luta, como uma prerrogativa constitucional das mulheres, especialmente, quando me reporto à saúde das residentes de um SRT.

Diante deste breve panorama, em que procurei contextualizar determinados aspectos que compõem o campo de possibilidades das moradoras do Residencial do Pomar, assim como a dos moradores de outras residências, me resta conhecer o que vem sendo produzido em termos de pesquisas no campo da saúde mental e gênero, para retomar a discussão política sobre os Planos de Saúde neste âmbito.

Com relação ao campo nacional de pesquisas, o Brasil vem acumulando experiências e registrando avanços importantes nessa área, sendo possível constatar o aumento do interesse por temas que tratam sobre as relações entre gênero e saúde. Ressalto os seguintes estudos que ilustram essa preocupação: Aguiar e Barbosa (2006) sobre as relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+; Giffin (2002) a respeito da pobreza, desigualdade e equidade em saúde sob uma perspectiva de gênero transversal; Aquino (2006) que estuda o perfil de tendências da produção científica no Brasil; Minella (2005) que trata de gênero e contracepção sob uma perspectiva sociológica, reunindo os resultados de uma série de pesquisas realizadas no campo das relações entre gênero e contracepção no Sul do Brasil entre 1990 e 2000, ressaltando a esterilização feminina e a vasectomia; Paim (1998) que analisa os significados sociais atribuídos aos eventos biológicos da reprodução; Citeli et al (1998) que pesquisam os reveses da anticoncepção entre mulheres pobres; Grossi, Minella & Losso (2006) abordam temas sobre violências contra as mulheres, em diferentes áreas do conhecimento; e Nascimento & Ferreira (1997) constatando que as mulheres não têm recebido a atenção necessária, digna e eficaz para solucionarem seus problemas de saúde.

Com relação ao gênero e saúde mental destaco os estudos de: Maluf (2006), que têm como interesse os cruzamentos entre gênero, subjetividade e “saúde mental” nas culturas urbanas brasileiras contemporâneas, através de uma análise das políticas públicas, do ativismo político e das experiências sociais em torno do tema; Silveira

(2000) sobre o sofrimento de nervos entre mulheres descendentes de açorianos em Florianópolis, SC; Sandri (2001) que busca uma compreensão do sofrimento psíquico, engendrado nas relações de gênero; Rennó et al (2005) que descrevem as características de vários centros especializados de apoio à saúde da mulher no Brasil; Meneguel et al (2006) que têm como interesse mulheres vitimizadas que são atendidas numa casa de abrigo governamental, na cidade de Porto Alegre; Schmidt (2007) sobre o mapeamento e análise de políticas públicas, programas governamentais e práticas de atendimento no Estado de Santa Catarina; e Leonel & Pereira (2005) que analisam a doença mental nas mulheres negras, dentre outras.

Com este sucinto panorama, demonstrando a diversidade de temas de interesse no campo da saúde da mulher, retomo a discussão para o plano político por entender que as políticas de saúde mental das mulheres integram um contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher.

Recorro, então, ao Plano Nacional de Saúde que funciona como norteador das políticas públicas locais, que tem por objetivo o de contemplar a saúde das mulheres como ações prioritárias, identificando desigualdades nas condições de saúde e no acesso às ações e serviços, segundo variáveis geográficas e socioeconômicas. Esse Plano pretende, também, verificar o impacto das ações e programas desenvolvidos e indicar necessidades de reorientação estratégica das ações, segundo possíveis cenários que contemplem mudanças nos quadros político, institucional, econômico, social, tecnológico (MS, 2005)<sup>23</sup>.

A Saúde Mental vem passando por inúmeras transformações, evidenciadas no crescimento do número de legislações neste campo. Por outro lado, é possível verificar nas políticas desenhadas no referido plano um esforço em contemplar a saúde da mulher. Porém, a relação entre estes campos de interesse ainda é modesta, pois como demonstra Schmidt (2007) ainda não existem políticas públicas em saúde mental

---

<sup>23</sup> Ressalto que o discurso do Ministério da Saúde bem como os discursos de outras fontes oficiais foi eleito como objeto de análise neste estudo, pois ainda que se observe uma mudança qualitativa no deslocamento do enfoque materno-infantil convencional, há evidências que outros aspectos da saúde da mulher, tais como o trabalho, a cidadania e a saúde mental continuam ainda sendo negligenciados.

(independente de raça, classe e geração), no estado de Santa Catarina, explicitamente, voltadas às mulheres.

Na esfera federal, este fato é confirmado por Maluf (2006) ao constatar que o planejamento das ações de saúde para as mulheres, neste contexto, visa apenas prevenir alterações, promovendo qualidade de vida.

Se por um lado o campo da Saúde Mental se refere à qualidade de vida, a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, também do Ministério da Saúde, tem se restringido às questões pertinentes à saúde reprodutiva e à prevenção, mesmo levando em consideração que existem outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Neste sentido, posso presumir que a população de mulheres residentes em SRT ainda carece de uma legislação que as considere em termos da integralidade e que possa contemplar as suas necessidades, com base num processo que leve em consideração os próprios preceitos do Sistema Único de Saúde: o princípio da integralidade.

O foco de interesse não deve se restringir somente à saúde reprodutiva, nem somente aos sinais e sintomas de alguma alteração psiquiátrica. Além do mais, o processo de envelhecimento, a que todos estão acometidos, demanda um conjunto de medidas e ações mais específicas. Isto requer a interação entre as diversas especializações, buscando uma articulação complementar entre ações e serviços, ou entre as instituições nos seus mais diversos níveis de complexidade.

Na opinião de Costa e Silvestre (2004, p.67-68), a integralidade da atenção às mulheres

deve prover um conjunto coordenado de ações e produtos para cada mulher e para o conjunto da população, em que o desafio para gestores e profissionais é produzir uma assistência à saúde articulada aos princípios tecnocientíficos, organizacionais e ético-políticos (sic) e a mudança de paradigma da atenção e do cuidado deve estar refletido na política, na organização dos serviços, nas relações entre os profissionais da equipe de atenção e na sua relação com os usuários dos serviços e cidadão em geral.

Além do mais, a palavra integração advém do sentido de integrar, que no contexto da desinstitucionalização extrapola os sentidos desta palavra polissêmica, e desafia o movimento feminista e os estudos de gênero na redefinição de seus caminhos de luta, como uma prerrogativa constitucional da mulher, especialmente, quando me reporto à saúde das residentes de um SRT.

## CAPITULO IV

### **4 MORADORAS DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: TRAJETÓRIAS, ITINERÁRIO TERAPÊUTICO, E PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE/DOENÇA**

Depois de relacionar os campos de possibilidades, que de alguma forma contextualizam a visão das informantes desta pesquisa, finalmente me proponho neste capítulo a descrever quem são as protagonistas que me inspiraram à realização desta tese, como elas se vêem; como se intitulam; e como reconhecem a própria diversidade; assim como a sua visibilidade na vida cotidiana.

Estou privilegiando informações que me dêem a possibilidade de se ter uma compreensão geral sobre o grupo que reside nesta Residência, assim como a singularidade que define cada uma das residentes, haja vista que este processo de reconstrução de cidadania possui significados diferentes para cada uma delas.

Esta análise está dividida em três sub-capítulos. O primeiro é dedicado às trajetórias das residentes, o segundo ao itinerário terapêutico e o terceiro ao processo saúde/doença, em articulação com a percepção que as residentes têm do trânsito entre a condição de pacientes e a condição de moradoras.

Acho importante dizer, que ao longo dessa síntese, as variações nos aspectos assinalados se explicam em virtude do fato de nem todas falarem sobre as mesmas coisas, embora os estímulos tenham sido os mesmos. Desta forma, busquei realizar o registro das suas trajetórias a partir de alguns tópicos contidos no roteiro descrito no capítulo, referente ao percurso metodológico. Depois de transcritos os relatos, sintetizei as trajetórias, destacando o modo como percebem as diferentes fases das suas vidas: antes e durante à internação hospitalar, e na condição de residentes.

Desta forma, inicio a análise com a apresentação do tempo de internação no hospital psiquiátrico e de moradia no Residencial, como parte do itinerário terapêutico.

Cabe ressaltar que, os nomes adotados aqui são nomes de flores e foram escolhidos pelas próprias moradoras do Residencial, para apresentá-las a fim de garantir-lhes o anonimato. Sendo assim, Hortência, Margarida, Rosa, Lírio, Jasmim e Violeta são as personagens principais desta pesquisa. Com relação aos demais interlocutores citados (profissionais da equipe técnica e residentes dos SRTs masculinos), todos também tiveram seus nomes substituídos para preservar o anonimato.

#### 4.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

##### 4.1.1 Tempo de Internação e de Moradia no Serviço Residencial Terapêutico

**Tabela 1:** Distribuição Conjunta do Ano da Primeira Internação no Instituto de Psiquiatria, Ano de Entrada no Serviço Residencial Terapêutico, Tempo de Permanência no Instituto de Psiquiatria e Tempo de Permanência no Serviço Residencial Terapêutico Até o Ano de 2008.

<b>Ano Primeira Internação</b>	<b>Data Entrada no SRT</b>	<b>Tempo Permanência Internadas IPQ</b>	<b>Tempo Permanência no SRT</b>
1952	1990	38 anos	18 anos
1955	1990	35 anos	18 anos
1969	1990	21 anos	18 anos
1981	1991	10 anos	17 anos
1997	2002	5 anos	6 anos
Não discriminado prontuário	1991	média aproximadamente 20 anos	média 17 anos

Os dados da Tabela 1 revelam que a permanência das residentes, internadas em hospital psiquiátrico, varia de cinco a trinta e oito anos, sendo que a grande maioria permaneceu institucionalizada por mais de vinte anos, duas destas, por mais de 35 anos. Cabe ressaltar que não consta num dos prontuários o tempo de internação de uma das residentes. É possível observar então, que o tempo de hospitalização é ainda maior do que o tempo em que permanecem na condição de moradoras que, para um maior número de moradoras, varia de dezessete a dezoito anos. Somente uma delas chegou mais recentemente ao Residencial do Pomar, cerca de seis anos atrás.

Cabe lembrar que a cultura de atenção à saúde mental, na época em que foram internadas (e de certa forma ainda hoje) ainda era fortemente hospitalocêntrica. Além

do mais, a dificuldade de comprar remédios para tratar a doença, aliada a outros problemas de ordem sócio-econômica, contribuíram para dar início à carreira de longas internações em hospital psiquiátrico, cominando como a ruptura dos laços sociais de outrora. Estas mulheres permaneceram desta forma, anos de suas vidas confinadas em uma instituição psiquiátrica até que fosse criado o Residencial para abrigá-las, como foi possível na tabela acima.

#### **4.1.2 As Trajetórias: Percepção sobre o Passado e sobre o Itinerário Terapêutico**

Após apresentar o tempo de internação e de moradia no SRT, passo a uma apresentação individualizada de cada uma das residentes.

Início a apresentação com Jasmim, por ser uma das primeiras moradoras tanto do IPQ, quanto do SRT. Foi hospitalizada na década de 1950, no auge do tratamento moral consolidado no Estado, quando se preconizava o isolamento do mundo externo, a organização do espaço asilar, a manutenção de sua disciplina, bem como a submissão à autoridade, assim como a descoberta dos neurolépticos, que se deu em 1952 (PORTO, 2001).

A residente é uma pessoa extremamente comunicativa, determinada e vaidosa. As impressões contidas nos relatos descritos em seu prontuário médico, assim como a impressão de alguma das outras residentes, associam a sua imagem a uma pessoa de forte personalidade e liderança que, por vezes, se mostra autoritária.

Seu quarto possui uma cama confortável, um armário improvisado que serve de guarda roupas e um criado mudo cheio de objetos pessoais. Embora sua decoração seja muito simples parece que dispõem de muito conforto naquele espaço que já sinaliza que está ficando um pouco sub-dimensionado em função das aquisições pessoais que vão se multiplicando. Aliás, seus objetos podem ser percebidos por toda a Casa. Ocupam a maioria das prateleiras da nobre estante, que fica na sala de visitas, marcando seu território para além de seu quarto. Seu armário é um dos mais cheios. Gosta muito de se vestir com roupas combinadas e está sempre repleta de adereços e novidades da moda local. Digo isto, por ser ela uma das clientes mais assíduas das lojinhas do bairro onde mora, sendo as caminhadas pela vizinhança com o “objetivo de fazer compras”, uma das suas ocupações prediletas.

Seu itinerário não passa sem a visita tradicional às lojas das redondezas onde reside e aos amigos que lá encontra. Compara os preços, pechincha e sabe de cor o valor do dinheiro que recebe de sua aposentadoria e do Programa “De Volta para Casa”.

Quem vê a presteza de Jasmim em sua vida atual não faz idéia do modo como vivia há dezoito anos atrás. Ela foi deixada na Colônia Santana, quando tinha 14 anos de idade e permaneceu por lá por mais de trinta e oito anos ininterruptos.

Não gosta de falar sobre a sua infância e quando perguntei sobre sua família me respondeu: “Eu não tinha mais ninguém. Meu pai morreu e a minha mãe eu nem conheci. Quem me trouxe para Colônia foi a minha mãe adotiva. Daí o Prefeito de Iracema me trouxe a pedido dela”.

Jasmim também não gosta muito de falar sobre a sua vida, durante o tempo em que permaneceu internada para tratamento psiquiátrico. Ao perguntar sobre o período da hospitalização me disse: “Eu não me lembro quase nada. Meus amiguinhos já morreram quase tudo. Mimososa morreu. Se bobear eu vou também”. Mimososa era uma das suas melhores amigas e tinha muito carisma em tão pouca estatura. Faleceu no SRT devido a problemas de saúde, mas suas fotos e até mesmo seus certificados de cursos realizados, ainda se encontravam expostos na parede, como parte daquela paisagem. Certamente, a tristeza da ausência da amiga e o medo da morte, em função de estar lutando contra um câncer, estavam implícitos nas narrativas de Jasmim. Aliás, constam em seus porta-retratos uma série de fotos de amigas, que também se encontravam em situação semelhante à sua, mas que acabaram falecendo.

Ela atribui a sua internação a problemas sociais, pois como não tinha família restava ser encaminhada para um local que pudesse acolhê-la.

Seu diálogo é fragmentado e ela se esforça por demonstrar como está feliz, depois que se tornou uma “moradora”. Ela parece defender sua privacidade e não gosta de dividir com o grupo detalhes sobre sua vida. Do tempo da internação, carrega a forte lembrança da história de uma violência sexual a que foi acometida e que resultou do nascimento de uma criança que fora encaminhada para adoção, logo que nasceu, e cujo nascimento foi descrito por ela como um “erro”. “Eu tive uma criança, um homem e



aí eu o abandonei e dei. Ele está internado no IPQ. Eu não ligo quase para ele porque eu o abandonei”.

Permanece também na lembrança de Jasmim a convivência com as Irmãs de Caridade, que por um bom tempo administraram o hospital onde vivia e exercendo as atividades ligadas à enfermagem e aos cuidados para com os pacientes, de uma forma geral. “Era bom o tempo das Irmãs. Eu passava roupa, engomava as roupas das freiras, engomava os hábitos, fazia tudo no Hospital. Passava até escovão no chão”. Foi assim que Jasmim conquistou o seu lugar no hospital, afirmando a sua capacidade e singularidade em meio àquela instituição total. Naquele tempo, em troca de bons serviços prestados, demonstrava seu potencial para o trabalho e a qualidade da sua produção reafirmava à crença de que já se encontrava “compensada” e, portanto, com alguma perspectiva de alta, ou pelo menos da concessão de alguns privilégios, como o passe livre<sup>24</sup>, por exemplo.

Mas, se por um lado a lembrança das freiras apontava para a sua reafirmação, por outro, sua memória não a fez esquecer a violência que sofreu, em nome das técnicas empregadas no tratamento moral de outrora. Jasmim disse que há muito tempo judiavam dela: “Eles faziam tratamento de cabeça elétrico. Por conta disso fiquei muito esquecida. Eu tomei dezoito eletrochoques. Diziam que eu estava agitada e que eu era louca. Eu ia conversar com outro homem e as freiras me davam choque. Eu só queria fumar e não namorar, mas elas achavam que eu estava conversando e aí, me davam choque. Namorar dava cadeia”. E fazendo repetidas vezes um sinal com as mãos, simbolizando as grades de uma prisão, ilustra a repreensão a que fora submetida, sobretudo o controle sobre a sua sexualidade e sobre a suas relações afetivas. Ainda é possível sentir o medo do eletrochoque presente na fala de Jasmim “Faço todo o serviço da Casa menos passar roupa, pois tenho medo de coisa elétrica”.

---

<sup>24</sup> *Passe livre* é o nome da concessão dada a alguns pacientes do IPQ que já se encontravam “compensados”, e demonstravam independência e certa competência para poderem se responsabilizar por si mesmos e poderem se deslocar com maior liberdade para fora dos domínios da instituição hospitalar. Este benefício era destinado aos pacientes de longa permanência que já se encontravam em boas condições de saúde, mas a problemática psicossocial os impedia de retornar para suas casas, após a alta hospitalar. Tal procedimento servia como uma etapa preparatória para auxiliar o sujeito a passar da condição de paciente para o de morador, caso fosse recomendado a sua transferência para um SRT. O detentor do Passe Livre tinha um *status* elevado, se considerado aos demais pacientes que não gozavam de tal benefício, tornando-se mais respeitados e reconhecidos entre seus pares. O Passe Livre contribuía, também, para a ampliação das possibilidades de trânsito e de circulação em termos sociológicos e simbólicos, pois permitia o trânsito para fora dos muros hospitalares.

Seu contato com o Hospital está cada vez mais tênue, haja vista muitos dos seus amigos do passado já terem falecido, ou terem saído do Hospital de alguma forma. Além do mais, ela não se percebe ocupando a condição de paciente de um hospital psiquiátrico e quando tem que se ausentar da Casa, por problemas de saúde, voltando a se submeter aos cuidados da Unidade de Gestão Participativa (que fica dentro do IPQ), faz questão de demonstrar a sua tristeza. Isto se dá em face da insatisfação, que sente em ter que regredir à condição de paciente e se submeter à dinâmica da vida hospitalar, que já fez parte de sua história de vida, mas que agora na condição de residente não se sente mais parte daquela comunidade de pacientes<sup>25</sup>.

Jasmim é considerada uma espécie de “mãezona” das outras residentes (termo adotado pelas próprias amigas ao se referirem a ela). É possível considerá-la como ocupante do topo hierárquico da dinâmica familiar, que se estabelece no SRT, embora a sua imagem pareça um pouco comprometida em função do seu estado de saúde. Seu nome está sempre presente na fala das outras residentes e a sua ausência, embora transitória, é muito sentida tanto por ela, que não vê a hora de voltar para a casa, quanto por todas as demais, que sentem falta da sua companhia. Quando teve de se afastar em função de uma das enchentes que derrubou a ponte de acesso ao SRT me disse: “Estou preocupada em deixar elas sozinhas na casa, enquanto estou aqui. Eu tenho amor por elas”. Da mesma forma ouvi de suas amigas: “Jasmim lembra que é preciso arrumar o telefone, pois se alguém passar mal é a única forma de buscar ajuda mais rápido”. É assim que é Jasmim “brava, mas sempre presente” (disse Ana). Numa situação de emergência, caso Jasmim esteja fora (devido a problemas de saúde), é a Violeta que parece assumir seu posto. Caso as residentes não resolvam seu problema dentro da esfera familiar resta a UGP servi-las enquanto a principal referência, demonstrando que mesmo nas passagens e trânsitos entre domínios e experiências, as residentes do SRT ainda mantêm sua identidade vinculada a seu grupo de referência (no caso o Instituto de Psiquiatria de SC) e implementada através de mecanismos

---

<sup>25</sup> Durante sua estadia na UGP para tratamento de saúde acompanhei Jasmim em uma das suas refeições. Pude observar que a participação da mesma naquele local se dava a muito a seu contra gosto. Ela me disse que o almoço naquele lugar é sempre mais agitado, se comparado às refeições do SRT, demonstrando como era difícil para ela conviver com a diferença.

socializadores básicos, pois a tendência à fragmentação não anularia, totalmente, certas âncoras fundamentais, que podem ser acionadas em momentos estratégicos.

O forte laço afetivo que constrói a identidade familiar das residentes pode ser percebido no cantinho de Jasmim. É assim que ela se refere ao seu quarto: “meu cantinho”. Sob sua cama repousam três bonecas cuidadosamente arrumadas. Por coincidência, o nome do brinquedo é o mesmo das suas melhores amigas, que já dividiam suas vidas numa enfermaria hospitalar e que lutaram para continuarem juntas quando foram transferidas para o SRT.

Uma delas é Violeta. Como já disse antes, na ausência da amiga é ela que assume as atribuições de liderança do Grupo. Sua personalidade parece ser bem distinta à de Jasmim. Ela pensa muito ao falar, reflete sobre o que diz, tem paciência ao ouvir os outros, embora algumas vezes fale coisas aparentemente difíceis de serem interpretadas. A conexão das suas narrativas requer um tempo maior de reflexão e um esforço mais apurado para alcançar a complexidade de um sentido aparente. Sua pele morena destaca a cor de seus cabelos brancos, embora suas sobancelhas ainda conservem a cor original dos seus cabelos de outrora. Gosta muito de fazer uso de vestidos e quando está sem seus óculos franze tanto a fronte como se estivesse fazendo uma careta.

Ela é admirada pelas demais residentes, pelo carinho que tem para com suas comparsas. Um dos seus dotes é fazer um prestimoso bordado que tece nas calcinhas das amigas que moram com ela. Aliás, um trabalho muito apreciado por todas. Com traços desconexos tenta bordar algumas letras com a finalidade de escrever o nome das suas companheiras. Como não sabe escrever e suas amigas também não sabem ler, a palavra da bordadeira sobre a legitimidade dos nomes tecidos nas roupas íntimas, parece ser suficiente para atestar a qualidade do produto. Produto este que carrega consigo toda uma rede de relações, fortemente construída por sentimentos de compartilhamento, de identificação e de amor entre elas e, sobretudo, de cumplicidade: “Ela cuida de mim. Eu cuido dela. Somos uma família. Olha que coisa bonita. Aqui está escrito o meu nome. Foi Violeta que bordou. Ela cuida de todas nós. Faz isso porque

gosta da gente. Ela é muito trabalhadeira e sabe bordar muito bem. Olha que bonito. Este é o meu nome!”<sup>26</sup> (Fala de Margarida).

Violeta, aos dez anos, apresentou crises convulsivas e iniciou a sua carreira de paciente em 1955. Disse que já trabalhou como doméstica de carteira assinada. Relatou que tem muita dificuldade em se lembrar de coisas do passado, mas que tem algumas que ela nunca esquece. São justamente aquelas relacionadas à vida no lar. “Eu me lembro da minha mãe cozinhando, o cheiro da comida, era bom”.

Ela parece muito conservadora e observadora e está sempre preocupada com o comportamento adequado aos padrões femininos. Não gosta de mulheres que falam palavrões (pois para ela mulher quem fala palavrão tem problemas dos nervos), não gosta de violência e defende com muita força a necessidade de cuidar de sua residência.

Fez questão de relatar o problema que elas tiveram com a comunidade local, ao se mudarem para a Casa. Os meninos da comunidade local jogavam pedras na Residência que, segundo ela, teria a finalidade de “atentá-las” e não as deixarem sossegadas revelando com isso, o preconceito e a discriminação que sofreram como expressões de violência.

Um dos seus maiores orgulhos é mostrar o número de diplomas que estão expostos na sala de visitas da Casa. Fala da importância dos cursos de panificação, horticultura e corte e costura para a sua vida. Tudo muito bem registrado nas fotografias, que revelam apetitosos empadões de frango, bolos e doces. Aliás, ela atribui o sucesso da sua condição de moradora, ao desempenho da qualidade das tarefas que exercia no IPQ e que ainda exerce no SRT, muitas vezes, proporcionado

---

<sup>26</sup> Não posso de deixar de registrar aqui a emoção que senti ao segurar em minhas mãos uma das calcinhas bordadas em linha de cor vermelha por Violeta, ao perceber o quanto àqueles símbolos que estavam ali bordados (e que eram impossíveis de serem decifrados posto que colocados de forma aleatória, não obedeciam regras de qualquer escrita formal) carregavam consigo a tentativa de expressão daquele rico cenário. Rico pelas relações que se estabelecem, pobre ao me perguntar se estas mulheres não poderiam ter tido à oportunidade de aprender a ler e a escrever ao longo de suas vidas. Curiosidade em saber se ainda isto poderia ser possível. Elas não souberam me dizer se gostariam de aprender a ler ou a escrever, mas o silêncio e os olhares perdidos no infinito de certo modo responderam a minha curiosidade.

pelo conhecimento adquirido nas capacitações realizadas e na prática adquirida nas oficinas, que foram criadas numa determinada época já na condição de moradora<sup>27</sup>.

Quando insistia em perguntar à Violeta sobre a sua vida durante a hospitalização me disse: “Já faz tanto tempo que nem me lembro mais. Eles não deixavam a gente sair nem um pouquinho. Aqui é diferente. No Hospital tinham muitas Irmãs de Caridade, mas elas faleceram. Antes nós éramos da Segunda Enfermaria Feminina. Não somos mais. Nós quase não temos amigas lá”.

Da mesma forma que Jasmim, Violeta parece que está rompendo seus laços com a vida hospitalar pregressa. Suas lembranças também parecem fragmentadas. Ela me disse assim: “Eu vim de lá para cá. Eu estava no colégio. Do colégio fui parar num convento em Santo Amaro. A minha mãe judiava de mim, meu pai sofria de úlcera de estômago e faleceu no Hospital de Caridade”. Violeta acredita que foi parar na Colônia por dois motivos, não tinha família e quando ficou doente precisava se tratar. O Hospital era a única possibilidade de conseguir remédio para evitar as crises.

Um dos seus maiores medos é acabar se perdendo, caso tenha uma crise. Desta maneira, tem medo de sair sozinha para além dos limites do bairro, principalmente se tiver de pegar um ônibus. Ela relembra que um dia acabou se perdendo e foi parar num convento. Do convento a trouxeram para o hospital e realmente não gostaria que isto acontecesse novamente.

Violeta está sempre alerta à saúde de suas companheiras. Sabe o quanto isto é importante para a sua *performance* no SRT. Em uma das ocasiões em que conversamos, na presença das amigas, afirmou que Jasmim não poderia voltar a pintar o cabelo, até que a sua saúde se restabelecesse. Esta opinião foi compartilhada por todas as outras residentes, que fazem parte agora da sua família e que compartilham as regras da vida cotidiana como parte do poder contratual do grupo.

Como parece assumir a posição de Jasmim, na sua ausência, cabe lembrar que o próprio cuidado com sua saúde, assim como a de sua amiga, se constitui parte de suas atribuições rotineiras.

---

<sup>27</sup> Não posso deixar de registrar que pessoalmente fiz inúmeras encomendas à Oficina de Panificação, pois, em minha opinião e de muitas outras pessoas conhecidas, inclusive às da Comunidade Santana, não havia torta de morango e empadão de frango mais gostosos do que estes na Cidade. As fotos que algumas residentes guardam consigo, registram a beleza dos produtos preparados por elas.

A preocupação com o aparecimento, ou a associação das mesmas com algum tipo de doença, está muito presente na fala de Violeta e de suas amigas. Violeta afirma sua sanidade mental a toda prova e não considera mais necessário se submeter às reuniões com a equipe técnica e esta opinião é compartilhada pela maioria das residentes. Ao fazer uma distinção entre as moradoras de um SRT e da Unidade de Gestão participativa me disse:

“Lá na UGP as pessoas estão ruins das idéias, falam mal e chamam o nome de “morfética”, e isto é um nome muito esquisito, um nome que ninguém existe. Não sei que doença é essa. Deve ser uma doença muito feia. Eu não sou morfética. Para morar aqui a pessoa tem que estar bem das idéias”.

Assim como Violeta, a outra grande amiga de Jasmim que mora no SRT se chama Margarida, a qual internou acompanhada de sua prima que sabia pouco a respeito de sua vida. Residia em Anitápolis com o avô e o tio, mas com o falecimento do avô e as atividades do tio acabou sendo encaminhada para internação em hospital psiquiátrico. Em seu prontuário está registrado que é órfã e foi criada como adulta e sozinha. Desde criança apresentava “ataques”, embora isto não aconteça há muitos anos. Chegou ao Hospital sem documentos, que foram providenciados posteriormente através da Promotoria Pública.

Ela não sabe dizer ao certo quantos anos tem, nem quanto tempo permaneceu internada para tratamento no IPQ. Embora com toda a problemática social inscrita em sua história de vida, Margarida é daquelas pessoas que parece estar sempre de bem com a vida. Quem chega próximo a ela logo ganha um abraço apertado e seu peito acaba servindo de apoio à sua cabeça. É muito comunicativa e o tom de sua voz parece sobrepujar às demais. Além do mais, a fala rápida busca dar conta da sua opinião, por ser uma das mais articuladas politicamente no grupo. Conhece muitas pessoas e fala com todo mundo. De estatura mediana é uma das mais vaidosas e faz questão de estar sempre bem vestida, pois ainda é uma das residentes que possui um vínculo afetivo e por isso, acredita que seja importante manter a imagem de uma mulher bem arrumada e como diz ela: virtuosa.

Margarida, de jeito maroto e com uma voz inesquecível, possui tamanha ternura capaz de fazer com que um dos pacientes que se encontra no IPQ, enfrente todos os obstáculos possíveis para ir vê-la no Residencial do Pomar: o seu namorado.

Atualmente, a vida parece estar focada em seu amor, o Marcelo, em seu trabalho na Oficina dos Paninhos e de Confecção de Tapeçarias no IPQ e também em sua Casa, que lhe servem de referência e sentimento de identidade, de pertencimento e de auto-estima. A saúde é considerada em sua opinião o resultado da interação positiva destes três elementos.

Ela adora assistir televisão. Os programas de auditório, as novelas e noticiários são os seus prediletos. No momento em que a entrevistei ela estava consternada com a mudança na programação dos canais de TV, pois seus programas preferidos como Silvio Santos e Gugú não estavam mais ao seu alcance.

Margarida, assim como as suas demais companheiras, também teme a manutenção da sua condição de moradora. A perda do bom estado de saúde pode ser considerada fator de risco para a permanência das mesmas no SRT. Esta preocupação pode ser percebida em sua fala: “A Marilda tomava xampu e comia sabonete. Como sabonete tem soda cáustica teve que voltar para o Hospital por que isto é estranho. A Clementina saiu porque estava muito esquecida da mente. Eu me sinto bem de saúde”.

De todas as residentes é a única que possui uma relação afetiva estável e a única no grupo, e que assumiu um namoro, mediante a aprovação das demais moradoras, fato este registrado num dos porta-retratos disposto na prateleira da sala de visitas, onde posa ao lado “de seu amor” e próximo aos pertences das demais companheiras “Meu namoro não é brincadeira, não. Agora que a ponte caiu está mais difícil da gente se ver. Ontem eu fui na Oitava Enfermaria Masculina e ele me deu um abraço!” Entre suspiros e olhos revirados demonstrava a paixão, que a faz tão feliz. Feliz e saudável.

Saudável porque o amor de Margarida é tão forte que suas amigas chegaram a dizer que desde que ficou apaixonada, a sua saúde ficou boa e, que desta forma, há muito tempo não precisa recorrer a tratamento de saúde. Isto parece ser verdadeiro, pois como ela confirma: “Quantos anos que eu estou bem de saúde mesmo, desde que comecei o namoro com o Marcelo!”

Além do seu namoro com Marcelo, Margarida é freqüentadora assídua das missas no bairro: pelo menos duas vezes na semana. Este hábito, segundo ela, surgiu no tempo no hospital onde participava das missas e até ajudava na preparação de cultos e festas religiosas.

Assim como as demais residentes, investe muito na construção de uma identidade familiar. Como nunca teve família, e fora abandonada muito cedo por aqueles que a criavam, parece buscar em suas amigas uma outra possibilidade de viver esta referência.

Outro dado que a caracteriza é o fato de ser uma das mais “passeadeiras<sup>28</sup>” e uma excelente dançarina. Como a sua amiga e cúmplice Hortência, que também é moradora do Residencial do Pomar, participa de bailes na comunidade local, de eventos como a Festa de Santana, do Cristo Rei, Bailes da Terceira Idade, casamentos, batizados (onde foi até madrinha) e velórios, além de passeios à praia e a outros pontos turísticos, inclusive a locais mais distantes, como Aparecida do Norte, na cidade de São Paulo.

Ir às festas e às compras tem um sabor todo especial. E isto tem um peso forte em sua vida: “No tempo do Hospital eles não deixavam a gente fazer nada. Por isso eu gostei de vir para cá. A gente pode sair para fora e comprar o que quer!” “Sair para fora”, nas palavras de Margarida não se trata de figura de linguagem que expresse redundância, mas, sim, uma condição real de vida, pois o Passe Livre conquistado durante a sua internação a permitia sair do Hospital apenas pelas redondezas, havendo controle sobre seu itinerário, horário de saída e de chegada. Agora como residente, sua liberdade de ir e vir, assim como a de decidir sobre o seu percurso, foram ampliadas, embora ainda esteja adstrita a um campo de possibilidades.

Da mesma forma que Jasmim e Violeta, Margarida também é uma das que se encontram sob a curatela do Estado. Por muitos anos, seu tio se responsabilizava em receber sua aposentadoria, embora não cuidasse dela. Hoje, uma advogada, especialmente nomeada pelo Poder Público, administra os recursos destas três

---

<sup>28</sup> “Passeadeiras” é o termo empregado pelas residentes ao se referirem a uma mulher que gosta de passear, de participar de eventos sociais de uma forma geral, que gosta de se divertir na interação com outras pessoas que não fazem parte somente da família.



residentes do SRT e também de outras pessoas que se encontram interditas para os atos da vida civil.

O fato de haver três das residentes partilhando de uma mesma condição civil, aparentemente, cria no SRT dois tipos de grupos: um representado pelas residentes interditas e outro pelas não interditas. Por isso, Jasmim disse: “aqui nós temos dois grupos de pessoas: as que recebem o dinheiro da mão da advogada e as que recebem na tesouraria do IPQ”, referindo-se com isso, às interditas e as não interditas. Estes dois grupos, entretanto, parecem englobados por outra condição, que se baseia no fato de tanto as curateladas, quanto as não curateladas serem todas aposentadas, construindo uma outra noção de pertencimento.

Com relação à sua ocupação, durante o período em que permaneceu internada, Margarida quase não permanecia na enfermaria, pois estava sempre envolvida com atividades relacionadas à lavagem de roupas, aos cuidados com os jardins, ou à limpeza da enfermaria. A participação em atividades de horta e em atividades domésticas evidencia quais eram as tarefas mais apreciadas por Margarida.

Como havia dito antes, Margarida tem uma amiga que a acompanha na maioria das suas atividades externas, trata-se de Hortência.

Hortência nasceu no Paraná, na cidade de Marmaleiro, embora tenha sido encaminhada para internação pela Prefeitura de Joinville.

Ao procurar em seu prontuário, por informações que pudessem subsidiar esta tese, descobri que muitas das documentações relacionadas aos prontuários de pacientes há mais de quinze anos foram perdidas em outras administrações. Tudo que consta no prontuário de Hortência, é que fora encaminhada em 1969 para internação, embora as anotações sobre ela constem somente a partir do ano de 1977. Nem mesmo o seu diagnóstico está discriminado em seu prontuário. Talvez por isso Hortência acredite que foi internada, porque não tinha para onde ir e não por motivo de doença.

O registro de sua vida pregressa possui anotações que revelam seu dilema pessoal, para não saber o paradeiro de sua família reforçando a necessidade de permanecer no Hospital que lhe servia de moradia. “Tenho vontade de ir embora, mas não sei onde está minha família” (anotações feitas por assistente social em 14.7.1977).

“Não quero ir embora porque minha família não vem me buscar e morar na casa dos outros eu não quero (sic). Meu pai me mandou procurar outro destino e não posso ir embora. Minha família não me quer”. A rejeição familiar e a dificuldade de se estabelecer contato com a família de Hortência resultaram da seguinte decisão registrada em prontuário: “Paciente não tem família. Caso encerrado. Permanecerá internada” (Relato da assistente social em 27.6.1977).

O sofrimento de Hortência pode ser percebido nas breves linhas de sua anamênese, que revela que já tentou suicídio mais de uma vez, jogando-se num rio e tomando remédios, ou através de relatos que revelam agressão sofrida durante a internação, por uma das pacientes, quando estava no banheiro.

A dificuldade de moradia parece que sempre esteve presente na sua vida. Em 1988 a equipe técnica registrou em prontuário a seguinte frase: “Hortência insiste em ir para um asilo, mas a idade mínima exigida é de sessenta anos. Ela insiste em sair deste hospital, mas a colocação num asilo não é a solução e desconhecemos outra instituição que possa abrigá-la”.

A partir deste ano, Hortência conseguiu autorização de licença para ir nos finais de semana à casa de uma funcionária que trabalha no Hospital. A sua documentação de identidade foi regularizada e no ano de 1989 foi aposentada.

O contato de Hortência comigo, durante a realização da coleta de dados, se deu justamente no momento em que estávamos conversando sobre família no Residencial. Nessa ocasião, afirmou com muito pesar que nunca pode ter uma família, a não ser agora na condição de moradora.

Posso presumir que de todas as residentes, aparentemente esta é a que mais luta por seus direitos e pelos dos outros pacientes. Parece saber muito bem da sua condição social e, no momento, está indignada com o gerenciamento dos benefícios das residentes e de alguns pacientes do IPQ, em função da interdição civil dos mesmos. Esta indignação é partilhada por outras integrantes do Grupo, porém isto não é consenso, pois outras residentes estão satisfeitas com a forma de organização atual.

Hortência me disse: “Não é fácil pegar o dinheiro. Mimososa morreu e deixou o dinheiro para os outros”. Por ser muito crítica não acredita em mudanças positivas, pelo

menos no que diz respeito ao gerenciamento dos benefícios de seus amigos. Acredita que, algumas vezes, seus direitos são desrespeitados e às vezes a única forma encontrada para resolver o problema é transgredir a ordem vigente. Como às vezes não se sente ouvida e respeitada em suas idéias parece que acaba recorrendo a medidas não convencionais para resolver a questão, como burlar algumas regras ou se esconder para não participar de reuniões que julga por vezes, desnecessária.

Hortência também julga ser justa em seus critérios avaliativos e sabe argumentar a favor daqueles que presa. Um dia, quando estava fazendo compras Jasmim abriu a porta do carro e acabou batendo num outro que estava estacionado ao lado. Este carro pertencia a uma mulher que ficou irritadíssima e gritou com as residentes que estavam no carro e até fez contato com a Direção do Hospital, relatando o fato a título de reclamação. A respeito da queixa, Hortência disse: “Eu não dei confiança àquela mulher, que parecia até variada dos nervos. Aí eu não liguei. Defendi Jasmim porque a gente só estava fazendo compras”. Ao mesmo tempo em que defende Jasmim, com seu espírito de cumplicidade, revela em sua fala, o preconceito que tem em relação ao problema dos nervos que, em sua visão, está relacionado a um comportamento não condizente, no caso, com os padrões de comportamento feminino, considerados moralmente recomendáveis.

Quando perguntei se as residentes trabalhavam, Hortência foi categórica em responder que elas trabalham muito para a manutenção da casa. Ela também está ressentida com as condições de conservação do SRT: “A casa está cheia de goteiras. O cupim está comendo solto!”

Como está sempre bem informada, não poderia perder a oportunidade de me contar a história do Residencial: “Esta casa já foi uma granja de galinhas, já foi moradia de uma funcionária, que agora está morando em outra casa, e como ela saiu e aqui ficou fechado, o Hospital reformou e deu para a gente morar”.

De olhos verdes, cabelos pretos e jeito muito simples, Hortência sabe usar o traje certo para os dias de festa. Seus álbuns de fotografia revelam o investimento numa rede social construída para fora dos muros da instituição, em que permaneceu por vinte e um anos. Ela parece apreciar muito a sua liberdade. A sua e a de seus

companheiros (residentes ou pacientes) e é justamente esta liberdade que, em sua percepção, pode ser considerada a melhor coisa de se morar num SRT.

Além do mais, Hortência se diz católica praticante. Com sua parceira Margarida adora “bater perna” pelas estradas da comunidade e estão sempre presentes em todos os grandes e pequenos eventos em que são convidadas, assim como nas missas da Paróquia de Santana.

De temperamento forte, Hortência parece que diz o que lhe vem à cabeça. Na fala popular poderia afirmar que não tem “papas na língua”, além de ser uma das mais relacionadas. Conhece muitas pessoas no bairro, já foi convidada para ser madrinha de casamento e de batizado. Sabe da vida de quase todo mundo e ao mesmo tempo, sabe ser discreta. Eu pessoalmente me recordo de Hortência nas festas juninas do IPQ, onde por mais de uma vez conseguiu se eleger a noiva caipira, devido às suas articulações políticas, sonho de muitas das pacientes que ali se encontravam.

Com relação às atividades que mais gosta, Hortência mencionou os passeios realizados, como o de Aparecida do Norte, que em sua opinião é uma das suas atividades de lazer que mais a deixa feliz, assim como às suas amigas.

Por aparentar ser uma das mais despachadas do Grupo, quando lhe perguntei se conhecia o serviço de saúde do bairro, olhou para mim e respondeu em tom de deboche, como se eu estivesse depreciando sua capacidade: “Eu já fui lá no posto de saúde da comunidade. Eu conheço. Eu já fui buscar muitas vezes remédio para a Vitória no Posto de Saúde, mas eu nunca precisei. Se precisar eu sei onde fica”!

Ela me revelou, em um dos encontros e com outras palavras, que o Estado tem uma dívida para com elas, se referindo tanto aos moradores dos SRTs, como aos próprios pacientes que ainda encontram-se internados. Hortência lembra da vida no hospital, recordando eventos alegres, como os passeios que fazia ou os amigos que tinha (dentre eles os que estavam internados ou os funcionários que se tornaram amigos dela e que continuam nesta condição ainda hoje). Por outro lado, recorda das sessões de eletro choque e do padecimento de alguns pacientes, que ficavam trancados nas celas. Isto se dava no início da internação, porque o hospital melhorou muito nos últimos anos em sua percepção. Mas, de qualquer forma, ainda acredita que haja um saldo a ser pago, pelo sofrimento advindo do processo da institucionalização

de anos passados. Por isso, na visão de Hortência, quem deve arrumar a Casa é o Estado e com isso não precisa gastar o seu dinheiro com este tipo de despesa.

Hortência não gosta de dançar com pacientes, portanto prefere freqüentar as festas da comunidade e já foi dançar até numa casa de shows em São José. Já com os moradores do SRT masculino a coisa parece ser diferente. “Eu sempre vou conversar com eles. Eles fazem café, bebida e eu vou tomar café com o Olívio que é muito bonzinho. Com eles eu até danço nas festas”. Por ser muito observadora listou uma série de diferenças existentes entre as Residências feminina e as masculinas, que serão detalhadas oportunamente, quando me reportar às assimetrias de gênero.

De fala firme e categórica, demonstra que todas as medidas necessárias ao bom funcionamento da Casa já foram tomadas por elas: “Nós escolhemos o que queremos, marcamos no papel e compramos. Aqui fazemos de tudo!”

Além do mais é extremamente prática e organizada. A luta pelo seu desraizamento com o hospital e o fortalecimento da sua condição de moradora, assim como a de suas companheiras, pode ser percebida em vários momentos. Num dos nossos encontros me disse: “Um dia faltou comida aqui na casa, porque o fogão quebrou. Aí nós passamos a pão e café para não precisar comer a comida da Colônia. Se a gente não mora mais lá não tem que ficar comendo a comida de lá. Nós temos que fazer a comida da gente”. Com isso, Hortência afirmava a sua presença e a responsabilidade que tinha e que tem sobre a sua condição de moradora. Ela parece que tem consciência que a construção do seu caminho, assim como a de cada uma das suas amigas residentes, depende da coesão do grupo.

Uma das grandes metas alcançadas em sua vida foi a compra de um lote no Cemitério do Itacorubí, com os seus próprios recursos. Aliás, como bem lembra: “É o cemitério que o nosso médico foi internado. O cemitério do Aipim é horrível. A gente não tem família que olhe por nós. Neste cemitério (o do Aipim), já roubaram até cabeça de defunto (sic) ele vendia as cabeças por cinquenta reais”. O cemitério do Aipim é o destinado aos pacientes do IPQ. Cerca de uns oito anos atrás foi descoberto que um dos funcionários vendia as ossadas de alguns deles. Este episódio foi muito explorado pela imprensa na época e acompanhado por muitas das residentes do SRT de perto. O preconceito com este cemitério vem desde quando Hortência morava no IPQ e

acompanhava alguns dos enterros de conhecidos que faleceram no Hospital. O desejo de poder adquirir um lote em outro local era objeto de várias anotações no prontuário de Hortência. Este desejo parece que contaminou três residentes, que também se sentem orgulhosas por pertencerem ao grupo de moradoras que será enterrado no Cemitério do Itacorubí.

Assim como Hortência, Rosa também se preocupa com o local onde será enterrada. De pele morena, cabelos grisalhos e estatura mediana, Rosa foi internada no antigo Hospital Colônia Santana em 1981, com o diagnóstico de psicose relacionada à epilepsia.

De jeito muito simples, quando ela me vem à mente, logo me recordo de um par de botas, chapéu de palha e uma enxada na mão. Não gosta de pintura no rosto, nem adereços. Seu jeito demonstra que é mesmo uma mulher que aprecia as atividades com a terra. Gosta também de trabalhar com o processamento de roupas da Casa e aprecia colocar a roupa branca para quasar a cada lavada em que o sol se apresenta.

Com base nos registros de seu prontuário médico, Rosa foi internada no Hospital Colônia Santana, em 27/07/1981, trazida pela ambulância da Prefeitura de Papanduva, município de Santa Catarina. Ela estava grávida de sete meses, com higiene precária, autismo, alteração de conduta, jogando pedra nas casas, com quadro de confusão mental, desorientação, história de crises convulsivas e sem informações a respeito de seus familiares. Segundo declaração do motorista da ambulância, ela foi encontrada perambulando nas ruas. Vivia sozinha na rua e dormia embaixo das árvores.

Rosa me disse que não tem notícias de seus irmãos, sendo seus pais já falecidos. De jeito quieto e fala macia gosta de estar sempre envolvida com as atividades da Casa, especialmente às domésticas que estão em grande parte, sob sua responsabilidade. Observei durante as visitas que ela está sempre envolvida com a Casa, ou cuidando da horta e dos jardins. Uma das vezes, pouco antes de ir às compras com suas amigas, deixou bem claro que só iria acompanhá-las caso conseguisse terminar a tarefa que começara: a de limpar o banheiro, haja vista que naquele dia todas as residentes resolveram tomar banho e se arrumar para o que a ocasião requeria - ir às compras. Outra vez estava armazenando a comida que havia

sido trazida pelo caminhão do IPQ e da mesma forma pediu que eu a aguardasse, pois era preciso, primeiro, deixar as coisas em ordem para depois, então, poder voltar a conversar. Uma vez me disse que não gosta de festas e prefere fazer o seu “servicinho”. “Aqui na Casa é tudo arrumadinho! É tudo com amor!

Ela referiu apenas poucas informações sobre sua vida, antes da internação. Disse que já morou no bairro Floresta, mas se perdeu e acabou parando no Hospital.

As conversas com Rosa se deram na, maioria das vezes, na presença de outras companheiras da Casa, conforme sua preferência. Em outros momentos, no entanto, pudemos dispor somente da companhia uma da outra. Assim, conversamos na sala de estar, na cozinha, no banheiro ou em seu quarto, um ambiente de aproximadamente seis metros quadrados, ventilado e iluminado por uma janela com vista para o jardim, que comportava um criado mudo e um armário aberto, repleto de roupas e pertences nas suas mais diversas prateleiras.

Outro momento de intensa aproximação se deu no gramado do jardim, quando fazia questão de mostrar, com orgulho, tudo o que plantou e a maneira com que conservava os seus chás e a das suas amigas que também gostam de cultivar o verde<sup>29</sup>.

Rosa diz se sentir muito bem de saúde e está sempre disposta para o que der e vier e me revelou que nunca mais teve problema dos nervos e que se sente muito feliz em sua casa. Gosta de morar no SRT porque, segundo ela, “posso ter as minhas coisinhas” (sic) “agora essa é a minha família” e “se eu precisar de ajuda elas tomam conta de mim”.

Além do sentimento de pertencimento explícito em sua fala, Rosa acha que o fato de já ter trabalhado numa casa de família, quando foi morar em Curitiba antes da internação, cuidando tanto da casa, quanto dos filhos da sua patroa, facilitou muito a sua ida e a sua permanência no Residencial. Ao falar sobre sua doença lacremeja ao relembrar das perdas que isto acarretou para a sua vida. “Eu sabia fazer tudo direitinho, quando me deu aquela loucura na cabeça eu perdi tudinho, perdi minha patroa, não

---

<sup>29</sup> Muitas vezes levei de presente para minha casa: abacate, chá para curar a gripe do meu marido cuidadosamente prescrita por Rosa, limão, goiaba e outros mimos apanhados diretamente do pé e presenteados a mim como a obra concreta de suas vidas. Não é para menos que este SRT se chama Residencial do Pomar. Dá para sentir na força da terra a força da vida.

sabia mais de nada, perdi tudo (sic) eu estava estendendo a roupa no varal e aí deu um vento de baixo para cima e a minha cabeça deu uma coisa que eu não sei explicar o que aconteceu. Eu revirei os olhos e fiquei mole e aí tudo mudou”. Ela me disse também, que pegou um ônibus errado e que não sabia onde era a sua casa. Isto consta em seu prontuário através dos relatos que informavam: “Em determinada época, Rosa voltou para o Rio das Antas onde a família morava e pegou um ônibus errado, passando em Santa Cecília. Disse que sabia escrever, mas a doença a fez esquecer”.

Ao perguntar para Rosa se já teve filhos me disse: “Um dia teve uma mulher do meu lado da minha cama e tinha um filho no colo. Aí eu vi a criança, mas não sabia quem era e ninguém sabia dizer. Me deu um sono e nunca vi mais ninguém. Eu não tenho pai, não tenho mãe, não tenho filho”. Com base no seu prontuário médico, ela teve um filho quase dois meses depois de ser internada e este foi levado por parentes logo após seu nascimento.

Ao relatar momentos de sua vida no Hospital, falou sobre alguns episódios de violência que sofreu. Narrou algumas brigas ocorridas com ela e que tinham relação com a disputa pelo cigarro, que assumia muitas vezes, a função de moeda corrente pelo valor que as pessoas em tratamento atribuíam ao fumo, no período em que estavam internadas para tratamento psiquiátrico. Falou também do pontapé que um outro paciente deu em sua barriga e de uma pedra que atiraram em sua cabeça, prejudicando a sua saúde.

Para ela, realizar as tarefas de casa associa-se a ter boa saúde, a estar bem das idéias, pois o fato de estar doente dos nervos implica na incapacidade de realizar as atividades.

Um dos seus maiores medos é voltar a perder o controle sobre a sua vida, em função das crises e com isto perder a noção de onde está, e se está fazendo certo ou errado o serviço na sua Casa. Tem medo também de perder as coisas que conquistou nestes últimos anos, assim como teme envelhecer e, com isso, tornar-se dependente dos outros e ter de voltar para o hospital.

Perguntei o que a incomodava ultimamente e ela disse que gostaria de ficar mais em casa e que achava desnecessário ter de se deslocar até a UGP, três vezes ao dia para tomar remédios. “Eu acabo perdendo o dia todo, tendo que ir tomar o remédio.



Eu preciso cuidar das minhas plantinhas. Tenho que passar pano na casa. Eu não sou mais doente para tomar remédio”. Aliás, questionou várias vezes se ainda era preciso tomar o remédio.

No momento de nossa entrevista ela estava muito feliz porque conseguira a sua aposentadoria como as demais residentes do SRT. “Agora eu tenho dinheiro”. E como disse Violeta sua amiga: “Ela agora é aposentada que nem a gente”!

Como prefere passar seu tempo envolvida com as atividades diárias, a sua rede de amigos é praticamente restrita às moradoras do Residencial, que são consideradas por ela a sua família. Considera que a hora das refeições trata-se de um momento sagrado. A mesa só é posta quando todas já se encontram presentes e, de certa forma, Rosa que dá o tom desta organização familiar.

E é pensando sobre a presença de todas à mesa da Casa que me resta apresentar a última das residentes a integrar o grupo das moradoras do Residencial do Pomar. Ela é também a mais nova de idade e em termos de integrar o grupo: cerca de seis anos.

Assim como Rosa, Lírio sabe bem as agruras do que é ser moradora de rua. Quando me lembro de Lírio, além de seu porte do tipo mais cheinho e de seus cabelos curtos e pretos, logo me vem à cabeça a lembrança do seu cachimbo que sempre queima um bocado de fumo de corda.

Lírio disse que na sua infância trabalhava para ajudar a família, pois eram todos muito pobres e, desta forma, só pôde estudar até a sétima série do 1º Grau.

Foi trazida pela prefeitura de Campos Novos em 1987, pois estava perambulando pelas ruas do Município, grávida. Logo que seu filho nasceu fora encaminhada para adoção no Juizado da Infância e da Adolescência, uma vez que o hospital não conseguiu localizar seus familiares.

Consta em seu prontuário que é portadora de uma das doenças mentais mais incapacitantes, a esquizofrenia. Talvez por isso, justifique em sua maneira de ser, certa tendência ao isolamento.

Como não tinha documentos, quando fora encaminhada para internação, conseguiu através da Promotoria Pública sua certidão de nascimento, bem como uma

aposentadoria sendo interdita para os atos da vida civil, desde 2006. Quando perguntei a Lírio porque foi parar no Hospital, respondeu:

“Eu morava em Joaçaba e aí eu saí de casa e aí uns enfermeiros me tiraram da rua e me trouxeram para cá. (sic) Eu não fazia nada na rua. Eu ficava andando de um lado para o outro. Eu tinha dois irmãos, um menor de seis anos e um maiorzinho de nove anos, uma irmã, uma mãe e um pai. Eu me dava bem com eles, mas eles foram embora para Concórdia e eu fiquei em Joaçaba com uma irmã mais nova. Depois eles vieram buscar ela e eu fiquei sozinha e daí fui parar na rua. Era difícil a vida na rua. Não tinha onde tomar banho, não tinha o que comer, suja, cabelo sem pentear. Daí me pegaram na rua e me trouxeram para lá e comecei a morar no Hospital”.

Lírio me disse que sua vida no Hospital era boa. Lá arrumava as camas, dobrava os cobertores, “lavava uma loucinha” e até aprendeu a fazer um monte de coisas.

Ao perguntar sobre a diferença entre morar no SRT e no Hospital, me disse: “Não tem diferença. A comida é boa aqui e lá. Lá na Terceira Enfermaria eu tinha passe livre e podia ir à missa da comunidade. Na Quinta Enfermaria Feminina era mais fechado e não podia sair”.

O que Lírio mais gosta na Casa é cozinhar e lavar louça. “Eu já sabia cozinhar desde pequena. Já mexia no fogão e cozinjava, lavava roupa. Aqui eu ajudo bastante, gosto de cozinhar e de lavar roupa”.

Com relação a sua vida afetiva, me disse que teve um namorado em Joaçaba, mas que com sua ida para o IPQ perderam o contato. Disse que no Hospital não dava para arrumar namorado, mas que depois que veio morar no SRT já arrumou dois.

“Um era paciente da Sétima Enfermaria e depois um outro paciente da Colônia. Terminei o namoro com um deles para começar a namorar o outro. Mas, com o tempo, não quis mais nenhum deles, por causa dos ciúmes deles - tanto um quanto o outro. A gente brigava muito. Ciúmes dos outros homens. Antes eu me pintava, arrumava a sobrancelha, passava pó e aí eles ficavam com ciúmes dos outros homens. Tinha outra

peessoa que queria namorar comigo. Aí ele ficava escondido embaixo da ponte esperando eu passar, mas o meu namorado viu ele me esperar na ponte e pegou ele e deu uma surra nele por causa de mim. Neste tempo eu estava muito disputada, mas atualmente não apareceu mais nenhum. Mas eu não sinto falta. Está bem assim. Eu não quero me casar. Casar é muito compromisso e depois que se casa pronto, a gente não pode namorar mais, tem de ser só daquela pessoa”.

Lírio não gostaria de voltar a morar no Hospital, porque prefere morar na “Casa”, alega que no SRT tem uma família, amigos e, principalmente, tem tranqüilidade, pois lá não tem brigas.

Assim como, Rosa lembra dos episódios de briga no Hospital por causa da disputa por cigarro. “Nós fumamos aqui, mas nunca brigamos uma com a outra por causa de xepa. Por que brigar? Temos é que ser unidas. Aqui agente ajuda à outra na vida”.

Lírio também demonstrou o medo de ficar doente e de ter que sair da Casa para tratamento de saúde e o receio de se separar das residentes, uma vez que elas constituem uma família e a família não deve ser desintegrada em sua opinião: “A gente deve ser tratada aqui. De não ter que sair da Casa. De ficar junto”.

Lírio gosta muito da relação que tem com os outros residentes e revela a alegria que sente ao participar dos bingos, promovidos pelos Residenciais masculinos, onde por vezes é feito “amigo secreto”. “Eu ganhei este elefantinho de amigo secreto. Lá na pensão dos homens a gente foi convidada a fazer amigo secreto com o Carlos e a Margarete”.

Lírio também já trabalhou de carteira assinada ajudando a cortar galinha em pedaços e a ferver a carne, num frigorífico de abate de frangos.

Seu rompimento com o Hospital é notório. “Eu não tenho ido visitar mais ninguém no Hospital. A gente vai lá e vê aqueles pacientes brigando por causa de xepa de cigarro. Aqui não tem isso. A gente se organiza para fazer as coisas”.

Ao procurar saber qual foi a melhor coisa que aconteceu em sua vida, logo foi dizendo: “A melhor coisa foi vim morar aqui. Eu estou feliz. Nunca mais quero sair daqui, nem para voltar para a minha casa (sic) aqui cada uma faz o que gosta”.

De todas as residentes parece ser a única que aprecia futebol, se apresentando como uma Corintiana muito preocupada com a situação do seu time na atualidade.

Em razão da sua presteza e seu comprometimento com as atividades que estão sob sua responsabilidade, atualmente assumiu uma das atribuições mais complexas do SRT: a de ir ao Hospital trazer toda a medicação de suas amigas e cuidar para que as prescrições sejam rigorosamente cumpridas. “Eu sei qual é o remédio de cada uma porque eu sei ler. Cada uma tem o seu remédio que fica dentro de um vidrinho com o seu nome”.

Além do orgulho pelo desempenho de suas atribuições, se sente muito gratificada em participar das oficinas de confecção de panos de limpeza no IPQ. “Eles vendem o trabalho de cada uma e o dinheiro é repartido entre todas. Algumas vezes da cinqüenta e quatro centavos por mês, outras cinqüenta e sete. Dá para comprar algumas coisas e por vezes até sobra dinheiro. Quando mais se faz, mais se ganha. (sic) Nós fazemos muitos amigos no trabalho. Antes eu só trabalhava na horta, quando eu estava internada na enfermaria. Agora eu trabalho neste emprego”. Tamanha é a satisfação de Lírio, com o que considera ser o seu emprego, que não sente vontade de trabalhar em outro lugar, pois como diz: “Assim como está é bom. É fácil conseguir as coisas quando você quer comprar algo. É fácil. Não tem problema”.

E com as falas de Lírio, encerro a apresentação das residentes e passo a abordar aspectos relativos às suas identidades e subjetividades, buscando contribuir para os significados que elas atribuem ao termo moradora e ao termo paciente, julgando ser pertinente informar como estas mulheres se percebem e se autodenominam e se posicionam, atualmente, refletindo sobre o assunto.

#### 4.2 O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA: O QUE É SER MORADORA? O QUE É SER PACIENTE?

A visão das residentes, com relação a como se percebem e como fazem distinção entre a situação de vida atual e a pregressa, está intimamente relacionada com o estado de saúde/doença.

A noção de saúde e de melhoria da vida pessoal das mesmas está associada ao controle de “crises”, que se dá através do uso continuado de medicamentos, sendo a boa saúde também percebida como algo espiritual e, portanto, atribuído ao poder superior, sendo todas devotas da religião católica.

Como no primeiro capítulo, a utilização de termos diversos como doença mental, loucura, dentre outros (que não foram pensados de maneira uniforme nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal), possibilitaram uma aproximação da terminologia empregada pelas moradoras da Casa, bem como compreender como elas atribuem significados ao processo saúde/doença.

Para chegar a esta conclusão, me baseei nas contribuições de autores clássicos na área, cujas concepções revolucionaram a compreensão desse processo e influenciaram a literatura ocidental: a relativização da dicotomia saúde/doença proposta pelo filósofo Georges Canguilhem (2000); a desconstrução do conceito de loucura, de acordo com a análise filosófico-histórica de Michel Foucault (1989, 1989b) e a crítica do sociólogo Erving Goffmann (1982) à concepção de doença mental. Em seguida, me utilizarei da visão de outras (os) autoras (es) como Silveira (2000); e Duarte (1986; 1994), dentre outros, para tratar do tema. As considerações de Alves (1993); Kleinman (1980); Caprara (1998) e Langdon (2005), também serão empregadas para a compreensão do processo de adoecimento e cura. Posteriormente, tais contribuições serão articuladas ao pensamento de Butler (1999), para dar conta dos aspectos pertinentes ao gênero.

Na visão de Canguilhem (2000), um dos pioneiros sobre o assunto, ao se abordar os conceitos de saúde e doença, é preciso considerar que a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia, mas um esforço que a natureza exerce no homem para obter novo equilíbrio, uma reação generalizada com intenção de cura. Na concepção moderna de saúde e doença, estas não são distintas, mas duas maneiras

de ser, com diferenças de grau entre elas. Para o autor, a saúde perfeita não passa de um conceito normativo, uma forma diferente de vida. Em nossa sociedade, o doente representa um conceito geral de não-valor que compreende todos os valores negativos. Estar doente significa ser nocivo, ser indesejável, ou socialmente desvalorizado.

Já a saúde, ainda segundo o autor, estaria ligada a valores socialmente desejáveis como a vida, uma vida longa, capacidade de reprodução, de trabalho físico, de força, resistência à fadiga, ausência de dor, além da agradável sensação de existir. Sendo assim, a doença representa, ao mesmo tempo, privação e reformulação.

De acordo com Canguilhem (2000), as pessoas só se sentem em boa saúde quando se percebem mais do que normais, ou seja, não só adaptadas ao meio e às suas exigências, mas também normativas, sendo capaz de seguir novas normas de vida denominadas de cura. E é justamente por intermédio da clínica que se justifica ao indivíduo doente, sua qualificação com o patológico. As normas humanas são determinadas como possibilidades de agir de um organismo, em situação social. A forma e as funções são expressões dos modos de viver, socialmente adotados no meio. Desta maneira, na visão deste autor, só se pode afirmar que o indivíduo é normal se o vincularmos com seu meio. O momento em que se inicia uma doença é quando o organismo encontra dificuldades para responder às demandas que seu meio lhe impõe. Neste caso, saúde não pode ser vista como o contrário de doença, sendo o limite entre o normal e o patológico algo impreciso.

Também para Foucault (2005) na História da Loucura, o homem normal é uma criação, sendo preciso situá-lo num sistema social que o identifique. Na visão deste autor é preciso analisar a loucura nas modificações que ela não pode deixar de fazer no sistema de obrigações e considerá-la como todos os parentescos morais, que justificam sua exclusão. A experiência moderna da loucura se fundamenta desta maneira, num duplo movimento de libertação e sujeição, uma coisa enigmática e inacessível e sendo esta reconhecida sob o valor do estranho, passa a ser objeto de constante vigilância e julgamento.

Segundo Stuart & Laraia (2002), a noção de saúde/doença deriva de uma visão de mundo, do ponto de vista biomédico. Neste âmbito, é possível constatar o emprego de termos, tais como: doença mental, transtornos mentais, transtornos psíquicos, ou

distúrbios psíquicos. Nesta perspectiva, são identificados como critérios de saúde mental: atitudes positivas em relação a si mesmo, crescimento, desenvolvimento e auto-realização; integração e resposta emocional; autonomia e autodeterminação; percepção apurada da realidade; domínio ambiental, assim como competência social.

Entendo que a saúde mental também pode ser vista como um conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamentos, referentes ao melhoramento, à manutenção, ou à restauração do equilíbrio mental de uma população. Neste sentido, este conceito inclui a problemática da saúde e da doença, sua ecologia, a utilização e a avaliação das instituições e das pessoas que as utilizam, o estudo de suas necessidades e dos recursos necessários; a organização e a programação dos serviços de tratamento e de prevenção das doenças e de promoção da saúde (ROEDER, 2003).

Ao analisar o sofrimento de nervos entre mulheres, numa comunidade de descendentes de açorianos em Florianópolis, que deram origem a sua obra “O nervo Cala, O Nervo fala: a linguagem da doença”, Silveira (2000), assinala que se deu conta de que havia uma discrepância entre o sofrimento real dos nervos e os sofrimentos legitimados nos livros e nas práticas médicas, através da localização orgânica e da disfunção bioquímica ou mecânica.

A autora utiliza o termo sofrimento dos nervos, como um conjunto variado e instável de sintomas psicológicos e/ou somáticos, mediador entre o sujeito sofredor e o seu meio, como uma das expressões de estresse social. De acordo com seu ponto de vista, os nervos, como fenômeno polissêmico, permitem explicar diversos estados emocionais e diversas tensões, tais como cansaço, fraqueza, irritabilidade, tremores, conflitos conjugais e sociais, cefaléias, ira e ressentimentos, infecção parasitária, aflições, privações afetivas ou materiais e fome, cuja etiologia liga-se, principalmente, a fatores sociorrelacionais (SILVEIRA, 2000).

Para Silveira (2002) é possível falar sobre sentimentos ao abordar os nervos. A autora relaciona o tema a outros assuntos como relações sociais, conflitos e pobreza nos relacionamentos, especialmente, o conjugal, pobreza material, conflitos de geração e várias outras dificuldades da vida diária, entre as quais algumas situações ligadas às questões de gênero. Em sua pesquisa, observou que há uma distinção entre o nervoso e os doentes dos nervos. Nervoso qualquer um pode ser, mas a expressão “doente dos

nervos”, por sua vez, é bem parecida à definição adotada pelas Residentes (de doente dos nervos), está quase sempre associada aos pacientes psiquiátricos.

Outro termo, frequentemente encontrado na literatura, é “sofrimento psíquico”. Para Sandri (2001, p.20) sua utilização é legítima na medida em que possibilita a compreensão do ser humano, enquanto agente ativo da sua história, das suas práticas sociais e, inclusive, das significações outorgadas às relações cotidianas promotoras de sofreres.

Silveira e Braga (2005, p.2), por outro lado, afirmam que a sociedade contemporânea produz e naturaliza uma visão do sofrimento psíquico, como objeto de intervenção da ciência, seja ela médica ou de outras práticas “psi”. Neste paradigma, o sofrimento psíquico recebe o rótulo de “doença mental”, com quadros nosológicos, claramente delimitados. O objetivo final, ou seja, a cura, pode até ser conceituado de maneira diferente, mas raramente escapa à noção de (re) adaptação, a um mundo do qual ela não faz parte, ou ao qual se mostra estranha.

Em contraste aos modelos médicos e “psicologizantes”, o antropólogo Luiz Fernando Duarte (1986; 1994), um dos maiores pensadores da área das ciências humanas sobre o tema, adota a categoria “perturbações físico-morais”, evocando a correlação entre o nível físico, corporal, e o da experiência humana e tudo aquilo que, de outra parte, se lhe opõe. Seus argumentos de baseiam na análise teórica sobre os seguintes aspectos: a construção social da pessoa moderna, a discussão das relações da modernidade, com a classe trabalhadora, a busca de representações do nervoso, na cultural literária e sociológica do século XIX e XX, e a noção de alterações físico-morais.

O conhecimento do emprego de terminologias diversas contribui para a interpretação do que as pessoas elaboram para uma dada experiência de enfermidade, como resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos de saúde. Como bem lembra Langdon (2005, p.122), a experiência da doença se dá através das narrativas dos sujeitos. Para tanto, é preciso que os profissionais de saúde estejam atentos ao que as outras pessoas dizem, aprendendo com o relato do que o outro comunica sobre sua experiência de doença. Assim sendo, “a doença é mais bem entendida como um processo subjetivo, construído através de contextos sócio-culturais e vivenciado pelos atores”.



Ainda de acordo com Langdon (2005), os conhecimentos são diferentes entre as pessoas, por serem originados em situações biográficas determinadas. O conhecimento de um indivíduo está sendo continuamente reformulado e reestruturado, em decorrência de processos interativos específicos. No processo de cura, o componente subjetivo da enfermidade está fundamentado no ato individual de perceber uma experiência interior como problemática. Todavia, a construção do significado desta experiência não ocorre como um processo isolado, mas a partir de processos interpretativos adquiridos na vida cotidiana e socialmente legitimados pelos semelhantes

Os padrões culturais que as pessoas utilizam para interpretar um dado episódio de doença são construções sociais, pois são formados a partir de processos de definição e interpretação, construídos intersubjetivamente. Desta forma, abordo a discussão sobre a importância do entendimento da doença, a respeito dos padrões culturais, tomando por referência os estudos de Alves (1993); Kleinman (1980) e Caprara (1998).

Quando me reporto à palavra cultura, com base na concepção de Geertz (1978), entendo que ela organiza a experiência da doença e do comportamento, de maneira diferente nas diversas sociedades, assim como o próprio processo de cura.

No contexto da reabilitação psicossocial, são produzidas metáforas e símbolos que associam o processo de cura à reinserção social e ao resgate da cidadania, processos culturalmente determinados, especialmente, quando se trata de um SRT.

Desta maneira, segundo Kleinman (1988; 1991), é preciso estudar, de uma maneira holística, como as respostas sobre a doença são organizadas socialmente, considerando que estas constituem um sistema cultural especial: os sistemas de cuidados à saúde. Este sistema, por sua vez, está sedimentado sobre a concepção de saúde e doença. Ainda para o autor, a doença é considerada como uma expressão polissêmica multivocal, uma rede de significados que relacionam a experiência da doença com a visão de mundo. A religião e a linguagem podem ser vistas como sistemas culturais de significados, baseados em arranjos particulares de instituições sociais ou padrões de interação interpessoal. Em cada cultura, as doenças, as respostas para elas, as experiências e os tratamentos, e a relação social institucional,

são sistemas interconectados. A totalidade desta relação tem sido denominada “sistemas de cuidados à saúde”. Estes sistemas incluem padrões de crenças sobre as causas das doenças, normas de escolha e avaliação dos tratamentos legitimados socialmente, regras, interações oficiais e instituições.

Com base nas considerações de Kleinman (1988), parto do ponto de vista de que o sistema de cuidados à saúde, não é uma entidade. Ele inclui as crenças e o comportamento humano. Trata-se de uma atividade simbólica, que precisa ser compreendida, pois saúde, doença e cura acontecem dentro de “sistemas médicos” específicos, o que lhes confere significados e modelos de ação próprios. Este sistema de saúde é organizado, por uma porção especial do mundo, através da interação de instituições sociais particulares, regras sociais, interação paciente, médico, paciente – família, regras econômicas e políticas e muitos outros fatores. Neste nexos de respostas adaptativas, tem-se como foco central a eficácia da cura. Estes sistemas de origem social e cultural apresentam estrutura, função e significado. Os sistemas de cura são sociais e culturalmente construídos e fazem parte da realidade social. A realidade social é constituída de significados, de configurações sociais e comportamentais, legitimadas entre os indivíduos que a internalizam como um sistema de símbolos e normas de administração de seus comportamentos, das percepções sobre o mundo, das comunicações entre outros grupos sociais.

Inspirada pelas contribuições desses autores busco associar o projeto de cura das moradoras do Residencial do Pomar ao processo de resgate das suas cidadanias ampliando, com isso, o foco da minha atenção, incluindo outros elementos que possam auxiliar na compreensão da própria definição do que seja “moradora” e “paciente”.

Neste sentido, “ser moradora”, na visão das residentes significa que as entrevistadas percebem que foram submetidas no passado à situação de pacientes de um hospital psiquiátrico e de terem rompido os vínculos com a sua rede familiar, a ponto de não mais absorvê-las como parte desta unidade, sendo consideradas pacientes “crônicas<sup>30</sup>” de um hospital psiquiátrico.

---

<sup>30</sup> Paciente crônica significa na visão das residentes aquela que permanece internada por muitos anos.

A cosmologia das residentes, apoiada na definição de saúde/doença, parece seguir pela lógica binária que só pode situá-las numa determinada posição que deve ser definida entre duas possibilidades: uma relacionada à condição de moradora e a outra relacionada à condição de paciente. Não é possível ocupar as duas posições ao mesmo tempo, pois mesmo a residente que retorna ao hospital para tratamento de saúde, não perde a sua condição de moradora, salvo os casos em que a permanência na hospitalização ou o estado de saúde não demande prognóstico favorável ao retorno à moradia no SRT. Cabe salientar que a própria recepção de uma outra inquilina na Casa dependeria da aprovação das residentes, que depende de um consenso, pelo menos da maioria, a respeito da aprovação do pleito.

Dando continuidade à linha de raciocínio adotada, é possível perceber que a definição de ser paciente de um hospital psiquiátrico está intimamente relacionada à permanência destas mulheres em hospitalização, uma vez que elas receberam um diagnóstico, no ato da internação, com vistas a explicar o motivo clínico que justificou a sua permanência para tratamento.

Há de se considerar, neste contexto, que na ocasião em que a maioria das residentes foi hospitalizada, a internação tinha mais de uma função. Além de servir para tratar a doença, era muito utilizada para suprir as necessidades de acolhimento daqueles cuja problemática social os conduzia a permanecer no asilamento (ROEDER, 1986).

Para Goffman (2005), em sua obra *Manicômios, Prisões e Conventos*, a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa à medida que essa interpretação altera seu destino social, que passa pelo processo da hospitalização. A percepção de se perder a cabeça, vinculada à noção de doença mental, parece estar baseada em estereótipos culturais, derivados e socialmente impostos.

Desta maneira, após receberem o diagnóstico psiquiátrico, se engendraria, na visão de Goffman (1961), um estereótipo que marcaria o início das suas “carreiras de doente mental”, que corresponde a um complexo processo microssocial de reconhecimento, rotulação, estigmatização e institucionalização de sujeitos. Não é por acaso que a teoria do rótulo vê a psiquiatria como o principal rotulador, legitimado socialmente (COELHO, 2002).

A décima edição da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação de Doenças (CID 10), que tem sido utilizada nos serviços públicos, inclusive no hospital psiquiátrico onde residiam as protagonistas deste estudo, me possibilitou completar a análise sócio-antropológica, a respeito do conhecimento sobre o motivo que justificou as internações das residentes (pelo menos no que diz respeito aos sinais e sintomas relacionados ao transtorno mental).

Ao recorrer aos prontuários médicos, das moradoras do Residencial do Pomar, percebi a presença dos mais diversos diagnósticos psiquiátricos tais como: transtornos mentais orgânicos, esquizofrenia e oligofrenia. Sobre uma das residentes, como eu relatei anteriormente, não existe em seu prontuário a discriminação do seu diagnóstico psiquiátrico.

Recorri então, à literatura científica buscando conhecer um pouco mais sobre os diagnósticos imputados às residentes e o impacto que estes podem acarretar na vida das mesmas.

Com relação ao transtorno mental orgânico (TMO), que segundo registros acomete três das residentes, este se caracteriza por presença de prejuízo cognitivo (déficit de orientação, de memória, de compreensão, de linguagem, de cálculo e de julgamento), podendo estar associado a outros sintomas, como rebaixamento de nível de consciência, sintomas depressivos ou ansiosos (PITTA, 2002).

A epilepsia, como uma das desordens do funcionamento cerebral, pode ser provocada por diversos processos patológicos que apresentam como expressão final a presença de crises recorrentes. A doença se apresenta em qualquer faixa etária e tem como base fisiopatológica descargas neuronais intermitentes, excessivas e desordenadas. Considerada uma condição neurológica crônica, revela alta incidência de dificuldades psicossociais advindas do estigma imputado às pessoas acometidas.

A pesquisa de Fernandes (2005) revelou justamente este estigma, imputado à epilepsia em nossa cultura, muitas vezes, relacionada ao trabalho, às relações interpessoais, ao lazer e às atitudes negativas. Assim como a loucura, imprime marcas em muitos dos seus portadores, por serem vítimas do preconceito. Não é a toa que a epilepsia é uma palavra de origem grega, que significa que a pessoa está possuída ou invadida. Associada às possessões divinas e demoníacas, às doenças contagiosas ou

à loucura, a epilepsia, no decorrer da história, encontrou diferentes formas de definição, diagnósticos e tratamentos.

Como bem nos informa Boaventura (2006), uma das crises mais comuns da epilepsia é a convulsão. E estas crises provocam medo e espanto naqueles que às presenciaram, pois a pessoa se debate e saliva e em alguns casos pode apresentar vômitos. Algumas pessoas, ao presenciarem uma situação de crise, acham que o indivíduo está bêbado ou drogado, por isso, é fundamental que a comunidade saiba o que é epilepsia e como proceder durante uma crise, para que as pessoas acometidas por ela deixem de ser vítimas do preconceito e do estigma, que percorrem as suas histórias.

Na Roma antiga a epilepsia era vista como uma doença contagiosa e a pessoa portadora, impura. Na Europa medieval as pessoas portadoras da epilepsia eram segregadas da igreja, não podendo participar da eucaristia, para que não contaminassem ou profanassem o copo e o prato da comunhão. A doença era vista como uma maldição e, talvez por isso, banida da Igreja Católica, assim como a praga, a sífilis, o escorbuto, a lepra e o carbúnculo. Yacubian (2000) em seu livro *Epilepsia: da Antiguidade ao segundo milênio saindo das sombras*, afirma também que, nesse período, alguns médicos suspeitavam que a contaminação se desse pela respiração e essa crença prevaleceu ainda no início do século XX. No século XIX, com a emergência da neurologia como uma disciplina distinta da psiquiatria, afirmou-se que a epilepsia era um distúrbio cerebral. Nesse período, Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) escreve o *Tratado da Epilepsia*, no qual descreve diferentes tipos de crises e síndromes.

Ainda para a autora, quando se tornava impossível para a família manter os cuidados com o enfermo, seja pela gravidade, a frequência ou as patologias psíquicas associadas, os portadores eram enviados para prisões, asilos ou leprosários, na Antiguidade. Assim, muitos pacientes epiléticos foram vítimas de internações, em sanatórios para doentes mentais, como ocorridos nos hospícios de Santa Catarina, conforme demonstra Paulo César Trevisol-Bittencourt, do Departamento de Neurologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (UNICAMP, 2006).

A oligofrenia, que foi diagnosticada em uma das residentes, é considerada um déficit congênito ou precoce no desenvolvimento intelectual. Traduz-se por uma

inadaptação permanente e uma deficiência global das atividades psíquicas, em comparação à faixa etária e sócio-cultural, afetando cerca de 1% da população mundial. Caracteriza-se por níveis intelectuais, abaixo do considerado normal, que se evidenciam na fase de desenvolvimento do indivíduo (ADAMS e VICTOR, 1996)

Ainda para Adams e Victor (1996), as vítimas da oligofrenia eram em geral mantidas em isolamento, até a segunda metade do século XX, quando sua integração na comunidade passou a ser um dos principais objetivos no tratamento. Em alguns casos, a deficiência mental é detectada logo no nascimento ou em idade pré-escolar. Além das dificuldades de aprendizagem, a pessoa pode apresentar problemas de conduta, como nervosismo, falta de controle de seus impulsos, dificuldade de concentrar sua atenção, ou podem estar associados a sintomas psicóticos como: agressividade, mutismo, imobilismo, movimentos anormais, impulsividade, deformações físicas, convulsões.

As causas da deficiência mental somente são possíveis de serem avaliadas em 25% dos casos. A deficiência pode estar ligada a problemas de origem genética, doenças de metabolismo ou carências hormonais. Também pode estar associada ao nascimento prematuro, ou problemas ocorridos durante a gestação, pela radiação, infecções por vírus, sífilis, ou inclusive, durante o parto, onde pode ocorrer alguma pancada, ou hemorragia intracraniana, ou mesmo pela falta de oxigenação no cérebro. Após o parto, podem ocorrer ainda, infecções que prejudiquem o desenvolvimento mental (ADAMS e VICTOR, 1996).

Outro diagnóstico imputado uma das residentes é a esquizofrenia, que é considerada uma das formas mais graves de psicose. O termo psicótico tem sido utilizado de forma indiscriminada, sendo popularmente conhecido como loucura. Envolve um comprometimento grave do funcionamento social e pessoal, caracterizado por retraimento social e incapacidade para desempenhar as tarefas e papéis habituais. Trata-se de uma doença do cérebro, com manifestações psíquicas, cuja causa ainda é desconhecida. Dentre os principais sintomas da doença encontram-se os delírios, alucinações, alterações do pensamento, alterações da afetividade, diminuição da motivação, sintomas motores, autismo, ambivalência e alterações da cognição. Sua

manifestação começa, geralmente, no final da adolescência ou início da idade adulta, afetando cerca de 1% da população (LOUZÃ NETO et al. 1995; ROEDER, 2003).

Embora os diagnósticos sejam os mais distintos, todas as residentes foram encaminhadas para a hospitalização e devido a problemas de ordem psicossocial permaneceram internadas por muitos anos. Além de carregarem consigo o peso do estigma e do preconceito, relacionado à doença mental, somavam às suas vidas toda uma problemática advinda do processo de institucionalização, deflagrado através do diagnóstico.

E é na biomedicina, e nas questões pertinentes ao gênero, que a visão de mundo das residentes pesquisadas parece fundamentar as suas falas.

No interior de um hospício, ou mesmo num SRT, os códigos identificatórios parecem seguir um sistema rigorosamente binário: ou se é louco, ou saudável.

A condição de mentalmente enfermo implica numa marca, o estigma e com ela a conseqüente perda da autonomia que ela implica – perdendo para a sociedade a qual pertence – a sua condição de sujeito. Desde o instante em que a marca da loucura lhe é imputada, é como se a doença mental ocupasse o lugar de sujeito. Então, o discurso e as ações expressas pela pessoa com problemas dos nervos cessam de significar em si próprias, tornando-se sintomas da doença. Julgado incapaz de decidir sobre o seu destino em todas as instâncias, que vão desde a liberdade de ir e vir até as próprias decisões sobre a forma de tratamento que recebe, esta pessoa parece ter seu destino delegado às mãos do médico. Uma vez recebida a marca da loucura torna-se difícil conviver com o peso da discriminação advinda do preconceito.

Por vezes, a avaliação da loucura na história se baseava no grau de sanidade observado através das afeições morais, associando a psiquiatria a uma disciplina moral. Se as pessoas demonstrassem ser “desordenadas” e “pervertidas”, isso era considerado um sinal de alienação. Já a cura, por sua vez, significa “a volta às afeições morais, dentro dos seus justos limites” (FOUCAULT, 1979, p.121).

A observação de Foucault pode ser percebida na fala de Violeta, que atesta que o comportamento moral tem uma relação direta com o estado de saúde. A mulher que fala palavrão, por exemplo, e cujo comportamento não parece ser condizente com os

padrões sociais determinados para uma dama, pode se constituir em um sinal de estar apresentando doença.

Estar doente, na visão de todas as residentes, é estar ruim das idéias. O “problema dos nervos” estaria vinculado à noção de doença, sendo associado a vários sentimentos como: confusão, agitação, violência, perdas familiares e de amigos, privação, opressão, reclusão, dor, isolamento, dependência, sujeição, perda de produtividade, falta de envolvimento, indisciplina, ou a um comportamento moralmente impróprio às mulheres. Os significados que definem o termo “problemas dos nervos” é assim segundo elas, muito parecido ao de Silveira (2000), sobre sofrimento dos nervos.

Para ser moradora é preciso “estar bem das idéias”, com a “cabeça em ordem”. Estar bem das idéias, por sua vez, significa na visão das residentes não dizer palavrão, não brigar, não discutir com os outros, não prejudicar ou depreciar a imagem do outro, não depreciar a auto-imagem através de comportamento moralmente incorreto e não responder a provocações. Além do mais, é imprescindível para a condição de moradora ter de ajudar nos serviços da Casa, incluindo as atividades domésticas e até mesmo as atividades de conservação do lar, como o conserto de coisas quebradas, por exemplo. A moradora também pode passear, ter liberdade para defender as suas coisas, ter amigos, e namorar, desde que seja com respeito (não envolvendo sexo) e mediante a aprovação e a supervisão das outras residentes. O casamento e a maternidade, por outro lado, são contra-indicados à condição de moradoras, na visão das mesmas.

Não existe consenso sobre a necessidade de ter que tomar remédio para ser moradora, pois uma das residentes associa a sua cura à condição de moradora e, portanto, não vê sentido em se submeter ao tratamento medicamentoso, haja vista já se considerar curada. Outras, no entanto, acreditam que permanecem no SRT porque além de não terem para onde ir (pois não têm mais laços familiares, nem condição financeira), necessitam do remédio para evitar os episódios de crise. Além disso, precisa ser “crônica”, isto é, ter permanecido por muito tempo internada. A palavra crise, por sua vez, está associada a um desequilíbrio provisório do estado de saúde, sendo possível que a moradora volte a apresentar uma crise sendo, portanto, necessário controlar os fatores de risco, desencadeadores da mesma, através do uso correto e continuado de medicamentos.



A crise parece estar relacionada a episódios breves (que, no entanto, podem se tornar recorrentes, se transformando em problemas dos nervos), nas quais a pessoa fica mole, esquece de tudo, não sabe onde está, cai no chão e até se perde. A crise está também relacionada à fraqueza na cabeça, ao nervosismo, tremedeira, vontade de quebrar as coisas e derrubar tudo, não conseguir segurar nada, sentir pensamentos estranhos e provocar sofrimento. A crise pode se materializar com manchas roxas no braço e também pode causar machucados, provenientes de ferimentos causados por acidentes advindos da perda de consciência momentânea como queimaduras, batidas na cabeça e cortes nas mãos. As cicatrizes, em três das residentes, revelam alguns acidentes sofridos durante as crises servindo de prova material das perdas ocasionadas por ela.

A crise também pode ser considerada um fator de risco para a permanência da condição de moradora, assim como a presença dos sinais relacionados ao problema dos nervos (também denominado de variação dos nervos), pois estes devem, necessariamente, ser tratados através da hospitalização.

Portanto, a transferência das residentes para o SRT não significa que não retornarão ao Hospital, quando for necessário. Episódios relacionados a problemas de saúde sejam de ordem clínica ou psiquiátrica são tratados no Hospital. Segundo entrevista realizada com uma das funcionárias do SRT, isto se dá em função do Hospital ter todo o aparato necessário para efetivar um atendimento de qualidade, que demande quase todos os níveis de complexidade assistencial. Um atendimento que se encontra disponível por 24 horas e sem burocracia. Na sua visão, isto é melhor que fazer com que as residentes acordem de madrugada e entrem na fila do posto de saúde, para marcação de consulta. Além do mais, os exames são rápidos e é possível fazer desde os de baixo custo aos de maior custo; a medicação é facilitada; e a equipe de saúde já é conhecida. Além de tudo, é muito mais cômodo para a equipe terapêutica responsável. Desta forma, parece que nenhuma das residentes participa das ações de saúde da rede básica, demonstrando a forte centralização do atendimento à saúde das residentes.

Estas, por sua vez, colocam resistência, rejeitam a internação no IPQ e querem ser tratadas em seu ambiente, seu espaço, reivindicando, segundo a informante, suas

subjetividades, seus modos de ser. Porém se tivessem sido estimuladas, certamente teriam procurado outro lugar.

As afirmações da profissional acima, sobre a centralização das atividades de saúde, podem ser evidenciadas na fala de Hortência: “Eu já fui lá no posto de saúde da comunidade. Eu conheço. Eu já fui buscar muitas vezes remédio para a Vitória no Posto de Saúde, mas eu nunca precisei. Se precisar eu sei onde fica”!

O tratamento associado à hospitalização pode ser compreendido em função das residentes não conhecerem dispositivos comunitários de atenção à saúde mental, como Centros de Atenção Psicossocial, ou mesmo Programas de Saúde Mental da Rede Básica, haja vista a rede de assistência em saúde local não dispor ainda destes recursos. O tratamento que conhecem (e que vivenciaram por tantos anos), para curar o problema dos nervos para prevenir as crises, é somente o da hospitalização no Instituto de Psiquiatria, em função da comodidade do processo de encaminhamento para o IPQ, para a realização de consultas e exames necessários, por parte da equipe terapêutica do SRT.

Da mesma forma que o tratamento dos problemas dos nervos e das crises parece estar associado à hospitalização no hospital psiquiátrico, os problemas de ordem clínica também podem ser considerados um impeditivo para a condição de moradora, considerando a gravidade e o tempo de hospitalização.

A lógica binária da posição de residentes versus paciente (do Hospital) revelaria que ainda não houve a oportunidade da assunção do papel de pacientes subordinado à condição de cidadãos.

A condição de ser moradora, além de requerer uma boa aptidão relacionada à disposição, autonomia e eficiência (para o cumprimento das tarefas necessárias ao bom funcionamento do lar e ao auto cuidado e à preservação do Grupo), deve ser reservada somente àquelas cujos laços familiares já foram rompidos e cuja problemática da ordem psicossocial às impeçam de retornar a vida pregressa à da hospitalização. Talvez o rompimento com os laços familiares seja o que faz com que as residentes prezem tanto uma organização, que leve em consideração o fortalecimento de uma nova identidade familiar, cujos laços se firmam a partir da habitação compartilhada.

O comportamento moralmente questionável, que caracteriza as pessoas que têm problema dos nervos, também pode ser prejudicial ao Grupo e, portanto, na visão das residentes, pode colocar em cheque todo o esforço que demanda o fortalecimento da imagem de uma pessoa mentalmente saudável e, portanto, moralmente correta, cuidadosamente cultivada por elas.

Vasconcelos (1992) tem demonstrado que o movimento de usuários de serviços de saúde mental tem assumido uma estratégia política, que valoriza o poder contratual das pessoas com sofrimento psíquico, resgata seus valores próprios, sua autonomia e a sua relação com os demais atores sociais. Isto estaria contribuindo para reverter a imagem de marginalidade e de baixo poder, associados ao paciente psiquiátrico, determinados pela tendência à invalidação e a estigmatização.

Isto não se constitui uma tarefa tão simples, na visão de Velho (1987), haja vista no Brasil as sociedades serem marcadas pela cultura hegemônica da hierarquia, onde se entende que a pessoa se reconhece, primordialmente, a partir de seu pertencimento e uma rede de relações e suportes sociais familiares, de vizinhança, de compadrio.

Não é por acaso que quando uma das residentes deixa de fazer a sua tarefa, esta passa a ser rapidamente acobertada pelas demais, que acabam assumindo o serviço da amiga que deixou de ser feito, a fim de não permitir a visibilidade do descumprimento da atividade, evitando, com isto, as conseqüências advindas deste ato. Isto parece implícito no poder contratual, que se estabelece na rotina do SRT.

O almejado padrão, moralmente correto do comportamento das residentes, também parece estar associado ao padrão imposto pela Igreja Católica. Sendo assim, além de terem que controlar os sinais de uma possível crise é necessário corresponder à imagem ideal da mulher cristã. Imagem esta fortalecida no ambiente hospitalar, que ficou por muitos anos, sob a responsabilidade das Irmãs de Caridade e, atualmente, nas missas das quais participam. Além do que, infringir o código comportamental, previsto para elas, poderia ser confundido com problemas dos nervos e com isto ocasionar a perda da condição de moradora.

Conforme foi possível constatar, os papéis tradicionais de mãe e esposa não fazem parte da vida destas mulheres. Histórias de abandono, rejeição e violência exprimem as dificuldades encontradas, em decorrência da manifestação da doença.

O preconceito em torno desta condição de vida dificultou o cumprimento das suas responsabilidades, ocasionando um rompimento dos seus projetos de vida e das atividades que desempenhavam anteriormente, bem como a desvitalização das redes sociais, quando foram encaminhadas para tratamento e ali abandonadas à própria sorte, por seus familiares.

No tempo em que permaneceram hospitalizadas, o resgate das habilidades destas mulheres, em sua carreira hospitalar, exigia eficiência e eficácia a ponto de se tornar imprescindível a participação das mesmas nas atividades de serviços gerais da dinâmica nosocomial. A troca de amabilidades era tida pelas pacientes como uma estratégia política, sendo considerada, muitas vezes, a única possibilidade de poderem afirmar suas subjetividades, a fim de que pudessem conseguir pequenos benefícios como o Passe Livre, por exemplo, em direção da tão almejada liberdade.

Uma vez que o parâmetro de saúde parece estar vinculado à qualidade e a efetividade da produção e ao bom comportamento feminino, nada mais justo associar a cura destas mulheres, ou pelo menos, a prevenção de novos episódios de crise à eficácia e à disposição para o bom cumprimento das competências previamente acordadas e que estão associadas às atribuições da “natureza” feminina: fazer faxina, cuidar dos outros, arrumar as camas, lavar a roupa, esfregar o chão, engomar a roupa dos outros. O emprego das atividades domésticas como recurso terapêutico, neste caso intitulado de “praxiterapia”, concernente às atividades da terapia ocupacional, de alguma forma na visão das residentes, favoreceu o resgate da cidadania das mesmas, a ponto de transcenderem à condição de moradoras.

Através das narrativas destas mulheres foi possível observar a ruptura que tiveram em seu cotidiano, quando apresentaram os sintomas da doença e foram hospitalizadas, desencadeando um sentimento de “falta de existência”, como se estivessem à mercê das crises e da tecnologia, que viria a ampará-las, e também o sentimento de se situarem à margem do mundo, onde se perdem pessoas e coisas: a

família que se separa e se distancia, o travesseiro, o bairro, os amigos, a paquera local, o trabalho, o nome.

Conforme relatam as residentes, quase se perde a vida ao de experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades, deixando de terem direitos sobre si mesmas e sobre seus corpos, sentindo-se por vezes desamparadas, sem referência, sem nada. Nos corredores hospitalocêntricos, onde passaram suas vidas, a impressão que tive em suas falas é que perderam o gosto, o interesse pelos detalhes dos rostos, das paisagens, dos objetos e as referências, gerando total sentimento de abandono.

Ao refletir sobre o caso das Residentes acredito que se trate de uma possibilidade, que estas mulheres “pacientes” possuem, de gozar de certa visibilidade, pelo fato de serem vistas como algo de “anormal” e, portanto, pouco conhecido, provocando com isto, nos olhares do Outro, certa estranheza, suficientemente capaz de aguçar uma aproximação dos mais aos menos curiosos. De uma posição de abjeção, conceito formulado por Butler para se referir à situação de exclusão dos papéis de sujeito, as residentes buscaram caminhos para afirmar sua subjetividade, para contrapor o lugar social que ocupavam anteriormente.

Longe de parecerem cansadas de si mesmas, demonstraram que ainda possuíam forças para se tornarem proprietárias de si, no período em que se encontravam hospitalizadas, Como símbolo maior de civilidade, transformam-se aos olhos do Outro, em pessoas mais dignas socialmente, com toda a discrição que um bom estrategista requer em sua conduta, a ponto de gerar certo estranhamento por sua sutileza. Como sujeitos dotados de potencial de metamorfose, que seria já uma posição política que evidenciaria este certo estranhamento à condição de pacientes socialmente destinadas a elas - (dês) constroem a sua imagem de pessoa doente a partir, então, da tomada de consciência sobre as suas diferenças.

Essas transformações passam a ser tão costumeiras quanto possíveis, servindo para realçar a percepção da dignidade necessária às modificações presentes. É o que poderia ser denominado de período de adaptação à nova situação. Esta performance<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> O conceito de *performance* de Butler remete a uma das dimensões contingentes da corporeidade significativa que sugere uma construção dramática e contingente do sentido. Neste caso a identidade de gênero pode ser reconhecida como uma história pessoal/cultural de significados recebidos, sujeitos a um conjunto de práticas imitativas que se

talvez passa a ser considerada o primeiro passo do processo de empoderamento das residentes, que será abordado mais adiante.

Considerando as informações coletadas é possível evidenciar que a performance das residentes reforça a todo momento uma imagem positiva, que as representem como mulheres aptas para o trabalho, socialmente desejáveis, dispostas e moralmente corretas, buscando romper com a imagem anterior de pessoas doentes. Ao considerarem-se saudáveis, tomando emprestadas as contribuições de Canguilhem (2000), presumo que reforcem a imagem de que se encontram adaptadas ao meio e às suas exigências, encontrando mecanismos que as possibilitem viver, conforme as exigências que a vida impõe.

Parece que a própria sujeição é que as conduz a libertação, favorecendo o seu empoderamento.

Trata-se de uma posição frágil pois caso não correspondam às demandas previstas para o lugar de “residentes” resta-lhes a de “pacientes de um hospital psiquiátrico”, retroagindo à hospitalização com toda a carga advinda desta situação, cujo rótulo diagnóstico é apenas o início de uma jornada marcada pela mortificação do eu. O retorno às afeições morais, dentro dos padrões permitidos, pode ser considerada a *performance* que assinala a aprovação de um comportamento moralmente próprio às mulheres que se encontram “bem das idéias”, pois não dizem palavrão, não brigam, não contestam, não prejudicam ou depreciam ninguém. Ao contrário, se envolvem com esmero nas tarefas domésticas que lhes são delegadas, participam na administração do lar, cuidam das outras residentes e se responsabilizam por si e pelo lar, contribuindo com a prevenção de qualquer episódio de crise, o que evidencia a aptidão necessária para a manutenção da condição de residente. A demonstração de que estas mulheres contribuíram para o êxito dos papéis previstos, parece repartir a responsabilidade por seu estado de saúde, como um dos indicativos de que realizaram tudo o que estavam ao seu alcance, incluindo a própria medicalização, o controle sobre a saúde e o comportamento moralmente correto das demais residentes.

---

referem lateralmente a outras imitações e que, em conjunto, constroem a ilusão de um eu de gênero primário e interno marcado pelo gênero, ou parodiam o mecanismo dessa construção. Assim sendo, se o corpo mostra ou produz sua significação cultural são performativos, pois não há identidade preexistente pela qual um ato ou atributo possa ser medido. (1990:198-201).

O valor social de ser ativo e adequado aparece nas tentativas de rever no IPQ pacientes em condições de ir morar na Casa.

A ameaça do retorno das mesmas para o hospital pode estar sendo sutilmente utilizada como estratégia de controle de poder. O comportamento reprovado pode sinalizar doença e a conseqüente hospitalização. Não é para menos que poderiam estar se esforçando para demonstrar disposição, autonomia e eficiência, com base no referencial que possuem de boas cidadãs que, neste caso se fundamenta nos estereótipos do papel tradicional de mulher engendrados, neste caso, pela equipe terapêutica, pela Igreja Católica, pela comunidade local, por seus pares, familiares.

De maneira geral, considerando os diferentes graus de envolvimento, posso ousar a afirmar, com base nas impressões obtidas, que as residentes constroem a imagem que têm de si mesmas, como mulheres moralmente corretas e socialmente desejáveis, cuja saúde se caracteriza pelo fato de serem ativas, trabalhadoras, responsáveis por suas vidas, capazes de decidirem sobre seus corpos, dotadas de maior liberdade de ir e vir, com potencial para opinarem sobre o próprio tratamento, com a cabeça em ordem, respeitosas, disciplinadas e colaboradoras para com as demais. São capazes de cuidarem de si e das outras residentes, de desfrutarem dos mesmos privilégios e costumes da comunidade, além de se considerarem boas domésticas.

A identidade grupal, por sua vez, parece estar associada à organização familiar, que deve ser vivenciada sob as bases da cumplicidade, do respeito, da lealdade, do envolvimento e da vigilância de todas.

## CAPITULO V

### 5 CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA PELO GÊNERO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE MENTAL

A mulher que toma a pena para lira a transformar,  
É, para os falsos sectários,  
Um crime que os faz pasmar!  
Transgride as leis da virtude  
A mulher deve ser rude  
Ignara por condição!  
Não deve aspirar a glória!  
Nem um dia na história  
Fulgurar com distinção!  
Mas eu que sinto no peito,  
Dilatar-me o coração,  
Bebendo as auras da vida,  
Na sublime inspiração:  
Eu que tenho uma alma grande,  
Uma alma audaz que s'expande  
No espaço a voejar.  
Não posso curvar a fronte  
Nesse estreito horizonte  
E na inércia ficar!<sup>32</sup>

Após descrever as trajetórias, o itinerário terapêutico e a percepção do processo saúde/doença, em sua articulação com a percepção que as residentes têm do trânsito entre a condição de pacientes e a condição de moradoras, passo para uma análise sócio-antropológica do processo de resgate da cidadania destas mulheres.

Em seguida, trato de questões relacionadas à família, a sexualidade e à afetividade, ao corpo, aparência e auto-estima, à medicalização, ao envelhecimento, e ao lazer, cultura e participação política, a partir de um enfoque em que se articulam gênero, sofrimento psíquico, cidadania e subjetividade.

---

<sup>32</sup> Poema de Luísa Amélia de Queiroz impresso no jornal *Borboleta* (1904-1906), que marca a segunda metade do século XIX e primeiras décadas do século XX, enquanto expressões da primeira onda feminista.



## 5.1 GÊNERO, CIDADANIA E AUTONOMIA

Com base na análise do gênero, no que tange ao processo de transformações ocorridas na vida das residentes, foi possível verificar que o SRT funciona como dispositivo mediador de construção de uma nova identidade, redefinindo a posição das residentes na sociedade e favorecendo a transformação da estrutura social. Este serviço de saúde favorece a imagem das residentes, ao ganharem um status social mais elevado de pessoas que transcenderam à simples condição de pacientes para um papel mais ativo no seu próprio grupo e na sociedade, ampliando o campo de possibilidades e com isso alargando os espaços de conquista da cidadania.

Este processo de busca por maior autonomia por parte das residentes parece ter sido deflagrado a partir do conhecimento sobre o Projeto da Pensão Feminina<sup>33</sup>, divulgada pelos profissionais do IPQ. Foi no seio de uma enfermaria de mulheres, de cuidados contínuos em saúde mental, que surgiram diversas estratégias que evidenciam formas peculiares de se fazer política.

A partir do cotidiano hospitalar, ou seja, no âmbito das atividades diárias, das relações entre os pares e da troca de informações com terceiros é que se desencadearam lutas que tiveram como principais protagonistas as próprias pacientes, que vieram a tornarem-se moradoras.

Este processo requereu uma série de desafios. Um destes pode ser percebido através da conduta da equipe, com relação às pacientes, pois na visão de uma das funcionárias entrevistadas, as mais trabalhadoras e em melhor estado de saúde/autonomia acabavam sendo pressionadas pelos próprios funcionários do Hospital, para não saírem de lá.

Isto acaba atrapalhando a qualidade do atendimento, uma vez que há falta de pessoal no hospital especializado para dar conta dos serviços gerais era uma realidade. Somente com o tempo algumas moradoras começaram a se posicionar no sentido de se libertarem das atividades desenvolvidas no Hospital e se posicionarem como moradoras de uma Casa que precisam cuidar. Trata-se de um esforço pessoal em busca da própria cidadania.

---

<sup>33</sup> O Projeto da Pensão Feminina refere-se ao projeto de implantação do SRT denominado de Residencial do Pomar.

Neste esforço por outra possibilidade de vida, as residentes revelaram, na época em que estavam internadas, sua competência política, demonstrando que possuíam fala própria, possibilidade de articulação, capacidade para sugerir, decidir, deliberar e participar da (re) construção de suas cidadanias.

A convivência com outras mulheres, que tinham em comum o desejo de dispor de uma moradia, ou o fato da inclusão de novas residentes que contribuíram para divulgar a nova modalidade de assistência, serviu de motivação para um investimento pessoal capaz de sair da esfera de um projeto para se tornar realidade. O projeto da equipe terapêutica, neste caso, passou a se tornar, também, o projeto de vida de um grupo de pacientes.

Neste contexto, as trajetórias de vida destas mulheres ganharam consistência a partir do delineamento mais ou menos elaborado do projeto da equipe terapêutica que, por sua vez, se constitui num dos projetos da própria RP. A viabilidade de suas realizações dependeu, então, da interação entre os projetos individuais e os coletivos, da sua natureza e da dinâmica do campo de possibilidades que, neste caso, favoreceu a criação deste serviço. A inserção mais completa, possível na vida social, demandou um movimento coletivo de novos valores e sentidos.

A reafirmação do resgate das habilidades pessoais e sociais e da cidadania pode ser evidenciada pela forma como se posicionam ativamente, diante dos eventos de vida. Com base na fala de uma das profissionais entrevistadas, foi possível perceber sinais do processo de busca por maior autonomia, repleto de conflitos, resistências e rupturas. Apesar de parecerem sutis evidenciam a reafirmação das habilidades citadas. “O fato da Casa encontrar-se próxima de um rio ocasiona, a cada chuva, uma forte ameaça de enchente. Isto faz com que as moradoras fiquem preparadas para deixar a Casa, numa situação de emergência para serem acolhidas na UGP (que fica próximo a Pensão, porém numa região mais protegida), determinação esta previamente combinada com as residentes e a equipe. As condições de periculosidade, no entanto, não são suficientes para fazer com que elas abandonem temporariamente a residência, chegando a momentos em que a equipe do IPQ teve que recorrer ao Corpo de Bombeiros, com a finalidade de retirá-las da Casa, sob pressão, garantindo a segurança das moradoras. Outra situação que marca o posicionamento delas em seu

território pode ser evidenciada no episódio do fogão que quebrou na Pensão, onde se negaram a comer a comida do Hospital, pois não admitiam nem ter que ir até a instituição para fazer as refeições, nem sequer aceitar comer as marmitas. Preferiram passar a café e pão improvisado, mas feito na própria Casa”.

Esta ruptura com a situação de vida anterior faz com que as residentes prefiram participar das atividades que não envolvam o IPQ. Na opinião de uma das profissionais entrevistadas “esta escolha se daria pelo fato de perceberem a doença, o sofrimento e a condição de vida dos outros pacientes e não se sentirem mais como parte deste grupo, pois parecem se sentir bem e assim preferem evitar o contato com aquele local”; ou preferiam ser tratadas em hospitais gerais. Segundo esta mesma profissional entrevistada: “Atualmente uma das residentes está com câncer e não aceita se internar no Hospital, prefere os hospitais gerais do SUS. Só com muito convencimento aceita ficar na Clínica Médica do IPQ. (sic.) algumas residentes, entretanto, mantêm vínculos com pessoas no IPQ. Outras, é possível perceber que estão se afastando. Olham as fotos das moradoras que faleceram, olham para as fotos do Hospital, tudo agora faz parte somente das histórias de vida de coisas que ficaram no passado.”

Voltando à disposição, para a mudança retratada na fala de Hortência acima, evidencia o que de especial nestas mulheres despertou o interesse da equipe terapêutica a ponto de investir nas mesmas em um projeto de tamanha ousadia e visibilidade e que precisava dar certo de qualquer maneira, caso fosse levado a diante.

Parece que uma combinação de sucessivas reivindicações por liberdade, autonomia e direito à moradia conduziram algumas pacientes do IPQ a desenvolverem estratégias que às possibilitaram galgar à condição de moradoras. Uma possibilidade que elas conheciam pouco a respeito, mas que pelas breves informações obtidas na época da implantação do Residencial, parece que foi suficiente a ponto de demandar investimentos em prol do acesso a tal conquista. Aliás, como foi possível observar na história de Hortência, este projeto não se constituía como mais uma alternativa, mas era a única possibilidade existente para resolver o problema de moradia.

Esse processo teve início na luta pela aquisição de uma casa. O engajamento em prol da residência levou essas mulheres a mostrarem seu potencial e a sua

disposição para o cumprimento das atividades, que lhes eram delegadas, como parte do programa terapêutico.

A luta pela casa parece ter sido, então, o primeiro passo do engajamento político das residentes. A divisão de papéis, e a ética do cuidado neste processo de transformações contribuíram para o despertar da consciência política. Elas sabiam que o investimento da equipe teria que dar certo e que a participação das mesmas neste processo era fundamental, para o êxito do mesmo.

Esse processo de motivação, engajamento e reivindicação dos direitos, por parte das residentes, contou com o apoio de uma rede social que buscou integrá-las à comunidade a partir de um processo, que lhes possibilitou outra forma de pertencimento.

O processo de transformações que teve como estímulo a luta pela Casa, parece ter se fortalecido ainda mais quando as residentes começaram realmente a habitá-la, através da aquisição do espaço privado, constituiu-se num elemento chave de identificação e pertencimento necessários ao enraizamento. Foi na convivência domiciliar que adquiriram a auto-estima e a autoconfiança, necessárias para se afirmarem como sujeitos políticos. Na democracia das relações e no respeito à subjetividade de cada uma reconstruíram a sua imagem, se identificando com a condição de residentes. Condição esta que não é estática, nem tampouco segura, haja vista necessitar de um esforço pessoal e coletivo a fim de vencer os medos e as pressões, advindos da insegurança de terem de se afastar da Casa e com isto perder o seu lugar conquistado.

Este processo de mudanças é vivido de forma diferente para cada uma das residentes e a convivência entre elas vem se fortalecendo na medida em que o tempo avança e pelo fato de que estas mulheres têm em comum, dentre outras semelhanças, o fato de terem permanecido a maior parte de suas vidas em confinamento, além de disporem de um perfil sócio-econômico e uma história de vida muito parecida.

O fato de terem participado desde a criação da Casa as fez perceber que eram parte de um projeto coletivo, cuja responsabilidade cada uma não poderia se redimir.

A criação de um nós, ou seja, de múltiplas subjetividades em constante interação se deu em função da convivência, num mesmo espaço geográfico: a Casa, onde daí se fortaleceram os laços afetivos, a ponto de se firmarem como uma unidade familiar.

A tomada das decisões em conjunto, com o estímulo fundamentado na troca de experiências, o respeito ao jeito de cada uma, e o compartilhamento das obrigações e benefícios contribuíram, também, para o aumento da adesão no Residencial, requerendo democracia e equidade por parte de todas as residentes envolvidas, assim como por parte da equipe terapêutica.

A proximidade da Casa com o hospital onde viviam se por um lado dificultou o processo de descentralização das residentes, por outro, contribuiu para que servisse de apoio a uma série de situações emergenciais e conflitantes.

Nesta trajetória de vida, sofreram formas distintas de dominação e opressão, mas a positividade dos conflitos parece que contribuiu para a criação de formas de resistência, rupturas e inovações, remodelando o cotidiano das residentes, pois como bem lembra Louro (1995, p.121) o poder é sempre relacional. Este não é exercido em mão única, pois possui dois pólos em relação, onde às vezes encontram-se sujeitos capazes de reagir, com algum grau de liberdade. Esta positividade do conflito, observado no decorrer deste processo de conquistas também pode ser explicada através de Foucault (1985), que afirma que onde há poder há resistência.

O processo de resgate da cidadania das residentes se deu nitidamente nas bases da produção doméstica. Lá aprenderam a decidir e a refletir sobre seus direitos civis, sociais e políticos participando, inclusive, de reuniões na comunidade a respeito do pleito de determinada reivindicação comunitária. O encontro informal, que se deu para discutirem o conserto de uma ponte que caiu na última enchente é exemplo disto. O fato acometeu o bairro onde fica situado o Serviço que dava acesso mais rápido até o hospital, que ainda as provêm de subsídios relacionados à alimentação, à equipe terapêutica e aos medicamentos, além de proporcionar-lhes acolhimento, ou apoio numa situação especial.

O poder político para Lisboa (2003, p.26) diz respeito ao acesso dos membros individuais de unidades domésticas, ao processo pelo qual são tomadas as decisões

que afetam o seu futuro como indivíduos, ou como membros individuais de uma mesma família. Desta forma, o poder político é considerado o poder da voz e da ação coletiva, enquanto que o poder psicológico decorre da consciência individual de força e que se manifesta na autoconfiança, tem na Casa, ou seja, nas relações familiares o espaço primordial de seu desencadeamento, no espaço social político.

Os sentimentos de auto-estima e de força pessoal tiveram efeitos positivos sobre as ações e lutas, nos campos sociais e políticos destas mulheres. À medida que elas foram reconhecidas, a participação na dinâmica da vida em comum aumentava, e novos desafios surgiam para, mais uma vez, serem repartidos entre todas, demandando um novo esforço pessoal, em torno de um projeto comum: a manutenção da condição de moradora.

A visão otimista da própria vida e o resgate dos atributos relacionados aos direitos e deveres também se manifestaram quando da observação, com relação à satisfação das residentes.

A estabilidade do eu, ao envolver sentimentos de pertencimento e de compromisso, estimula a ligação com a unidade social, como uma espécie de afirmação da sua subjetividade. Assim, as moradoras do Residencial do Pomar, ao estarem situadas numa unidade social maior, partilham de uma série de sentimentos de ser e ter, assim como diversas formas de resistência, que merecem ser consideradas. A tônica da micro-política parece ser, então, a forma mais vivenciada por elas, pois acreditam que a mudança se faz no cotidiano e não no plano macro, que serve, prioritariamente, aos interesses de terceiros.

Ter boa saúde para poder desempenhar com autonomia e habilidade necessárias, as tarefas do cotidiano, o reconhecimento entre os pares, o sentimento de poder habitar uma casa, de constituir uma família e de viver uma velhice digna são conquistas que sinalizaram o que deve ser preservado, enquanto projetos de vida.

Com relação à avaliação desses projetos de vida, as residentes disseram que a sua vida melhorou muito nos últimos anos após terem ido morar na Casa. Dentre as principais mudanças, percebidas em suas vidas, estão: a conquista de maior autonomia, o ganho do poder contratual, o aumento da rede social, a possibilidade de terem um lar e uma família, o melhor estado de saúde, a conquista de independência

social para poder agir como bem entendem; a possibilidade de inserção no âmbito comunitário; a independência para realizar as atividades do cotidiano; e a possibilidade de gozar de maior privacidade e liberdade.

Pude observar, numa das entrevistas realizadas a um dos membros da equipe terapêutica do Residencial, que o processo de desinstitucionalização das residentes aconteceu quando elas conseguiram se cuidar sozinhas e cuidar uma das outras, ao começarem a usar o telefone e a tomar as medicações sozinhas. Neste momento, dispensou-se a presença dos funcionários, o que agregou maior autonomia às residentes, num processo que, na opinião do entrevistado, durou aproximadamente três anos, o que pode ser considerado o processo de adaptação à nova vida.

Este ganho de autonomia pôde ser observado através do resgate do poder contratual das residentes. Certa vez uma delas ficou doente e precisou se internar e as demais moradoras solicitaram cuidar da sua companheira, na própria Pensão. Como se tratava de um câncer ginecológico, além dos cuidados primários as residentes aprenderam a fazer higiene ginecológica na amiga doente e permaneceram ao seu lado até a última semana de vida, quando foi internada para tratamentos mais intensivos e veio a falecer. “Elas provaram ter responsabilidade, mostraram que sabem fazer, e que são competentes” (Fala de uma das profissionais da equipe técnica).

No que tange à percepção das mesmas, com relação aos fatores que dificultam o processo resgate de suas cidadanias, as residentes destacaram a limitação a que estão sendo submetidas, no que diz respeito ao recebimento e ao gerenciamento dos seus próprios rendimentos; a insegurança com relação à manutenção da condição de moradoras; o medo das conseqüências de adoecerem e com isso de serem afastadas do SRT; o medo de desfazerem o núcleo familiar das residentes do Residencial, a despeito de qualquer situação que possa acontecer; o receio de não poderem mais participar de atividades externas, como passeios a pontos turísticos, à praia, ou à qualquer outro local mais distante, na freqüência que gostariam, por determinação de terceiros.

O processo de transformações ocorrido na vida das residentes parece ter despertado a consciência política das mesmas e pode ser observado ao sinalizarem a ruptura delas com a condição de paciente, haja vista não se sentirem mais pertencidas

a esta categoria de pessoas. Não é a toa que, atualmente, estas mulheres não gostam de ser chamadas de pacientes. Elas sentem que não fazem mais parte deste grupo e se auto-denominam residentes. O passado parece ter sido ressignificado por elas, sendo produzido pelo processo de negação da condição de paciente, aparentemente decorrente da secular situação de opressão e violências, a que foram submetidas durante o processo de institucionalização, além da própria dificuldade de conviverem com o peso imputado ao estigma relacionado ao problema dos nervos.

O processo de tomada de consciência, da própria passagem da condição de paciente para a de residente, desloca a problemática da identidade do campo conceitual para o político e isto para Lisboa (2003), está na origem de um conjunto de ações que podem conduzir tanto ao confronto, como à aceitação das diferenças, que será abordado oportunamente.

Viver no hospital, sem perspectiva de um lar e uma família, de serem vistas de uma forma socialmente mais aceitável, ou de terem o direito de decidir sobre suas vidas, esse inconformismo, esta não aceitação por uma vida “esquecida”, ao mesmo tempo em que despertou a consciência das mesmas, sinalizada o potencial que possuíam para assumir uma nova identidade, traduzindo o contexto em que o potencial de metamorfose se mostrou emergente, a ponto de deflagrar o processo que as motivou a buscar uma outra condição de vida.

Posso evidenciar, desta forma, que o segundo passo deste processo de transformações foi o de lutar pela Casa, motivada pelo conhecimento do Projeto, pela percepção da capacidade das residentes; pela identificação destas mulheres com outras pessoas que já se encontravam em situação social semelhante que também tinham projetos de vida parecidos; pelo engajamento da equipe terapêutica em tornar possível a execução; e devido ao compromisso de todas unirem seus projetos pessoais em torno de um investimento coletivo.

Nesta fase, os contatos pessoais aumentaram, assim como a busca por informações que pudessem esclarecer os objetivos do projeto e o impacto deste para as suas vidas, bem como a procura por evidências que atestassem à possibilidade de sucesso do projeto. Nas atividades de horta, nas festas e nos bingos trocavam



informações com seus pares a respeito do assunto e construíam uma imagem do que poderia representar esta mudança para a vida delas.

Iniciada a moradia na Casa, o processo de adaptação levou, aproximadamente, três anos. Este período pode ser considerado curto, se comparado aos longos anos de hospitalização a que foram submetidas (algumas para mais de 35 anos), ao mesmo tempo em que este foi considerado necessário para que as residentes se reconhecessem e se posicionassem nas diversas situações de vida, que as consolidavam como residentes.

A partir do momento em que a motivação dessas mulheres se materializou, a ponto de se engajarem no Projeto, iniciou-se uma mobilização no sentido de mostrarem a sua competência. A *performance* destas residentes parece ter sido talhada (e ainda parece ser), para demonstrar sua capacidade de adequação e autonomia e seu perfeito estado de saúde, e a política de contatos necessários à solicitação da condição de moradoras – junto a um histórico de bons antecedentes, no que tange ao seu comportamento – evidencia o quanto essas mulheres, longe de passar por uma imagem que as remetam à “incapacidade e inferioridade”, sabem fazer política no cotidiano.

Além do mais, como a autonomia, a adequação e a capacidade produtiva estão intimamente relacionadas com o bom estado de saúde mental, nada mais justo que as residentes demonstrassem boa desenvoltura e envolvimento, necessários para o cumprimento das atividades realizadas por elas.

À medida que demonstravam suas habilidades tornavam-se mais reconhecidas e adquiriam certas vantagens como o Passe Livre, por exemplo, que as fez perceber o quanto eram capazes de lutar por outros direitos. Como disse uma das profissionais entrevistadas, elas foram escolhidas porque provaram ser capazes e porque verbalizaram sempre que possível este desejo através dos seus engajamentos.

A respeito da criação do Residencial, a única referência que a equipe terapêutica tinha em termos deste dispositivo assistencial era a de uma casa e de uma família que precisavam ser constituídas. Neste momento, a rede de apoio social foi determinante para o processo de resgate da cidadania e a equipe terapêutica parece ter tido a sensibilidade necessária para buscar estratégias locais, que envolvessem a

comunidade no processo de integração social das residentes. Buscaram apoio para integrarem-nas à comunidade, mediante solicitação ao padre da igreja local, sendo uma chance de integrá-las em seu discurso comunitário.

Com a participação das mesmas nas missas e festas da comunidade se iniciou o trânsito entre esses diferentes mundos e províncias de significados, contribuindo para a quebra de estigmas e preconceitos e, favorecendo, com isso, a inclusão social das residentes, sob as bases de uma imagem social (re) construída. Se antes eram vistas como pacientes agora desfrutam do mesmo universo como residentes.

Uma vez que se distanciaram da condição de pacientes e se assemelharam a dos membros de uma comunidade mais abrangente, foram se conscientizando de que não eram mais pacientes. Mas, moradoras de um bairro pertencente a um município, sob uma ótica mais ampla e a cada englobamento, onde se sentiam pertencidas, conquistavam o direito de se conhecer melhor e de terem paciência para serem vistas e aprovadas, não mais como sujeitos abjetos, mas, sim, como mulheres de uma determinada comunidade. O período de convencimento da nova condição – a de moradoras serve não somente à comunidade, mas, sobretudo, às residentes.

O sucesso pelas conquistas obtidas e o compartilhamento da derrota de outros desejos não realizados, parecem ser, frequentemente, partilhados com outros moradores, o que veio a fortalecer as múltiplas subjetividades que constituem os grupos de moradores de SRTs. Da mesma forma, serviram de referência para as questões pertinentes ao gênero, pois a noção de homens e mulheres atravessa todas as outras dimensões da vida humana.

Com relação à perspectiva histórico-econômica das residentes, a transformação parece abranger a lógica mercantil-capitalista. Antes e durante a internação eram extremamente pobres e não havia recursos que pudessem prover mais do que o necessário, para a sobrevivência. Na medida em que foram aposentadas e receberam outros adicionais pecuniários, como o programa De Volta para Casa, puderam dispor de dinheiro e iniciar o processo de gerenciamento de parte de seus benefícios, promovendo certa acumulação de riqueza, o que permitiu adentrar às mesmas regras de consumo impostas aos cidadãos considerados normais. Descobriram que o dinheiro

que agora possuem tem o mesmo valor do dinheiro dos outros, as situando num mesmo patamar sociológico.

Mas se por um lado, ao descobrirem que transitam no mesmo mundo da lógica mercantil-capitalista, por outro lado, parece que o gerenciamento dos próprios recursos se constitui em um tema polêmico, ambivalente, cujo assunto não se apresenta, aparentemente, no mesmo patamar de importância observado nas narrativas colhidas. Ao buscar maiores informações sobre o assunto consegui descobrir na prática, como atualmente está se dando o gerenciamento dos rendimentos das residentes.

Segundo informações coletadas, em entrevistas com duas funcionárias que trabalham no Residencial, antes as residentes não eram interditadas e administravam seu dinheiro, que permanecia na tesouraria do Hospital com finalidade de proteção. Como não gastavam tudo o que recebiam e como não sabiam lidar com o caixa eletrônico do banco, guardavam seus rendimentos na tesouraria e retiravam quanto queriam e quando precisavam, administrando a tesouraria como se fosse seu banco.

A partir de 2006, segundo as informantes, ocorreu uma centralização do dinheiro das pacientes, em função de uma interdição ocorrida por parte do Ministério Público no Instituto de Psiquiatria. Antes o gerenciamento dos benefícios ficava a cargo de uma das profissionais do Hospital especialmente designada para a função de curadora de um determinado grupo de pacientes, mas em função da interdição sofrida pelo Ministério Público, esta função somente está sendo exercida por uma curadora nomeada especialmente para esta função, além de acompanhar o processo de desinstitucionalização impulsionada pelas políticas públicas. Isto parece ter conduzido a uma série de mudanças no que tange ao gerenciamento dos benefícios dos residentes. Na opinião de uma das entrevistadas: “Tudo funciona dentro da Lei, mas esta Lei não permite o entendimento de que essas pessoas possam exercer sua cidadania. O paciente é internado, tutelado, dependente e assim, há necessidade de que uma pessoa dite as normas. Nós precisamos achar um meio termo, sem ferir a lei e precisamos aderir a uma corrente como já acontece em outros estados, onde se achou brechas para que as residentes possam exercer a sua cidadania”.

As residentes agora não precisam mais se submeter aos favores de terceiros, oferecendo o seu trabalho em troca de alguns objetos de consumo. Hoje em dia, pagam

parte do que consomem e se sentem pertencidas a uma classe de pessoas que dispõem de certa segurança financeira, pois como bem disse Anastácia, com relação à uma das suas amigas que se tornou aposentada mais recentemente: “Agora ela está aposentada: é uma de nós”. Além de reforçar a posição social e política do grupo fortalece as reivindicações pessoais, uma vez que constrói em conjunto os próprios projetos de vida, de modo que os seus projetos individuais estão em consonância com os demais projetos coletivos.

Por outro lado, como já vimos em depoimentos anteriores, esta liberdade controlada, uma vez que precisam de terceiros para dispor de seus benefícios, é considerada arbitrária na visão de algumas das residentes. Como disse Rosa: “Elas querem que nosso dinheiro vá para o caixão. Aí só vai servir para comprar as flores e o caixão quando agente morrer porque não dá para gastar com mais nada!”

O trabalho em conjunto, a cumplicidade entre elas, como os mutirões de limpeza da casa, a organização de festas e as idas às compras, dentre tantos outros exemplos, evidenciam o espírito de solidariedade e respeito do grupo.

A experiência do processo de reestruturação de suas cidadanias pareceu mais fácil, graças ao trabalho de redes de solidariedade que contribuíram para o relacionamento das residentes, com os demais moradores da comunidade, estimulando ações de ajuda mútua. A construção de vínculos parece ter sido essencial para os processos de mudança, implicando numa relação contratual, de direitos e deveres, entre todas as partes envolvidas.

Muitas residentes são madrinhas de filhos da comunidade e freqüentam festas particulares. E esta ligação parece ser muito forte. Existe aceitação e isto contribui para a permeabilidade social. Com o tempo, a confiança alcançada é fruto das conquistas delas.

Como nos demonstra Melman (2001, p.86) limites da rede de relações sociais, que sustentam uma pessoa na sociedade, não se restringem à família, mas incluem um conjunto de vínculos interpessoais significativos, do sujeito como os amigos, as relações de trabalho, vínculos na comunidade, vínculos coletivos, sociais e políticos.

A Rede Social de Sustentação (Social Network) pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como importantes, ou diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde a um nicho interpessoal, uma microecologia na qual a pessoa desenvolve um modo particular de expressão da sua singularidade (SLUSKI, 1997, p.42).

O uso operacional do conceito de rede social inscreve o indivíduo e sua família, em um determinado território social, e favorece que os profissionais de saúde mental ampliem seu território de intervenção.

A presença de doenças de curso prolongado, como a esquizofrenia e os transtornos orgânicos, por exemplo, comprometem a qualidade da interação social, reduzindo o tamanho da rede social.

Andrade & Vaitsman (2002) e Roeder (2003) têm demonstrado que o compartilhamento de informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais contribuem para aumentar a confiança pessoal, a satisfação com a vida e a capacidade de enfrentar problemas.

O apoio social também contribui para criar uma sensação de coerência e controle da vida, beneficiando o estado de saúde das pessoas (Cassel, 1974).

As residentes, ao se reconhecerem como tal, ao adotarem uma postura mais ativa em suas vidas, discutindo e fazendo perguntas, buscando informações e sugerindo mudanças, assumem a responsabilidade por sua própria condição de vida, contribuindo para o reconhecimento dos seus direitos e deveres concernentes ao processo de vivências de suas cidadanias.

Na visão de Vasconcelos (2000) o fortalecimento de uma rede social, contra o isolamento advindo do estigma e preconceitos relacionados à doença mental, proporciona o acolhimento crucial para a retomada dos laços de sociabilidade.

A participação das residentes nas missas do bairro, nas lojinhas, supermercados, festas comunitárias, passeios a pontos turísticos e outros eventos comunitários, as possibilitou conquistar laços sociais em situação nas quais parecem ser de suma importância para a resignificação destas residentes, desmistificando a idéia de passividade e fragilidade feminina.

Os laços de compadriu de algumas residentes também contribuíram para a consolidação das redes de relações solidária, auxiliando a quebra de estigmas e de preconceitos em torno da loucura.

É como se tivessem reencontrado uma possibilidade de agir novamente no mundo. O sentimento de participarem de uma comunidade, que não a hospitalar, de se sentirem influentes, presentes e importantes e o sentimento de poderem gozar dos mesmos direitos e deveres, contribuíram para que elevasse a auto-estima das residentes e para que descobrissem um outro sentido na vida.

O processo de constituição das residentes, como sujeitos-sociais, se deu ao se perceberem criticamente como co-responsáveis por um trabalho coletivo. Ao se colocarem como agentes de mudança, portanto dotadas de potencial de metamorfose, buscam ressignificar seu lugar na história.

Embora as residentes tenham encontrado em seu caminho algumas resistências, a respeito da convivência das mesmas na comunidade, na maioria das vezes foram acolhidas solidariamente. Alguns conflitos relacionados à alteridade existiram, mas as residentes encontraram mecanismos que possibilitaram vencer as resistências. Muitas vezes, esta rede social teve que ser intermediada pela equipe terapêutica, outras vezes a solução foi encontrada no próprio grupo.

Com a criação da primeira residência masculina, a proximidade das habitações e a igualdade de situações vividas, geraram iniciativas associativas, com a finalidade de buscar soluções de maneira informal, porém coletivamente. O compartilhamento das soluções contribuiu para consecução de soluções de enfrentamento, durante as reuniões técnicas, nos bingos e na informalidade do cotidiano.

A troca de experiências e de sentimentos parece estreitar os vínculos afetivos e solidários, que se firmam passando a constituir esta conduta, parte da tradição e da história desta comunidade, como uma modalidade de organização coletiva para a solução de suas carências.

Tomando o pensamento de Touraine (1998, citado por Fernandes, 1992, p.196), as moradoras do Residencial feminino e os moradores dos Residenciais masculinos de SC tenderiam a nuclear-se em torno de problemas comuns e imediatos,

para além das suas diferenças. Elas “adquirem uma identidade, que se expressa num conjunto de comportamentos coletivos com as mesmas orientações, nas lutas estabelecidas diante do Estado”.

Ao habitarem o bairro Santana, na condição de moradoras, estas pessoas rompem com a imagem de pacientes, à medida que partilham dos mesmos interesses da comunidade, gerando com isso, uma memória coletiva e um sentido de pertencimento comum, que passa a fazer parte da tradição oral. Cabe salientar que este bairro possui muitos moradores que trabalham no Instituto de Psiquiatria e que acompanharam a trajetória de vida destas mulheres.

O fato de serem vizinhos exemplares parece ter contribuído para superarem os problemas relacionados à alteridade, administrando alguns conflitos advindos dos problemas de moradia.

Além da solidariedade familiar, ou relacionada aos demais residentes dos outros SRTs, ou ainda, a convivência com profissionais que ainda trabalhavam no hospital em que viviam, além de muitos serem moradores da comunidade, contribuiu para o trânsito destas mulheres nos diferentes mundos, pertencentes tanto ao universo hospitalar, quanto ao universo comunitário. Além do que, a rede de solidariedade entre vizinhos na vida cotidiana parece contribuir para a reprodução de material social do grupo, e a integração das mesmas mais ativamente na vida cotidiana.

Neste sentido, o trânsito entre províncias e mundos é uma das questões cruciais para a compreensão sociológica e antropológica das moradoras da Casa, que passaram a transitar em distintos planos e níveis de realidade, socialmente construídos. Como agentes sociais, estas residentes são dotadas de potencial de metamorfose, uma vez que podem se mover entre províncias de significados e serem capazes de passar de um mundo vivido num hospital psiquiátrico, para o do Residencial, tornando-se mais respeitadas e reconhecidas entre seus pares.

Não é por demais lembrar que a vida destas mulheres marcada por um forte sentimento de exclusão, obrigadas a se internar e receber o rótulo de doentes dos nervos, aliado a uma problemática social, as fez lutar por uma nova identidade, que fosse mais aceita e integrada socialmente, do que a imagem que dispunham como pacientes.

Agora na condição de moradoras, parece que não ocupam mais a posição de abjetos, mas, sim, a de sujeitos que buscam ser aceitos como diferentes e capazes de lutar por um espaço.

Mas, se por um lado as residentes lutam para vencer as barreiras impostas pelo estigma e preconceito, imputados ao problema dos nervos, por outro, evidenciam a ambivalência de seus comportamentos, ao se utilizarem dos mesmos mecanismos de exclusão, a que foram submetidas, demonstrando o quanto também é difícil para elas conviver com o diferente.

O estigma e o preconceito estão instalados nas residentes, na equipe terapêutica e na comunidade. A reafirmação da subjetividade, num outro patamar social, requer estratégias que envolvam participações em práticas concretas. À medida que a alteridade avança, a desconstrução do imaginário da “mulher louca perigosa” cede lugar à imagem que as coloca na definição que possuem sobre o que é ser moradora.

Essa destruição passa por estratégias múltiplas de mudanças pessoais, grupais, institucionais e comunitárias, através de novas práticas, reafirmadas como resultados de inserção, tolerância e abertura e, sobretudo, disposição para ouvir o outro e conviver com as diferenças que poderia ser denominada de disposição coletiva, para a desinstitucionalização da “loucura”.

Acompanhando o processo de transformações pessoais, ocorridas na vida das residentes, é preciso refletir sobre o significado da palavra família neste contexto.

## 5.2 A FAMÍLIA (RE) CONFIGURADA PELO GÊNERO

A crença de que na atualidade a instituição familiar exerce grande influência na formação e na vida do indivíduo é partilhada por mim, assim como nos diversos campos do conhecimento de nossa sociedade (PEREIRA, 1997).

A família tem representado a principal instituição balizadora das relações sociais e da construção da identidade pessoal, funcionando como espaço de solidariedade e reprodução material e ideológica (Rosa, 2000) e tem sido considerada a principal correia de transmissão dos sistemas culturais (Moraes, 2005).



A partir da contribuição de Bourdieu (1993); Tsu (1993); Pereira (1997); Vasconcelos (2000); Moraes (2005) busco resgatar o tema família, ao tratar da cidadania de mulheres com sofrimento psíquico no SRT.

Apesar da sua aparente universalidade, a família, tal como é concebida nas convenções, é uma instituição que tem variado em algumas sociedades, consideravelmente, ao longo do tempo e em distintos lugares (MORAES, 2005).

Com base nas narrativas coletadas, a importância deste tema foi sinalizada em muitas das falas das residentes.

A respeito de suas vidas, algumas residentes revelaram que foram abandonadas por seus familiares ao apresentarem a doença, outras foram coagidas a aceitar o tratamento, ou mesmo deixadas à força (sob a consideração dos argumentos citados acima), na tentativa de restaurarem o comportamento convencional, ou ainda para amenizar o problema na cidade onde viviam grávidas e como moradoras de rua, restando à internação a única possibilidade de resolver o problema social.

A referência “família” parece que retornou à vida das residentes, no momento em que foram morar na Casa, onde a convivência fortaleceu os vínculos afetivos, a ponto de constituir uma identidade familiar “Elas são minha família. São tudo o que eu tenho. Eu sinto amor por elas. Antes na internação eu nunca tive uma família. Agora tenho tanta gente” (Margarida). “Aqui é tudo junto,, partilhado. Quando uma come a outra come nós somos uma família mesmo” (Rosa).

Mas a relação familiar no Residencial é mais do que um compromisso, ou afeto. Embora o fantasma da relação provisória lance a perspectiva do transitório, nesta paisagem, a cumplicidade de trajetórias de vida e a necessidade de se viver esta realidade social contribuíram para reforçar a identidade familiar, onde se valoriza o pertencimento a uma determinada comunidade.

O cuidado familiar tem, na reciprocidade e no envolvimento de todas as residentes, o compromisso em manter e fortalecer os laços afetivos entre elas, uma ajudando a outra e se ajudando ao mesmo tempo. Isto parece fazer parte do poder contratual, resgatado na medida em que as normas antigas são cumpridas e as novas combinações tratadas, democraticamente, no grupo. Uma relação antes mediada pela

equipe terapêutica, que parece que tomou corpo a ponto de ser vista como algo de tão “natural”.

Se uma delas adoecer as outras procuram cuidar da enferma e procuram também fazer as suas atividades, para que não fique descoberta e não dê visibilidade para associar o fato à uma possível internação, caso seja evidenciado que se trata de algo que requeira maiores cuidados. Há uma preocupação com a saúde, com a afetividade, com a sexualidade, enfim, o núcleo familiar - ou se é possível denominar esta nova configuração familiar - parece ser muito prezada na vida das residentes. Atualmente, elas repartem toda a comida que recebem e tudo que adquirem é dividido entre todos como se fosse uma família. Repartir o que possuem não é problema, caso falte alguma coisa para uma delas.

Há de se considerar, entretanto, a ambigüidade da relação, pois ao mesmo tempo em que se tratam como membros de uma mesma família elas se vêem, também, como amigas. Como me disse Rosa: “Eu não tenho família, eu não tenho nada. Elas são a família que Deus me deu”.

A consciência sobre a necessidade de se investir nos vínculos familiares só aconteceu no campo da saúde mental, segundo Vasconcelos (2000), mais recentemente a partir da RP.

A população mais pobre, pressionada pela crise econômica, pela precariedade e instabilidade em suas condições de vida, pelo trabalho e ainda, diante da inexistência de uma rede de assistência e de políticas mais adequadas, neste âmbito, voltava-se (e ainda o faz) com base nas considerações do autor para o hospital psiquiátrico.

Isto funcionava como uma estratégia de sobrevivência para aliviar o peso temporal e psíquico dos cuidados com a pessoa dependente e pode ser observado na trajetória de vida das mulheres deste estudo, pois foram abandonadas num hospital psiquiátrico assim que afloraram os sinais e sintomas dos problemas dos nervos.

O ato de internação e a alta hospitalar podem ter constituído (e ainda se constituem), na maioria das vezes, em campos de forças, disputados numa arena de interesses antagônicos. De um lado, a luta pelos interesses institucionais, de outro, a luta pelos sociais expressos no discurso familiar.

Como bem demonstra Vasconcelos (2000), a relação entre a família e o doente mental é complexa e vai além da mera necessidade de controle e repressão, envolvendo informações sobre outros fatores como diagnóstico, número de internações, sexo, idade, condições materiais e psíquicas para seu cuidado.

A instituição psiquiátrica, constituída historicamente para o tratamento da pobreza, conduz a uma estigmatização não só do doente, mas também de sua família, acumulando o peso do capital simbólico negativo atribuído à loucura e à consignação de sua condição e posição de classe socialmente desvalorizada.

Desta forma, forçando a internação de seu familiar, na maioria das vezes, as pessoas se utilizam do argumento dos riscos impostos ao doente mental, por ele constituir-se numa ameaça aos bens e ao patrimônio familiar (TSU, 1993).

Na condição de enferma a pessoa nem sempre aceita o tratamento ofertado, sendo quase sempre esta condição imposta, uma vez que a observação da ruptura com o comportamento convencional parece legitimar qualquer tipo de conduta que busque controlar aquilo que não é conhecido.

Com base nos argumentos de Vasconcelos (2000), quando se esgotam os esforços para convencer o estado de “anormalidade comportamental” restam medidas mais eficazes de persuasão, ou mesmo de repressão, que dêem conta de facilitar a tomada de uma decisão quase sempre questionada. Esta zona de tensão é permeada por sentimentos ambivalentes acompanhados de culpa, raiva e angústia, associados às atitudes de superproteção para com os enfermos. O mesmo estigma que associa o doente mental às imprevisibilidades de suas ações, também parece acometer seus familiares, que sofrem também de discriminação social.

Segundo Bourdieu (1993) a noção de família é construída socialmente, constituída como entidade única, integrada, unitária, estável, constante, indiferente à flutuação dos sentimentos individuais. Há um trabalho simbólico capaz de transformar o que poderia ser a obrigação de amar em disposição para tal, dotando cada membro do grupo de generosidade, solidariedade, capacidade de doação e de ajuda. O sentimento familiar precisa ser constantemente reinvestido e para essa ficção se perpetuar é necessária adesão à existência desse grupo.

Como foi abordado anteriormente, histórica e ideologicamente e com um novo significado a partir da sociedade burguesa, o cuidado com as pessoas na família e na sociedade foi associado como atributo da capacidade da feminilidade, sendo utilizado para liberar o homem exclusivamente para o trabalho produtivo. Cabia à mulher corresponder às exigências de sua capacidade feminina, submetendo-a as exigências da reprodução do capital pela produção de valores vinculados à esfera da produção de cuidado. A maternagem se reproduz, portanto, no âmbito interno da casa, no espaço privado, na hierarquia entre a esfera pública e privada e na desigualdade sexual entre mulheres e homens.

Assim, o homem vem sendo associado ao espaço da rua, da política, da competição, e do trabalho remunerado e assume a condição de provedor da unidade doméstica e o status de autoridade moral da família. À mulher, por outro lado, são atribuídas as funções de articuladora da coesão familiar, administração do orçamento e consumo doméstico, de educadora e de prestadora de cuidados para terceiros. A mulher desenvolve-se, assim, com base na moralidade da responsabilidade, que a torna suscetível às necessidades pessoais dos outros.

Se por um lado o espaço privado fica a cargo da responsabilidade da mulher, o seu papel de cuidadora, por outro, considerando a crise econômica e as transformações no mundo do trabalho, desencadearam mudanças na estrutura familiar, alterando a sua posição social na unidade doméstica. As mulheres se inserem no mercado de trabalho em setores correlatos às suas atividades do lar, no ramo da prestação de serviços e no setor terciário da economia.

As classes trabalhadoras urbanas do Brasil orientam-se por um código próprio, identificado e nomeado por Duarte (1986, p.264) como “modelo do nervoso”. Para este autor, em sua concepção de loucura e dos processos subjetivos, que articulam o físico e o moral, conjugando-se à visão religiosa, holística e hierárquica do mundo e das relações. A loucura é qualificada no limite como uma reiterada manifestação pública da perturbação, que inclui o espetáculo associado à consciência, à agressão, e à perda total de racionalidade. Nesse modelo, as relações de gênero são demarcadas territorialmente: o homem no espaço público e com suas funções correlatas e a mulher no âmbito doméstico, desempenhando atividades compatíveis com este contexto.

Para as classes mais pobres, a inserção no mercado de trabalho apresenta maior instabilidade e precariedade nas relações familiares tendendo à ruptura se a condição for prolongada, podendo também levar à perda da condição de gerador de renda.

As relações de parentesco, que se fundamentam sob a ética de obrigações recíprocas guiadas pelo dar-receber-retribuir, parecem ser muito importantes para que as famílias pobres brasileiras possam suportar todas as funções sociais que lhes são atribuídas (Sarti, 1996).

Desta forma, a família busca dividir com o Estado o encargo dos cuidados com o familiar enfermo, como estratégia de sobrevivência, uma atitude elaborada a partir da vivência cotidiana como o sofrimento.

No caso de algumas das residentes, as sucessivas internações fizeram com que muitas delas perdessem seu espaço no domínio doméstico. Como o espaço doméstico é o lugar de trabalho, de vivências e de trocas, pois este lugar é considerado o território político onde a mulher exerce seus domínios e afirma a sua capacidade, o rompimento com esta esfera pode representar o símbolo do flagelo social e de conflito, para com a sua própria identidade. “Eu de repente acho que não conseguia fazer mais nada direito. Não conseguia mais trabalhar nem cuidar da comida ou das crianças. (sic) quando vi, minha família me trouxe para internação. No hospital eu comecei a fazer as coisas novamente e na casa eu já sei fazer tudo novamente” (fala da residente Rosa).

Conduzida ao processo de hospitalização, haja vista a sua produção não corresponder mais às expectativas do papel social delegado a mesma - como condição da sua própria natureza, inicia-se a institucionalização psiquiátrica tornando a “paciente” tão distante do grupo familiar a ponto de considerá-la uma estranha que mortifica e empobrece seu tempo, dando ao tempo da internação a impressão de se viver uma vida anacrônica (VASCONCELOS, 2000).

Ao adaptarem-se à vida institucional, as residentes buscaram construir um novo espaço social, um lugar de pertencimento, através das suas potencialidades no domínio das atividades que faziam parte do espaço doméstico. E, na medida em que aperfeiçoaram a sua capacidade produtiva, o comportamento apresentado revelava indícios de cura.

Os vínculos desgastados nem sempre foram reconstruídos, durante o processo da hospitalização, pois muitas vezes as condições econômicas e organizacionais da família não permitiram a integração destas mulheres de volta para seu lugar de origem. Com seus vínculos familiares primários, perdidos definitivamente pelo tempo, acabaram sendo institucionalizadas.

Já na condição de moradoras do Residencial do Pomar parece que buscaram uma aproximação afetiva com as pessoas que o destino uniu, por se encontrarem na mesma condição de vida. Sendo assim, vale a pena refletir sobre a nova configuração familiar que se formou no Residencial com a convivência entre os pares.

A manutenção desta identidade coletiva requer um esforço constante, para que a atual realidade de fragmentação e diferenciação, produzida no contexto da hospitalização, não reproduza as tradicionais zonas de estigmatização e segregação que dificultam o exercício da cidadania na gestão cotidiana, haja vista a complexidade que se pode evidenciar nas trajetórias de vida. Uma demanda que requer um olhar mais apurado, em face das contingências sociais, econômicas, políticas e culturais extremamente adversas, mas que nem por isso serviram de “camisa de força” a ponto de impedir a (re) construção de novos vínculos como um dos direitos a serem legitimados.

### 5.3 AFETIVIDADE E SEXUALIDADE COMO VIVÊNCIAS DO GÊNERO

Ao analisar a sexualidade, sob um ponto de vista sócio-antropológico, é preciso fazê-la como qualquer outro domínio da vida social, pois depende da socialização, de aprendizagem de determinadas regras, de roteiros e cenários culturais.

Para Gagnon e Simon (1973, apud Huyssen, 2000) só assim a atividade sexual pode ser significada e exercida. Ela se apresenta em convenções culturais e num só tempo, incrustadas em espaços sociais específicos e impregnadas de ideologias mais abrangentes, que circulam em múltiplas dimensões da realidade.

Com base nos dados levantados, as residentes parecem educadas num código moral bastante rígido, baseado no que é considerado próprio e impróprio, certo e errado, natural ou normal. Margarida me disse: “É possível namorar desde que tenha respeito”. A fala de Margarida exemplifica como a sexualidade é tratada na Casa. O fato

de um dia Lírio ter levado um amigo para conversar em seu quarto já foi suficiente para gerar um conflito entre as residentes, quando ficou decidido a partir deste episódio que somente na sala de visitas e na presença de outras residentes é que se pode receber um amigo para visitas.

As condições sócio-econômicas e educacionais desfavoráveis; os problemas advindos do sofrimento psíquico; e a própria imagem social da mulher “louca” parecem dificultar a adesão e a formalização de qualquer tipo de relacionamento. E este fato não é somente sentido pelas residentes, como também, pelos moradores dos SRTs masculinos.

Atualmente somente duas das residentes estão mantendo relações afetivas com namorado, sendo que apenas uma delas assumiu publicamente a relação. Isto reafirma as impressões descritas acima.

Com relação à sexualidade, nenhuma das residentes possui vida sexual ativa, ou relatou maiores intimidades com outras pessoas neste momento de suas vidas. A afetividade se encerra em beijos, palavras e carícias.

A atividade sexual, na visão das mesmas, só pode ser circunscrita à esfera do casamento. A relação a dois deve envolver cumplicidade num acordo a priori inviolável, assim como o respeito. Elas não estabelecem uma dissociação entre sexo, afeto ou vínculo. Sexo está, na visão das mesmas, subordinado ao sentimento e só pode ser exercido no contexto do vínculo com um significado mais relacional.

Nenhuma das residentes disse sentir falta de ter relações sexuais. Falam pouco sobre sexo e ao relatarem experiências sexuais anteriores as associam, na maioria das vezes, com gravidez indesejada, com violência ou com indiferença por não terem exercido a maternidade ou sequer, opinar na decisão de poderem criar ou não seus filhos. Mesmo que quisessem, as condições de vida extremamente adversas, na visão das residentes, certamente tornariam esta tarefa uma coisa impossível de ser concretizada. As falas das residentes não revelam a pressão da reposição geracional.

Algumas residentes, no entanto, afirmam que ainda são virgens e filhas de Deus, o que as impedem de viver uma vida sexual que não seja condizente com os padrões estabelecidos pela Igreja Católica. Como não podem ter filhos não vêem a

necessidade de sexo, pois sexo só tem sentido ao falar em casamento, procriação, ou em maternidade. Além do mais, já se consideram pessoas idosas e assim sendo, o sexo também acaba por se distanciar ainda mais da vida delas.

A sexualidade parece ser algo a ser controlado entre elas com base na idéia de um comportamento moralmente correto, pois a saída dos padrões permitidos pode ser um fator de exclusão a fim de garantir e proteger a moral de todo o grupo. Em entrevista realizada com uma das profissionais da equipe terapêutica da Residência feminina, ela me informou que numa ocasião uma das moradoras, devido a sintomas psiquiátricos, falava muito palavrão, desmoralizando todas as outras residentes. Na última crise, como esta moradora não melhorava e como as outras residentes estavam ficando extremamente incomodadas com o comportamento da mesma, acabaram por não aceitá-la mais na Casa. Diante disso, ela foi residir na UGP, pois segundo esta residente disse que se não fosse mais para morar na Pensão, não gostaria de retornar à enfermaria que morava anteriormente.

Outra questão relacionada à sexualidade é o fato de estarem envelhecendo e, na concepção das mesmas, mulher idosa parece ser vista como um ser assexuado. Como não poderiam mais ter filhos, caso desejassem e pudessem, não havia sentido em investir em sexo. A prática sexual está associada, portanto, ao casamento, à procriação e à maternidade.

Além do mais, acreditam que se tivessem filhos poderiam passar a sua doença. Aliás, uma das residentes sofreu um estupro durante a internação e seu filho, ao nascer, foi adotado e criado por terceiros até sua família falecer e encaminhá-lo para a internação também, para tratamento psiquiátrico, onde permanece até hoje. Esta moradora tem conhecimento do fato, mas ao identificá-lo como um “erro” evidencia a distância afetiva entre ela e seu filho. Esta conduta reforça a crença do poder da hereditariedade, haja vista mãe e filhos terem sido tratados a vida toda como “loucos”, numa mesma instituição psiquiátrica.

A concepção que possuem é que as mulheres ainda são vistas como objeto do desejo dos homens, ou como sujeitos cujo desejo é moderado.

A relação afetiva, que deve ser necessariamente com outro homem, precisa estar associada ao compromisso e isto passa a ser fator preocupante das residentes,



uma vez que envolve um limite que não pode ser ultrapassado, pois isto colocaria em risco a condição de moradora. A permanência no Residencial está condicionada à impossibilidade de se ter um casal dividindo o espaço da Casa, pois a priori foi criado para abrigar mulheres. Assumir um relacionamento significaria romper com o contrato social implicitamente adotado. Além do mais, acreditam que perderiam parte da sua autonomia e da sua independência cultivada com tanto esforço. Pois como disse Lírio: “trocar o certo pelo incerto nesta fase da vida não é uma atitude inteligente”.

A relação afetiva das residentes parece ser também tomada por ambivalências. Ao mesmo tempo em que se vêem como amigas, também são percebidas enquanto membros de uma mesma família.

O percurso biográfico das residentes as situa numa posição em que parece ser preciso uma contínua negociação, no sentido do compartilhamento de regras, obrigações e direitos itinerantes às integrantes do grupo familiar. Estas relações vêm passando por profundas mudanças. Muitas das residentes já moravam no hospital muitos anos juntas e numa mesma enfermaria, mas relataram que não sentiam que houvesse uma identidade familiar, constituída, a ponto de formarem uma família. Mas, a ida para a Casa onde já havia implícita a proposta da formação de um ambiente familiar, esta identidade acabou por se formar na convivência diária. Uma convivência marcada por uma tensão constitutiva entre a necessidade de afirmação da subjetividade, da liberdade e da autonomia. Em tais circunstâncias, o desafio de produzir uma “pessoa individualizada”, no decorrer do processo de socialização, requereu um delicado equilíbrio no aprendizado do domínio das regras sociais. A sexualidade no Residencial, embora não seja alvo de constantes discussões (a não ser que as regras sejam infringidas), é certamente regulada pelas demais residentes como, também, pela equipe técnica e pela própria comunidade.

Os conflitos no âmbito doméstico estão ligados à percepção de que o comportamento da outra não condiz, ou não se adapta ao tipo de relacionamento esperado.

A construção da cumplicidade está subordinada à formação do vínculo afetivo. A mudança das regras sociais envolve uma política cotidiana, impondo ampla negociação entre as partes, onde nem sempre a unanimidade impera nas decisões

finais, embora cada opinião seja objeto de reflexão do grupo. Essa interação no diálogo entre as residentes é muito complexa, no sentido de reafirmação das capacidades de autonomia.

O número de relatos sobre as relações afetivas nos demonstra que a constituição do par ideal seria um homem paciente, ou melhor, ainda, um morador. Elas acreditam que seja mais fácil conseguir este tipo de vínculo do que ter um compromisso com uma pessoa que não faz parte do universo das mesmas e que poderia carregar, consigo, uma série de preconceitos, o que dificultaria a relação. O fato de ser um “paciente” já o coloca numa posição mais próxima a das mesmas, só perdendo para aqueles que já conseguiram conquistar a posição de moradores. Além do mais, é mais fácil namorar um morador que possui mais liberdade e mobilidade para sair para onde quer e quando quer, do que um paciente que está sob a tutela das duras regras hospitalares.

O *status* advindo da condição de moradoras também foi evidenciado, sendo esta condição, um fator que vem contribuindo para que as residentes mantenham uma relação afetiva muito próxima, com alguns moradores dos outros Residenciais masculinos. Eles parecem conhecer a vida de moradores, partilham de problemas semelhantes, como os desafios encontrados no processo de se lidar com a conquista dos direitos e deveres concernentes à cidadania.

Lírio, uma das residentes atribui à sua condição de moradora ao fato de que, ao ter se mudado para o Residencial do Pomar, aumentou o interesse de outros homens por ela. “Não sei o que me aconteceu. Foi só vir morar aqui na Pensão que parecia que todos os homens queriam me namorar. Isso foi lá mais no início quando vim morar aqui. Agora até parou mas antes tinha até paciente brigando para ficar comigo. Briga eu não gosto”.

Uma das residentes possui um vínculo estável com um namorado que é paciente do IPQ. O namoro começou quando ele estava ocupando a condição de residente de um SRT, embora a sua namorada não saiba dizer o motivo do retorno de seu amado para o Hospital.

A relação afetiva entre um casal deve implicar certa negociação, na visão das residentes, denotando “compromisso” e “prova de afeto”. O respeito, a frequência e a

qualidade dos encontros, a aprovação familiar e a ausência de sexo são combinações que se inscrevem como um processo de aprendizado e de tomada de decisões – individual e a dois.

Com a finalidade de compreender um pouco mais o significado da sexualidade na vida das residentes é pertinente fornecer informações sobre como é tratada a saúde reprodutiva e a contracepção nesta paisagem.

Verificou-se que três das residentes fizeram esterectomia total. Ao perguntar a elas o motivo da cirurgia me disseram que o procedimento foi feito para resolver problemas relacionados à menstruação.

Em função da faixa etária, a única ainda em período fértil está laqueada. Além do mais, a menopausa é identificada com a interrupção da atividade sexual para as mulheres.

A mais jovem é a única que possui um diálogo mais aberto sobre a sexualidade, mencionando a necessidade do uso de camisinha para evitar a transmissão de doenças sexuais, ou mesmo uma gravidez indesejada.

Ao relembrares assuntos sobre a sexualidade durante a hospitalização falam de controle, vigília e opressão lembrando episódios de violência a que eram submetidas, atribuindo às medidas de correção moral parte das condutas terapêuticas empregadas e que tinham como missão, na época, o objetivo de normalizar o que de bizarro não correspondia aos padrões morais delegados às mulheres consideradas loucas.

Desta forma é possível presumir que a importância da auto vigilância moral sob a sexualidade pode estar ligada, também, às violentas formas de repressão de que é objeto a atividade heterossexual.

Além do mais o Residencial do Pomar e os demais SRTs no Estado foram criados num modelo que parece funcionar como espaços que funcionam segregando sexo, haja vista não existirem modelos para atendimento concomitante de homens e mulheres no mesmo espaço, mas, sim, habitações destinadas somente à mulheres ou somente aos homens.

Nunca é demais lembrar que a própria medicalização tem servido ao objetivo do controle da sexualidade. O controle da sexualidade progrediu no cenário nosocomial, com base na idéia de que a mesma estaria associada com problemas do sujeito ligado à doença mental e também percebido como problemas morais. Preconceito, este, que parece ter se arrastado para os SRTs.

Laqueadura, camisinha e pílula foram os contraceptivos mais citados por elas. Três das residentes são como dizem: “desligadas”. Elas atribuem à estereotomia o fato de terem passado por problemas de hemorragias e de menopausa. Outras não sabem dizer o motivo. Somente uma delas já teve a oportunidade de fazer uso da camisinha masculina. Já a camisinha feminina elas nunca ouviram falar a respeito.

O não uso de métodos anticoncepcionais deve-se à virgindade, ou à inatividade sexual das residentes.

Como vimos anteriormente elas pregam a fidelidade entre o casal como ideal a ser alcançado, sendo do marido o único papel que poderia justificar uma relação a dois. Como nenhuma delas pensa em casamento ou procriação, mais uma vez não se justifica a necessidade de sexo muito menos de contracepção. Mas nem por isso, justifica-se a necessidade de não se ter qualquer tipo de relação afetiva. Como disse Margarida: “Ele às vezes vem namorar aqui na casa, vê TV, a gente conversa, ele é meu amigo. Mas não quero me casar. Para quê se assim é que é bom!” e como exclamou Jasmim ao me contar um segredo em suspiros: “Eu tenho um namorado. Ele mora lá na casa masculina. Ele me beija no rosto e me abraça forte. Ele gosta de mim e eu gosto dele. Eu me apaixonei por ele. Eu gosto dele e nem acreditava que isso ia acontecer. Lá nas freiras não dava. Aqui na casa a gente pode namorar e ter amigos”

#### 5.4 CORPO, APARÊNCIA E AUTO-ESTIMA: ROMPENDO AS AMARRAS

Ao discorrer sobre o significado da sexualidade para a vida das residentes, passo a descrever determinadas questões relacionadas ao corpo, à aparência e à auto-estima das residentes, ao traçar uma interseção entre gênero, subjetividade e sofrimento psíquico.

A possibilidade de decidirem sobre seus corpos também parece ser um dos direitos mais valorizados pelas residentes. Algumas relataram a dificuldade que

passaram em suas vidas, quando tiveram que morar nas ruas, onde não podiam se cuidar, ter hábitos higiênicos, trocar uma roupa, ou cuidar da aparência. Isso as afastava das outras pessoas, que preferiam permanecer à distância, pela aparência e a falta de higiene, assim como pelo preconceito e estigma associados ao contexto observado.

Ao serem acolhidas no Hospital para tratamento acabaram tendo melhores condições de vida. Para Jasmim, o hospital também providenciou os cuidados necessários quando se encontrava grávida, assim como auxiliou na adoção do seu filho.

Contribuiu também, para a regularização da documentação civil, pois muitas residentes ao chegarem ao Hospital sequer portavam certidão de nascimento ou carteira de identidade, condição esta necessária à entrada no processo de concessão de Benefício Continuado.

Com relação à imagem pessoal, há anos a vestimenta adotada aos “pacientes” era o uniforme. As mulheres usavam um vestido largo de sarja vermelho ou amarelo berrante (com o intuito de colaborar na recuperação de pacientes que fugiam do hospital) e os homens um uniforme estilo pijama. As sandálias de dedo eram os calçados fornecidos, sendo por vezes roubadas ou extraviadas, por falta de local de armazenamento. O mesmo acontecia com os objetos pessoais dos pacientes, que se tornavam escassos, haja vista não ter local para colocá-los.

Há relatos de que os cabelos às vezes eram cortados sem permissão, sendo esta invasão de privacidade considerada por todas as residentes uma violência. Hoje em dia, residindo na Casa fazem questão de dizer que são responsáveis por suas aparências e pagam o salão de beleza de sua escolha e com seus próprios rendimentos. Como disse Hortência: “Eu tinha pena de ver o cabelo das pacientes cortado e às vezes raspado por causa do piolho e o pior é que eles cortavam o cabelo da gente e nem pediam. Quando a gente via, pronto. Depois melhorou a Diamantina é que cortava o meu cabelo.”

O livre arbítrio, entretanto, se restringe a um campo de possibilidades determinado pelo Grupo. Preocupadas com o estado de saúde de uma delas, suas amigas a proibiram de pintar o cabelo até o restabelecimento da sua saúde. E como

todas estão zelando pela saúde desta companheira, nada mais justo que ela colabore seguindo religiosamente o conselho do grupo: “tinta no cabelo só quando estiver boa!” Isto parece fazer parte da contratualidade do grupo.

## 5.5 MEDICALIZAÇÃO COMO FORMA DE CONTENÇÃO

A medicação também tem um significado especial na vida das residentes, pois a permanência na posição de moradoras da Casa está atrelada à qualidade da saúde e nela à preservação da imagem pessoal das mesmas. Se as residentes estão tomando a medicação corretamente, como parte da contratualidade do grupo, na visão destas mulheres significa que devem estar gozando de boa saúde. Mas esta posição também é ambígua, pois Rosa acredita que já está curada e não precisa tomar mais remédio, haja vista não se considerar mais paciente e sim moradora.

O significado de tomar a medicação vai além de conter as crises e se estende como medida preventiva – destinada a controlar os sintomas da doença, que, por sua vez, pode ser inferido através do comportamento que, no caso das mulheres, deve corresponder aos padrões moralmente aceitáveis da “condição” de ser mulher.

Neste universo, alguns sinais de conflito são aparentes haja vista o fato de que ao se perceberem na atualidade, como moradoras e não mais como pacientes, não vêem sentido em continuar tratando algo que simplesmente não existe mais: o problema dos nervos. As histórias relacionadas aos episódios de crise, com cicatrizes marcantes como queimaduras e a perda de memória que as levou romper com a vida que tinham antes da internação, as conduzem a zelar pela manutenção da prescrição médica, assim como supervisionar a prescrição das demais companheiras. Violeta e Margarida possuem cicatrizes de queimaduras, que sofreram no fogão à lenha ao estarem desempenhando as suas atribuições domésticas. As crises convulsivas também deixaram lembranças e marcas que servem para lembrá-las o quanto é importante a prevenção. Desta maneira, a maior referência que ainda possuem em termos de segurança é cumprir as determinações das prescrições médicas, para garantir a manutenção da boa condição de vida.

A manutenção da boa condição de vida não passa somente pelo uso continuado de psicofármacos. Existem outros fatores como o envelhecimento, por

exemplo, que incide na qualidade do estado de saúde das residentes e que apareceu nas narrativas colhidas.

## 5.6 O ENVELHECIMENTO COMO FATOR DE RISCO

A preocupação com o envelhecimento, observada nas narrativas, também parece se constituir como uma das maiores preocupações do contingente populacional brasileiro, sobretudo às mulheres com mais de sessenta anos. Em função da menor mortalidade feminina, constata-se uma feminização no envelhecimento do segmento idoso.

A definição de idoso varia entre os países e as sociedades. A Organização Mundial de Saúde define as pessoas com 60 anos ou mais para os países em desenvolvimento e 65 ou mais para os países desenvolvidos. Já a Política do Idoso no Brasil define como idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

O significado da palavra idoso, para as residentes, assim como para a população em geral, quase sempre tem conotações negativas, relacionando-a com outros termos tais como incapacidade ou demência. É ainda habitual, a crença, principalmente em nosso país, de que as pessoas idosas devem ser cuidadas embora as suas opiniões nem sempre pareçam ser consideradas na formulação das políticas de saúde. Isto é particularmente verdadeiro, no caso de mulheres idosas, quando a combinação de gênero e idade pode ter efeitos prejudiciais para a qualidade de vida, como é o caso da percepção do envelhecimento como um processo de deterioração mental e físico, observado no discurso das residentes.

Embora considerada uma conquista social, o aumento da longevidade traz consigo a ameaça do aumento das doenças crônico-degenerativas e seus conseqüentes processos de dependência. Esse dado, uma vez compreendido isoladamente, sem uma visão abrangente e crítica, parece ser suficientemente significativo na conceituação negativa das pessoas mais velhas como dependentes, funcionalmente e mentalmente incapazes, solitários e infelizes (NERI, 2004).

Parece que os mitos e estereótipos sobre o envelhecimento atingem, principalmente, a velhice em sua fase mais avançada, pois ainda se sabe pouco a respeito, tendo em vista que representa um fenômeno novo na história da humanidade.

Atualmente, o paradigma mais corrente na Gerontologia, diz respeito ao processo de envelhecimento como um processo marcado pela heterogeneidade e pela diversidade por suas características dependentes de circunstâncias histórico-culturais, de fatores intelectuais e de personalidade, além dos fatores referentes à saúde física e mental.

A faixa etária de praticamente todas as moradoras do Residencial do Pomar remete à complexidade e o sentido do envelhecimento que esta população tem com base no seu sistema global de valores.

O sentido do envelhecimento para as residentes parece estar muito relacionado com a qualidade da capacidade funcional.

A rejeição contra o envelhecimento, que parece fazer parte da cultura ocidental contemporânea, cujos preconceitos vinculam à velhice a imagem de improdutividade e inutilidade, também parece se constituir numa das preocupações das residentes, advinda das conseqüências que poderão urgir, diante da perda da autonomia.

Esta perda da autonomia poderia dificultar a permanência das mesmas na sociedade, cominando com a conseqüente exclusão do campo social.

Envelhecer pode significar, também, perder parte do poder conquistado na Casa, pois se consideradas velhas demais tal estigma pode deixá-las à margem das decisões diárias e, com isto, distanciá-las das decisões familiares, dos amigos e da rede social oportunamente construída. A redução da mobilidade social poderia conduzi-las ao isolamento, pois a falta de oportunidades distancia as relações e tem sido associada ao sofrimento psíquico (ROEDER, 2003).

O envelhecimento nesta paisagem também pode estar relacionado à necessidade de cuidados contínuos e isto implicaria, conseqüentemente, na submissão do idoso aos cuidados de terceiros, como já está acontecendo na atualidade. Num universo simbólico em que todas no grupo envelhecem simultaneamente numa organização familiar onde uma conta com a outra, significa que mais cedo ou mais tarde as residentes deste Residencial terão que aceitar a intervenção de terceiros e se adaptarem a um mundo onde a sua vida ficará a cargo dos cuidados de outras pessoas, reduzindo com isto a sua independência. Ou ainda, na pior das hipóteses



voltarem a compor o quadro de pacientes da 2ª Enfermaria Feminina destinada às idosas.

O envelhecimento, associado ao aparecimento de doenças, também foi narrado ao expressarem o medo da perda do seu bom funcionamento físico e mental, ou da presença de condição progressivamente degenerativa. Estas são preocupações advindas do medo de perderem a condição de moradoras, e com isso reduzirem seus direitos de cidadania, pois elas associam a doença à obrigatoriedade do tratamento no Hospital, ou ao encaminhamento para uma instituição asilar percorrendo, com isto, todo um caminho inverso ao da população de idosos brasileira, que na maioria das vezes é submetida às Instituições de Longa Permanência para Idosos e, com isto, a sua conseqüente institucionalização. Talvez, isto possa ser reflexo da centralização da saúde das mesmas ao hospital de origem, pois associam a doença ao tratamento psiquiátrico de outrora, por “não disporem” de outra possibilidade de atenção à saúde.

Com relação a morar numa Instituição de Longa Permanência para Idosos é verdade que elas ainda não conhecem de perto esta realidade, pois nunca moraram num asilo, mas com relação ao envelhecimento se recordam dos idosos que partilhavam com elas a internação numa enfermaria de “crônicos”, cuja maioria da população era constituída por pessoas acima de sessenta anos. Desta forma, o envelhecimento também parece se constituir um fator de risco para a permanência das mesmas no Residencial.

Depois de abordar o significado do envelhecimento para as residentes, passo a tratar do tema cidadania a partir do conhecimento de como elas vivenciam o lazer, a cultura e a sua participação política, buscando realizar uma articulação com o gênero.

#### 5.7 LANÇADO UM OLHAR SOBRE O GÊNERO NO LAZER, NA CULTURA E NA PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

É possível observar que o trabalho, na visão das residentes, também significa lazer e que as atividades domésticas são consideradas as preferidas, assim como a ida às compras ou a realização de passeios na comunidade. O direito de ir e vir quando as moradoras bem entendem a possibilidade de adquirir coisas, a socialização, o cultivo à espiritualidade, assim como a própria permanência na casa, são questões que

evidenciam a gama de fatores relacionados à demarcação de um campo de possibilidades, que condicionam a tão almejada cidadania.

As principais atividades de lazer das residentes estão na maioria das vezes no âmbito doméstico, seja pela preferência por este tipo de trabalho, seja devido ao que ele representa. Assistir TV, sobretudo às novelas e programas de auditório, como já disse anteriormente, parecem ser os preferidos.

Duas residentes preferem dedicar o tempo livre às atividades sociais, participando de passeios a pontos turísticos, visitas a amigos da comunidade, festas e locais relacionados aos compromissos tidos como ocasionais como: enterros, velórios e missas.

São poucas as que participam de eventos noturnos, embora para elas esta tarefa não tenha nenhum problema de ser realizada, pois se julgam preparadas para enfrentarem sozinhas o trajeto ou acompanhadas por outras pessoas.

O passeio nas redondezas de mãos dadas com o namorado, a conversa com o mesmo na sala de visitas sob a vigília das demais residentes, ou mesmo participando de lanches, bingos, e almoços especiais evidenciam o elenco das atividades de lazer e de consumo cultural, que são tidas como as mais apreciadas.

As atividades relacionadas às compras também foram muito relatadas por todas e a importância da mesma pode ser observada pelo zelo com que as residentes se arrumam, ao se programarem para passear e na oportunidade adquirir algo de que necessitam.

A participação nas oficinas, embora tenha significado de emprego na vida delas, transcende a esta simples função servindo-se de uma das mais apreciadas opções de lazer, como relatei inicialmente. A lida no jardim do Residencial do Pomar e a plantação de frutas e chás, tão cuidadosamente cultivados por suas moradoras evidenciam a apropriação do espaço das mesmas aparentemente materializadas na reconstrução de suas vidas.

As atividades relacionadas à religião já foram mais preferidas pela maioria. Hoje somente três delas dão maior valor à frequência nas missas. Há, no entanto, uma reclamação e uma reivindicação por parte de todas as moradoras: a vontade de

voltarem a participar com maior freqüência dos passeios anteriormente realizados e que agora foram suspensos por motivo de intervenção do Ministério Público, segundo a explicação que me deram. Da mesma forma, gostaria de voltar a trabalhar nas oficinas de panificação de outrora de deixaram de existir pelos mesmos motivos dos passeios.

A participação em casamentos, em batizados ou outros eventos sociais com amigos (as) que residem na comunidade local são atividades que foram mencionadas, embora realizadas de maneira menos regular e destinadas somente há algumas delas, por questão de preferência e de oportunidade.

A relação política se estabelece no cotidiano e se fortalece na medida em que aumenta o poder contratual das mesmas. Quanto menor a intervenção por terceiros, em relação a determinados aspectos de suas vidas, melhor a possibilidade de poderem articular, compartilhar ou tomarem decisões que dizem respeito a elas.

A percepção que a democracia se faz no cotidiano, como forma de adesão, coesão e proteção do grupo, parece sempre melhor do que qualquer outra forma de participação social. O conceito de democracia, neste caso, está associado, sobretudo, aos direitos civis com destaque para a liberdade de expressão, manifestação de idéias e reivindicação do que consideram como ideal. Isto envolve a interação de projetos pessoais com os locais.

Embora considerem que a ida para a Residência tenha melhorado as suas vidas, acreditam que ainda é necessário que seus direitos de cidadania sejam mais respeitados.

Elas associam à cura à ida para a Casa devido à restituição de alguns dos seus direitos de cidadania, como poderem ir e fazer o que quiserem dentro do que é permitido, assim como ter acesso aos mesmos dispositivos da comunidade (participação em festas, lanchonetes, compras).

Neste sentido, cria-se um paradoxo: se não se consideram mais como pessoas doentes, mas, sim, como moradoras e não mais pacientes nada mais justo que sejam restituídos todos os seus direitos de cidadania. Trata-se da velha questão ambivalente: ao mesmo tempo em que as moradoras pedem que o Estado cuide de sua saúde não querem que ele interfira em suas vidas. Uma situação ambivalente e que requer

constante reflexão, que vai desde o processo de interdição às formas de gerenciamento da vida. Um processo de interlocução entre os direitos universais e a subjetividade de cada residente. Uma relação política que se trava na convivência, no cotidiano como será abordado a seguir.

No universo da saúde mental da mulher existem mulheres de todos os gostos, de todas as formas e crenças unidas pelo destino ao mundo do Residencial. Refletir sobre tais questões exige, entre outras coisas, um diálogo íntimo e político construído com outras ciências e as disciplinas e, sobretudo, com a participação das residentes destes serviços ou através da conscientização das mesmas sobre o que tais decisões podem acarretar para as suas vidas.

Como a macro-política, delineada pela legislação e os programas políticos dentre outros, parece ser algo inalcançável na visão das residentes, resta na micro-política – isto é, do cotidiano o sentido da possibilidade de se fazer política. A ambivalência pode residir no sentido de que as mesmas sabem que, independente do que decidirem, as políticas são escritas e muitas vezes postas em prática imprimindo mudanças severas na vida delas, muitas vezes positivas (como por exemplo, a mudança para a condição de moradoras de um Residencial), outras vezes nem tanto (exemplificado pelo longo processo de hospitalização a que foram submetidas).

Por outro lado, ao considerar a participação das mesmas como imprescindível nas decisões políticas é possível observar em algumas narrativas que as residentes ainda se sentem à margem das decisões tomadas e muitas demonstram descrédito com relação à política adotada. Muitas vezes, interferem de forma negativa em suas vidas e, portanto, não as julgam suficientemente democráticas ou mesmo crédulas a ponto de serem levadas a sério, especialmente, quando isto tem um impacto direto sobre o significado de melhoria da qualidade de vida.

## CAPITULO VI

### 6 DE VOLTA AO MUNDO DA VIDA

Após tecer algumas considerações sobre determinados aspectos relacionados à cidadania das residentes como família, sexualidade e afetividade, corpo, aparência e auto-estima, medicalização, lazer, cultura e participação política volto minha atenção para a casa, o trabalho e o resgate do poder contratual, dando seguimento à análise sócio-antropológica proposta nesta pesquisa. Em seguida, analiso algumas questões relativas ao preconceito e a discriminação em torno do gênero como expressões de violência, bem como assimetrias de gênero evidenciadas no contexto dos SRTs.

#### 6.1 HABITANDO A CASA, RECUPERANDO A CIDADANIA

A luta pelos direitos sociais, ou seja, por condições materiais que permitem o exercício da cidadania tem no trabalho, na casa e a na rede social um peso considerável no horizonte de valores das moradoras do Residencial do Pomar.

Desta forma, abordo a construção dos direitos sociais no cotidiano da atenção, no sentido de trabalhar com estes valores no contexto das transformações ocorridas na vida das moradoras do Residencial do Pomar, sem deixar de considerar os direitos civis e políticos, que se encontram intimamente relacionados. Este processo será compreendido como “a volta ao mundo da vida”.

Cabe salientar que não tenho a pretensão de interpretar os diversos domínios da vida, ou da cidadania, como estanques, mas como temas que se tocam e que se misturam, nesta eterna dinâmica da vida.

Sendo assim, volto primeiramente minha atenção para a casa e o significado de habitá-la, como uma das referências que serão exploradas com relação à cidadania das moradoras do Residencial do Pomar.

Neste capítulo procuro dar seguimento à apresentação e à análise dos resultados, tendo como interesse o de conhecer determinados aspectos concernentes às questões relacionadas ao processo de habitar a casa, a apropriação do trabalho e da rede de relações que favoreceram ou dificultaram a construção da cidadania no cotidiano das residentes, buscando compreender o processo de metamorfose pelo qual elas vêm passando.

As informações aqui contidas buscam fundamentar a análise das narrativas e desvendar o sentido de como as residentes habitam este local e de que forma este habitar se associa à cidadania. Neste momento, busco trazer a contribuição de outros autores que me permitiram realizar uma análise sócio-antropológica sobre os diversos significados que possa emergir das narrativas sobre o habitar a casa.

Saraceno (1999) diferencia o “estar” no manicômio do “habitar” uma casa. Na primeira condição, o sujeito se coloca de forma passiva perante à instituição, enquanto no segundo caso, há a construção de uma nova realidade, na qual o sujeito atua de forma ativa em seu novo espaço de moradia. E é justamente essa nova realidade que possibilitará ao morador, construir novos laços com seu novo território.

Parto de considerar, de acordo com os itens anteriores, que a cidadania pressupõe a capacidade de autonomia e maturidade, para que a pessoa possa enfrentar situações de vida e criar vínculos solidários em seu espaço. A casa, neste caso, constitui numa experiência prioritária, quando se trata de cidadania que, por sua vez, permite alguma possibilidade de concretizar a realização de projetos de vida.

Primeiramente, gostaria de partilhar alguns termos adotados nesta pesquisa ao me referir a um SRT ou a uma casa, ou melhor a uma residência ou residencial. São eles: pensão protegida, casa, serviço ou simplesmente moradia. Posso também falar em Residencial do Pomar, que foi a denominação dada para o SRT onde moram as protagonistas desta pesquisa, ou Residencial Antúrio e Residencial Atenas quando me referir especialmente aos SRTs masculinos. Os residentes, masculinos e femininos, conhecem praticamente todas estas denominações, embora costumem usar mais frequentemente o termo casa.

Depois deste esclarecimento traçarei um breve panorama de como os moradores dos SRTs viviam antes de se mudarem para a Casa, e como se deu o

processo de transição da vida no hospital para o Residencial. Para tanto, adoto em minha análise a posição de Friedmann (1996, p.34), que considera a casa uma “unidade doméstica” onde há uma política e uma economia em miniatura; pois como unidade elementar da sociedade civil as pessoas que nela habitam exercem três tipos de poder o: social, o político e o psicológico. Também me refiro às considerações de Butler (2003); Nicholson (2000) e Scott (1990), ao abordar o gênero e as relações de poder a fim de explorar a coabitação da casa.

A perda da Casa e a ruptura profunda entre o mundo externo e o mundo do internado são descritos por Goffman (2005) como um rito de passagem, uma despedida e um novo começo. Os procedimentos realizados na entrada da hospitalização implicam a perda do nome, da roupa, dos bens materiais, do eu civil e psíquico, da liberdade, com o objetivo de re-educar os pacientes.

Com base nos vinte e poucos anos que trabalhei numa instituição hospitalar pude observar que as pessoas, há aproximadamente vinte anos, usavam uniformes, dispunham do mesmo cardápio alimentar imposto pela hospitalização, permaneciam muitas vezes sem contato com seus familiares que lhes serviam de referência com o mundo exterior, desenvolviam todas as tarefas que lhes eram impostas; e, muitas vezes, seus nomes eram substituídos por apelidos, ou pelo número da cama ou do prontuário médico.

A volta ao mundo da vida, de uma outra forma, me remete a uma idéia da retomada de valores deixados para trás, num esforço de restituição das cidadanias daqueles que passaram anos de suas vidas hospitalizados. Neste caso, a metáfora “retorno para casa” pode ser considerada como a primeira referência simbólica de um novo rito de passagem, que sinaliza uma nova vida, uma nova identidade, uma nova referência. O significado de se habitar o SRT não significaria, portanto, somente o uso da casa, mas um processo de (re) apropriação da própria vida, pelas residentes.

A concepção ampliada do habitar a casa me permite adentrar outros mundos, alargando a compreensão do resgate da cidadania das residentes, sobretudo no reconhecimento destes múltiplos significados, em se tratando da percepção da sua vida social e do próprio discurso sobre o social.

Habitar constitui uma dimensão antropológica e sociológica. Tomando os estudos Kasper (2006) para nos servir à compreensão do significado de habitar o SRT, é preciso, na vida das residentes, ter o cuidado para não identificar o habitat como uma das suas manifestações históricas – a casa, nem defini-lo em termos de suas funções (suprir necessidades corporais como alimentação, sono). O funcionalismo carrega uma visão normativa do habitat, mas o significado da palavra extrapola a tal compreensão.

A respeito da apropriação do espaço Krista (1999, p.61), faz algumas colocações importantes:

nosso ambiente é a extensão de nós mesmos. A organização do espaço onde vivemos é uma forma de auto-expressão, uma demonstração pessoal de identidade e um sentido de propriedade, que tem influência sobre o estado de humor, intimamente associado ao estresse. Fatores de estresse geral ou ambiental, como barulho, má iluminação, cheiros desagradáveis, desorganização, cores inadequadas, falta de espaço, mobiliário inadequado, dentre outros, influenciam no estado emocional, na concentração e na energia do indivíduo.

Ao se tratar de um ambiente coletivo este espaço “pessoal” passa a ser dividido com diversas pessoas e o cuidado na sua administração deve ser redobrado, a fim de garantir que as instalações facilitem a privacidade, o reconhecimento das preferências pessoais e a socialização, promovendo um senso de apropriação e identidade coletiva e, conseqüente, bem estar (ROEDER, 2003).

O reconhecimento do espaço e a limpeza podem ser vistos como um rito de purificação, que consiste em parte do processo de tomar para si o seu espaço.

A instalação por sua vez, como parte do habitat, consiste em adequar o espaço que se pretende ocupar às práticas cotidianas. A espacialidade do habitat, além do caráter cotidiano, demarca distâncias e proximidades, umas escolhidas, outras impostas pela configuração do local. A apropriação do espaço habitado, através da tomada de um caráter mais íntimo, passa a ser visto para Kasper (2006), como uma incorporação, onde se habitua ao ambiente e à disposição das coisas, o hábito amplia o poder de dilatar nosso ser no mundo.

É fundamental que o ambiente onde se vive permita mobilidade, ao mesmo tempo em que proporcione um sentido de unidade familiar. É possível observar, na



dinâmica da casa como se dão as interações familiares, a linguagem e as formas diversas de associação consideradas determinantes para o exercício dos direitos de cidadania. Estes quesitos contribuem para a auto-afirmação da subjetividade, para a tomada de consciência de si mesmo, para o sentimento de valor próprio e para a segurança do conhecimento da própria subjetividade, caracterizada por sentimentos de aproximação de si mesmo (ROEDER, 2003).

O habitat não começaria então com a construção da Casa mas, sim, através da domesticação do espaço e do tempo das residentes. A ordenação cotidiana do espaço doméstico envolve atribuições de lugar às coisas e às pessoas, e a solidariedade busca preservar o bem comum (KASPER, 2006).

Antes de ser funcional, a habitação para Kasper (2006) é territorial, pois existem diversas maneiras de se marcar um território. A colocação de limites (meras barreiras) define um território, na medida em que a área delimitada está topologicamente fechada, distinguindo um dentro e um fora. O acolhimento é uma conduta territorial e pelo gesto, na percepção de Kasper é possível compreender a sua intenção. Ao oferecer um assento para um visitante, por exemplo, é possível verificar a ambivalência deste gesto, pois este aspecto do controle se, por um lado proporciona conforto ao visitante, por outro tem o efeito de fixá-lo no lugar atribuído reduzindo com isto, a mobilidade de quem vem de fora.

Aproveitando a dupla missão que a legislação do SRT impõe ao seu funcionamento, este tanto se presta a resolver os problemas de moradia, como também os decorrentes do estado de sofrimento psíquico, sinalizando que as residentes necessitam algo mais para além da simples moradia. Sendo assim, sob a ótica de “um serviço” (cuja missão está centrada numa determinada ação terapêutica), é possível identificar o “grupo” - ou seja, as relações afetivas, sociais, econômicas, culturais e simbólicas que ali se estabelecem - como o maior recurso terapêutico empregado neste tipo de dispositivo, pois cada uma das residentes pode servir de agente terapêutico para as demais.

Embora sirva a dois propósitos, na visão de Saraceno (1999), é preciso atentar para o caráter residencial desse dispositivo de cuidado, pois para ele o SRT é, acima de tudo, uma moradia, um lar que estimula a convivência social, a liberdade e a

construção de novas possibilidades de vida, ou seja, a construção de um novo espaço subjetivo, diferenciando-se, assim, dos demais serviços substitutivos oferecidos atualmente. Os Residenciais não são serviços clínicos por excelência, mas sim, locais em que novas experiências são vivenciadas, a partir de uma apropriação do novo espaço e de uma relação de proximidade e pertencimento.

Ainda para o autor acima, o modo pelo qual o indivíduo percebe e se apropria do novo espaço de moradia se dá através de uma construção estritamente individual, por se tratar de uma construção subjetiva. Sendo assim, na visão de Saraceno (1999), cada morador constrói o significado do novo lar de forma distinta, embora estejam todos inseridos no mesmo espaço físico.

Através de construções subjetivas do cotidiano, os moradores recuperam a identidade social deteriorada pelos anos de confinamento no manicômio. A casa assume então, a função de abrigo, mas, ao mesmo tempo, atua como espaço onde o sujeito resgata a sua cidadania e passa a ser sujeito ativo na reconstrução de sua identidade (FASSHEBER e VIDAL, 2007).

Ao considerar o SRT como moradia, é preciso levar em consideração o seu espaço íntimo, pois na concepção de Lisboa (2003) é nele que se desenvolve um conjunto de relações parentais e anímicas, caracterizadas pela privacidade e espontaneidade que não ocorre fora dela. É no interior da casa que se inicia o processo de socialização primária, matriz básica da sociabilidade marcada pela afetividade, pela confiança e pelo sentimento de pertencimento a uma determinada cultura.

Em estudo anterior, observei que cada residente pode habitar a casa a sua maneira, de acordo com suas histórias de vida, com seus gostos e costumes e através das relações que se estabelecem, cotidianamente, na casa ou com outros moradores da comunidade onde vivem. À medida que constroem a apropriação do espaço em que residem, isto pode contribuir para o aumento da mobilidade das mesmas na vida cotidiana, assim como ampliar a complexidade dos papéis exigidos para a manutenção da casa (ROEDER, 2001).

Segundo Kasper (2006) o espaço da casa é que as diferentes concepções e práticas relacionadas à saúde e aos problemas dos nervos são percebidas, criadas e

recriadas através da interação dinâmica estabelecida entre as residentes, dos conflitos e negociações, em um contexto das redes de relações socioculturais que compartilham.

É neste contexto da pluralidade dos acontecimentos e das relações sociais que referências culturais são estabelecidas e permitem um suporte necessário para a superação do estigma e, também, a adesão a determinadas formas de tratamento, numa constante troca e negociação dos significados compartilhados.

De acordo com Mendonça (2006), a aquisição do espaço de moradia pode ser considerada uma questão primordial no que tange ao resgate da auto-confiança e da cidadania de residentes de um SRT.

Complementando, de alguma forma essas idéias, Lisboa (2003) observa que na medida em que outras conquistas vão se efetivando, o sentimento positivo passa a contribuir para o aumento da auto-estima, reforçando a autonomia do sujeito.

Desta forma, ao estudar o significado da casa para as residentes e outros aspectos que fazem parte da sua vida cotidiana dou continuidade ao tema cidadania, passando a refletir sobre o significado do trabalho no contexto da reabilitação psicossocial em saúde mental.

Como foi possível observar nas trajetórias de vida das moradoras do Residencial do Pomar cabiam-lhes as atividades domésticas e de cuidados com terceiros à sua serventia. Mas, no momento que a produção do lar começou a ficar comprometida, devido a problema dos nervos, a ponto de não corresponder mais à realidade prevista aos papéis da normalidade feminina, restava-lhes o alto preço da condenação moral, da segregação e do abandono das mesmas à sorte dos hospitais psiquiátricos.

Se por um lado esta internação expôs estas mulheres a episódios de opressão e violência, por outro, este mesmo hospital garantia à alimentação às mais infelizes economicamente, abrigo e segurança, pois a vida na rua, já registrava em sua história o lugar socialmente permitido. Além do mais, o fornecimento de remédios e de outras terapias tidas como necessárias eram privilégio somente daqueles submetidos aos cuidados do Estado. Cabe ressaltar que o tratamento em hospital psiquiátrico era tido

como a única possibilidade terapêutica de outrora, na época em que se iniciou o problema dos nervos. Ao se submeterem à hospitalização, com o conseqüente afastamento das suas moradias, da rede social, enfim, das referências que as ligavam a um determinado mundo, deixaram para trás seu nome, suas roupas, seus bens materiais, seus amores, suas redes de relações, e tantas outras coisas como um “rito de passagem”.

Como abordei no capítulo anterior, as residentes permaneceram num hospital psiquiátrico - considerado por Goffman (1974) uma instituição total - grande parte de suas vidas, algumas para mais de trinta e cinco anos. Elas não gostam muito de falar deste período, mas foi possível resgatar algumas lembranças daquele tempo da internação. Muitas eram recordações felizes, outras, nem tanto.

Com base no entendimento de Goffman (1974) e nas conclusões de Teixeira (1993) é possível presumir, pelo silêncio das residentes, que as mesmas viviam antes de ser transferidas para o Residencial, em contato com um grande número de pessoas; todas tratadas do mesmo modo e obrigadas a fazer as mesmas coisas; todas as dimensões da vida aconteciam num mesmo lugar e eram reguladas por uma autoridade; as diversas fases das atividades diárias eram rigorosamente organizadas, segundo um ritmo preestabelecido e de acordo com um plano racional, cuja finalidade parecia ser, precisamente, a de cumprir a função social da instituição.

As anotações em prontuários, e alguns depoimentos das residentes e profissionais, demonstram que há quase vinte anos, tempo que as residentes ainda viviam hospitalizadas, ainda usavam-se uniformes (as mulheres vestidos berrantes nas cores vermelho e amarelo para facilitar o resgate da paciente caso se aventurasse a fugir do hospital); era preciso se sujeitar a mesma alimentação fornecida para todos os pacientes; o contato com familiares era muito difícil devido a toda uma problemática sócio-familiar; muitas vezes os pacientes eram conhecidos somente por apelidos, ou pelo número da cama e o cabelo muitas vezes era cortado ou raspado sem o consentimento do paciente para se evitar a disseminação de piolhos.

O retorno para casa, a (re) apropriação da imagem do “lar” e da “família” remetem à idéia da (re) conquista destes valores deixados para trás, sendo a casa a primeira referência simbólica deste novo rito de passagem, que sinalizaria essa nova

vida, essa nova identidade, e essa nova referência. Não é para menos que de “pacientes” agora se auto-denominam “residentes”. E parece ser nas pequenas coisas que se faz a diferença. Como me disse Hortência: “Nós é que escolhemos o que vamos cozinhar. Cada dia nós comemos uma coisa diferente (sic). Está quase no dia de ir ao mercado fazer compras e vem tudo junto, nada separado. Nós escolhemos o que queremos, marcamos no papel e compramos”. É desta forma que Hortência demonstra como se dá a organização da casa. O Instituto de Psiquiatria fornece, semanalmente, os gêneros alimentícios necessários às residentes, que complementam o rancho com a renda que recebem do governo. A fatura observada nas prateleiras dos armários da cozinha é uma das coisas que mais apreciam, embora em momento algum tenham se queixado de que no tempo do hospital se alimentavam mal. A única reclamação se pauta no fato de não terem no tempo da internação a oportunidade de escolher o que comer e este livre arbítrio a todo tempo é sinalizado como uma das maiores conquistas adquiridas ao se mudarem para o Residencial

Como residentes, tomaram a Casa como sua propriedade. Como me informou uma das funcionárias do Residencial do Pomar:

Elas têm o SRT como a casa delas. Uma vez elas reclamaram com a vinda de funcionários do IPQ para cuidar das pragas e jogaram veneno no jardim matando os chás que elas plantaram e isto gerou um problema, pois as mesmas não aceitaram a intromissão em suas coisas. Hoje em dia elas é quem cuidam do jardim. Algumas cuidam mais da parte de fora, outras ficam como a parte de dentro. Outras cuidam mais da roupa. Algumas trabalham nas tarefas diárias em conjunto. Hoje em dia não existe mais a necessidade de organização para a realização das atividades da Casa. Tudo acontece naturalmente. (sic)

Este sentido de propriedade - própria do enraizamento - cria, entretanto, um paradoxo uma vez que as residentes dispõem da casa como uma residência, mas sabem que na verdade esta residência não é propriedade das mesmas e sim do Governo. De qualquer maneira a apropriação, que está associada à delimitação que define um lugar como território, parece se fazer presente no caso do SRT, assim como a demarcação de fronteiras territoriais, como o domínio do quarto e a extensão deste território conquistado, para outras áreas que são compartilhadas pelo grupo.

Como observei e foi destaque nas narrativas, Jasmim é uma das residentes que mais vem se apropriando dos espaços simbólicos da casa. Possui o maior número de objetos pessoais e conta com a colaboração de suas amigas, no sentido de negociarem seus espaços para que possa abrigar aquilo que já não é mais possível guardar com ela pelo acúmulo de coisas que já possui. Ela está com muita vontade de reformar a casa para poder comprar um armário bem grande e fechado, que comporte todas as suas coisas e que garanta maior privacidade.

Assim como Jasmim, cada uma das residentes possui um sentido próprio de apropriação de seu território, construindo nichos simbólicos que marcam suas presenças, como o cultivo dos chás, a horta, os porta-retratos, o espaço da costura e assim por diante. Espaços que buscam dar conta da singularidade de cada uma, ao mesmo tempo em que se criam locais que contribuem para a vivência de todas em grupo como a sala de visitas, a cozinha e nos dias de compras até o banheiro onde ficam juntas se esmerando para ficar cada uma tão bonita quanto as outras. O retorno ao zelo pelas coisas do lar, a possibilidade de poder juntar objetos que contenham suas histórias e armazená-los num espaço cuidadosamente arranjado, o cultivo da privacidade, a possibilidade de comer algo diferente, saber que tem onde receber amigos ou de se sentir pertencida, ou ainda, a possibilidade de poderem decidir sobre a própria “beleza”, exemplificam como se deu o processo de adaptação e de apropriação da vida das residentes.

Além da apropriação de espaços pessoais é possível verificar a apropriação através dos bens coletivos, ou seja, uma apropriação do grupo. Com os rendimentos das aposentadorias já compraram máquina de lavar, e outros benefícios para a casa.

O reconhecimento do espaço com a ida regular a Casa, onde realizavam limpeza, planejavam como seria a decoração, arrumavam os móveis e a disposição dos pertences, cuidavam do jardim, iniciaram a acumulação de bens simbólicos e demarcavam suas fronteiras, foram a maneira que as residentes se apropriaram da casa e iniciaram o seu processo de instalação.

Na época em que foram morar na Casa algumas dividiram o quarto com outra residente, por afinidade, no entanto algumas ficaram sozinhas, respeitando a singularidade<sup>34</sup> de cada uma.

Além do mais, habitar a casa requer que seus moradores sigam as regras de convivência impostas ao grupo, como não falar palavrão, respeitar as demais e se comportar dentro dos padrões de decência. E isto impõe também, ser uma boa vizinha, exigindo, com isso, uma política de boa vizinhança.

A receptividade da “mulher louca” na sociedade, intermediada pelo SRT, pode ser considerada uma dissolução de fronteiras simbólicas, construídas no trânsito da mesma, tanto no espaço público (que compreende o hospital, parques, bares, shopping), quanto no espaço privado (a casa). À medida que a convivência permite desmistificar a imagem que estas pessoas tinham por terem sido moradoras de um hospital psiquiátrico, aumentam os sentimentos de segurança, pois diante de algo que agora conhecem e que, aparentemente, não se constitui uma ameaça, nada mais resta à sociedade aprender a viver com as diferenças - uma questão de alteridade.

Neste mundo de ajustes, aprendem a criar a sua própria linguagem e procuram se libertar das categorias e interpretações médicas, das masculinas, e das próprias femininas imbuídas de preconceitos. Isso exige um aumento das exigências pessoais e sociais sobre as mesmas, em prol de uma re-configuração mais positiva da imagem que possuem socialmente. A tarefa recai, então, desde o bom funcionamento do lar, à qualidade das tarefas assumidas, bem como à qualidade da interação com seus pares, com membros da equipe terapêutica, ou com terceiros, do cuidado consigo mesmo e para com as outras, da boa condição de saúde, e da capacidade de independência, não se esquecendo do cuidado de não escapar à normatividade das interpretações de terceiros.

---

<sup>34</sup> Quando me reporto a palavra singularidade a apreendo como uma individualidade em processo permanente de subjetivação, atrelada ao gênero e, portanto, a trajetória de vida do sujeito. E este processo de subjetivação nunca deixa de se fazer, não para de renascer e de se metamorfosear-se (Melman, 2001:101), através de sucessivas repetições de *performances* que se afirmam na prática concreta do dia-a-dia (Butler, 1990) .

Desta feita, é possível presumir que o modelo panóptico de Foucault parece transcender os muros das instituições psiquiátricas, agora com roupagem nova: o controle social da mulher louca vinculado ao gênero.

Com a finalidade de dar uma idéia sobre a estrutura físico-funcional do Residencial do Pomar, cuja planta baixa se encontra anexa (anexo C), este possui um total de seis dormitórios de aproximadamente 8m<sup>2</sup>, com uma janela cada um que dá para os jardins e uma porta que dá acesso para uma área de circulação interna, onde encontraremos uma sala de estar de aproximadamente 11 m<sup>2</sup> e um banheiro dotado de bacias e pias com um pequeno espaço, que serve de depósito de material de limpeza – DML.

A sala de visitas, que é considerada uma área nobre na residência, pois lá as moradoras se encontram para conversar, para ver TV, receber amigos e guardar os objetos pessoais nas prateleiras de uma estante onde fica dentre outras coisas a TV, ou mostrar os diversos certificados de cursos profissionalizantes que participaram.

A casa possui também uma cozinha de aproximadamente 13 m<sup>2</sup>, que comporta armários, mesa, cadeiras, equipamentos e demais mobiliários brancos, em perfeito estado de conservação e limpeza, além de serem novos e muito bonitos. Foi na cozinha que permaneci muitas vezes conversando e foi na porta da mesma que as residentes costumam receber visita de alguns dos seus amigos de outros Residenciais masculinos, que de vez em quando vão filar um cafezinho, cuidadosamente, preparado pelas mãos destas mulheres.

Embora a casa propicie conforto às residentes ela precisa de uma série de consertos, pois o telhado necessita de reparos, é possível observar sinais de infiltração e umidade, a lavanderia precisa ser reformada, além de necessitar de uma boa pintura. Como relata Hortência: “A Casa precisa de uma reforma porque o telhado está danificado e com goteiras e o cupim está comendo solto”. “Os armários e camas estão com cupim” (Violeta). Os problemas relacionados à necessidade de conservação da casa possuem impacto direto na vida das residentes, embora a sutileza das pequenas coisas da vida ainda pareçam por demais insignificantes, a ponto de não serem levadas em consideração. Foi por causa do cupim na cama de uma delas e goteira que duas das residentes deixaram de dividir o mesmo quarto, a contragosto.



A necessidade de arrumar a casa também parece ser uma preocupação de todas as residentes, a ponto de afirmarem que a Casa é uma das coisas mais importantes em suas vidas. Além do mais, possuem planos de comprar armários com portas e mobiliário mais adequados às necessidades das mesmas, quadros e outros acessórios decorativos, requerendo, portanto, as obras necessárias aos reparos aconteçam para, posteriormente, darem andamento à segunda meta prevista: a nova decoração.

Cabe salientar que na medida em que o tempo passa novas necessidades vão aparecendo. Quando saíram do hospital parecia que qualquer coisa que fosse oferecida a elas, no sentido de abrigá-las garantindo o suprimento das suas necessidades básicas (como ter um quarto e viver com maior liberdade, por exemplo), já era considerado o que de melhor havia naquele momento. Hoje em dia, além das conquistas obtidas almejam por outras ainda mais sofisticadas, que lhes proporcione mais conforto e segurança, pois a necessidade de apropriação daquele espaço já se faz diferente neste momento.

O toque especial nos detalhes decorativos, como cortinas de renda nas janelas e as camas cuidadosamente arrumadas com as colchas nas suas mais diversas estampas, dão um tom de acolhimento e revelam junto à decoração dos quartos o toque pessoal de cada uma, com os tapetes que elas próprias confeccionaram colchas de crochê que teceram e tudo mais. As imagens sacras e outros adornos religiosos revelam a importância da espiritualidade para o grupo.

Além dos ambientes internos, a casa é cercada por amplo terreno com 7.000 m<sup>2</sup> de área verde e pomar onde são cultivados os chás e as verduras para consumo próprio; uma lavanderia improvisada que dá de fundos para o quarto de Jasmim e é nestes jardins que também se encontravam por um período de tempo uma família de cachorrinhos, recentemente nascida e que são tidos como os filhos de Jasmim<sup>35</sup>.

Uma grande muralha de pedra também delimita a parte posterior da casa, impedindo a invasão dos vizinhos, muito comum nas terras tidas do Hospital naquela

---

<sup>35</sup> Neste momento os “cachorrinhos de Jasmim” já estão ficando grandes, roubam a roupa que cai do varal para brincar, fazem buracos na terra e estão criando um certo conflito entre as moradoras que além de terem de conviver com as peripécias dos bichinhos têm de cuidar dos mesmos em virtude da doença da amiga que por vezes a faz se afastar da Casa.

região, e proporciona maior respeito à propriedade demarcada, maior privacidade e segurança às residentes. Já as laterais e a frente da Casa são cercadas com fios de arame, folhagens e flores, que revelam a fachada e ao mesmo tempo demonstram o quanto as suas moradoras são caprichosas. Aliás, não são nada modestas, pois mostram com orgulho o fruto de tanta dedicação aos cuidados do lar.

A ética do cuidado com o lar, para as residentes, aparentemente não é considerada somente um trabalho, mas também uma necessidade que faz parte da “natureza” da mulher, da qual ela retira a satisfação de ver a casa arrumada, limpa, a roupa bem lavada, a comida bem preparada, proporcionando uma forma de demonstrar certa proteção e afeto por meio dessas ações. Como bem disse Olivina: “Aqui na Casa é tudo com amor, arrumadinho!”

O enclausuramento, como foi observado mais no comportamento de Rosa, pode servir de estratégia para impedir ou dificultar a entrada de estranhos, que podem ser considerados invasores, e servir para afirmar seus domínios a partir do seu forte senso de propriedade, servindo para demonstrar que aquele lar lhes pertence.

A adaptação que se dá durante o processo de habitar a casa não parece ser algo tão fácil para àqueles que permaneceram institucionalizados, pois viviam numa forma de vida muito diferente da atual. Isto pode ser constatado pelo fato de outros pacientes terem ido morar no Residencial, mas por diversos motivos não conseguiram se adaptar à nova vida.

Habitar a Casa as permitiu um suporte necessário para que pudessem retomar experiências e planos pessoais, além de favorecer a independência das mesmas. Na casa podem receber amigos, e até se isolarem das companhias indesejáveis.

Segundo o Projeto Terapêutico do Residencial do Pomar (2002), é na casa que se dá o acompanhamento e a supervisão do programa, feito através de reuniões semanais, com a presença dos técnicos envolvidos e todas as residentes. Na supervisão realizada, são abordados assuntos e problemas de toda a ordem, conteúdos estes emergidos através do próprio grupo. Nesta oportunidade, são discutidos problemas do cotidiano e suas soluções, é onde se oferece apoio psicológico, onde são distribuídas as escalas das tarefas, onde são organizados os passeios, as autorizações de saídas, participações em oficinas, discussões das relações pessoais e papéis

desempenhados pelo grupo, relacionados com o próprio grupo e com a comunidade, e outros.

É no Residencial que o programa se desenvolve, num processo educativo de resgate das habilidades pessoais e sociais, respeitando a individualidade, ritmos e potencialidades das moradoras, buscando o fortalecimento das possibilidades pessoais no enfrentamento das dificuldades que se apresentam diariamente (2002, p.7-8). As residentes que habitam a Casa fazem compras, são responsáveis pelas tarefas domésticas como cozinhar, lavar, passar, organizar, limpar, consertam roupas, fazem trabalhos manuais, promovem o cuidado de si e das outras moradoras, além da participação em oficinas terapêuticas localizadas próximas à Residência.

Desta forma, é possível constatar que a residência se estabeleceu e parece se desenvolver como um espaço em que o cotidiano, os tempos, os ritmos e boa parte das ações, necessárias para a manutenção de seu funcionamento, foram (e ainda o são) construídos com a participação de todas, portanto, numa relação democrática. Hoje em dia, a interação para as atividades de cunho organizacional se dá como se fosse algo “naturalmente” delegado às mulheres, que não vêem sentido de tornar este momento sociativo algo mais formal, como por exemplo, ter de participar de reuniões com a equipe técnica para intermediar questões que elas próprias julgam dar conta do recado. Um sinal de que estão se dando “alta pedida”<sup>36</sup> na medida que buscam demonstrar que são capazes de assumir suas vidas e também os bens dispostos aos cuidados delas, pois na atualidade ainda se julgam competentes para tal.

Com relação à apropriação da Casa, pude observar que durante o ensaio etnográfico que fiz em anos anteriores no Residencial do Pomar, se comparado ao funcionamento da casa atualmente, houve uma diferença significativa nas relações sociais que se estabelecem neste espaço. Antes, a estante das residentes que abriga diversos objetos pessoais na sala como imagens de santos, enfeites, porta retratos. ficava dispostos em compartimentos separados, onde cada moradora possuía de uma a duas prateleiras. Estes objetos parecem contar as histórias de vida por meio de

---

<sup>36</sup> *Alta pedida* é um termo genérico utilizado quando um paciente solicita a sua alta quando internado em um serviço de saúde, mediante a assinatura de um termo de responsabilidade, uma vez que tal decisão não veio de ordem médica, mas, sim, por solicitação do próprio “paciente”.

imagens. Passeios a Nossa Senhora de Aparecida, a visita do Prefeito às imediações da Casa, tudo cuidadosamente registrado. Hoje em dia, a estante parece socializada. Como o número de objetos aumentou, sensivelmente, as moradoras tiveram que tomar emprestado o espaço de suas amigas e no final perdeu-se o sentido de separar as coisas uma das outras. Os enfeites são de todas e esta relação de troca parece muito segura entre elas. Antes, havia certa restrição na entrada das residentes nos quartos de outras companheiras e, atualmente, cada uma chega até a fazer arrumação no espaço da outra. Atualmente, após o almoço, a funcionária da Pensão tem como planejamento de suas atividades fazer uma limpeza no quarto de uma delas que está afastada por problemas de saúde, o que a impede de se deslocar à distância necessária para se deslocar até a Casa, em função da ponte de acesso que caiu na última chuva no mês de janeiro. Este espírito de equipe pode ser observado também pela preferência que as residentes manifestaram em conversar sobre suas vidas, na frente das outras. Isto aconteceu com a maioria, com exceção de duas das moradoras que sinalizaram a preferência por uma conversa comigo em caráter mais privativo.

Quando se refere ao funcionamento do Residencial, o grupo parece sobrepor a individualidade de cada uma e é sempre no plural e na terceira pessoa que as residentes constroem as suas narrativas. A Casa parece funcionar como um espaço de acolhimento para a emergência das experiências de vida de cada uma das moradoras e possibilita um suporte individual para que elas superem barreiras, ao mesmo tempo em que neste espaço de apropriação possibilita o confronto de questões pessoais, com de outras participantes do grupo. Foi namorando na sala, e não mais conversando com seus amigos no quarto, que Lírio resolveu o conflito com as demais moradoras do serviço, que se sentiram desrespeitadas ao constatar o que havia acontecido. Dizem que namorar na casa só com respeito e na presença das outras, que representam, neste caso, a referência familiar que deve contribuir para a preservação da moral da mulher cristã, tão sinalizada nas narrativas e na conduta das residentes.

Aproveitando a dupla missão que a legislação do SRT impõe ao seu funcionamento, ao mesmo tempo em que resolve os problemas de moradia das residentes, possui função terapêutica, pois cada uma das residentes parece servir de agente terapêutico para as demais. E na medida em que a maturidade do grupo

aumenta, menos parecem precisar da equipe terapêutica a não ser para a preservação dos fortes laços afetivos.

Somente quando o grupo não dá conta de resolver determinado assunto é que partilha com a equipe terapêutica a questão e os profissionais, por sua vez, parecem remeter ao grupo a responsabilidade pela superação do conflito. A formação deste espaço parece envolver um processo de construção, passo a passo, de uma ambiência protetora e receptiva entre todos os integrantes, pois como afirma Bachelard (2000) todo espaço, verdadeiramente habitado, traz a essência da noção de casa e a noção de casa das residentes parece ser bem tradicional: tudo nos seus devidos lugares, todos partilhando de quase tudo, e todos vivendo como se fosse uma família.

As residentes encontram na casa proteção, abrigo, recolhimento e estabilidade, sentem segurança e é onde pode servir como um local de recolhimento e de sonhos. Neste local demonstram a capacidade que possuem para o cumprimento das atividades previstas, reforçando a imagem de pessoas saudáveis e produtivas.

Na Casa cada residente a habita a sua maneira, de acordo com suas histórias de vida, com seus gostos e costumes e com as relações que se estabelecem, cotidianamente, na casa ou com outros moradores da comunidade onde vivem. À medida que constroem a apropriação do espaço em que residem e isto aumenta a mobilidade das mesmas na vida cotidiana, a complexidade dos papéis exigidos para a manutenção da casa se amplia.

Acredito, com base nas narrativas, que o processo de resgate de suas cidadanias iniciou-se com a aquisição do espaço do Residencial, como elemento chave para adquirirem auto-estima e autoconfiança necessárias para resgatarem aspectos relacionados ao exercício da sua cidadania.

O resgate da autonomia social das residentes é claramente perceptível pelas mudanças ocorridas no clima familiar. Além da conquista da própria casa, puderam dispor de bens simbólicos e de um espaço, que pudessem abrigá-las. Abrigar as “coisinhas” de Jasmim de Violeta, de Rosa e todas elas. Nos inúmeros porta-retratos contam parte de suas histórias de vida, e por detrás das histórias as articulações políticas. São articulações de pessoas simples, mas que carregam em suas narrativas, o resultado muitas vezes por próprios projetos de vida dos políticos, que a elas

prometeram coisas que até hoje algumas não foram cumpridas, outras não, como uma ponte de concreto, mais segura, que poderia melhorar as suas vidas.

E, na medida em que outras conquistas vão se efetivando, como o gosto de poder ir para além dos domínios que lhes eram permitidos em tempos pregressos, ou de participar dos bailes, não mais como “paciente”, ou de afirmarem que são capazes de si, estes sentimentos parecem reforçar outras conquistas, mesmo dentro de um campo de possibilidades ainda restrito.

## 6.2 DA TUTELA À AUTONOMIA

Antes de abordar o significado do trabalho para as moradoras do Residencial do Pomar, apresento como se encontra situação civil das residentes.

Como foi possível constatar na fala das moradoras do Residencial do Pomar e em seus prontuários, todas as residentes são aposentadas pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e recebem o Benefício de do Programa “De Volta para Casa”.

Além dos auxílios pecuniários, três delas complementam a renda com o pagamento que recebem pela produção de panos para limpeza ou tapeçaria desenvolvida nas oficinas de laborterapia em que participam no IPQ. Outra residente trabalha, informalmente, para uma pessoa na comunidade e recebe uns trocados em troca dos seus serviços.

Com relação à condição civil, somente três das residentes não estão sob a curatela do Estado. As demais dependem de uma profissional, especialmente designada pelo Ministério Público, para receber e gerenciar seus benefícios. Elas recebem no mês durante, três semanas a quantia de R\$20 reais (em cada semana), e tudo o que as residentes adquirem deve ser previamente acordado e apresentado nota fiscal, para comprovar se a compra foi realmente feita. Já as não curateladas recebem R\$30 reais por semana e não necessitam apresentar nota fiscal.

Ao perguntar para as residentes como fazem para comprar algo, Hortência me disse que antes recebia o dinheiro que tinha na poupança, mas que agora é aposentada, embora isto não adiantasse muito porque segundo ela: “Eu não pego um

tostão. Até a Maria Emília, que recebe a aposentadoria de São Paulo, está trancada! (sic) Não dá para tirar o dinheiro. Para tirar dinheiro ela tem que ir lá no diretor e fazer uma folha. Tudo parece trancado, tem outros pacientes na Ana Teresa e no IPQ, tudo está trancado. As outras não precisam da advogada mas precisam do Hospital. Antes não tinha problema. A gente tirava o dinheiro do banco”.

Segundo informações de uma das funcionárias sobre o gerenciamento dos benefícios das residentes ela me disse: “Elas recebem e deixam no banco e vão pegando o dinheiro com base nas necessidades delas. É bom deixar no banco o dinheiro senão não corre juros e elas perdem dinheiro. Violeta, Jasmim e Margarida não são curateladas. Elas tiram trinta reais para passar a semana para comprar o que quiserem. As outras que são curateladas ganham de quinze a trinta reais por semana para gastar sem nota fiscal”. Segundo outra funcionária entrevistada:

“O posicionamento da equipe foi o de defender o fato de que elas recebem um benefício e, portanto, têm o direito de cuidar do dinheiro delas. Por conta disso as moradoras do SRT reivindicam a retirada do seu dinheiro da tesouraria, pois querem ficar com o seu benefício a fim de que os benefícios que recebem não passem por lugar nenhum. Elas estão se manifestando e a equipe está frustrada, pois trabalhava com as residentes o enfrentamento de situações de crescimento individual”.

Trata-se de uma questão, por vezes, conflituosa e ambígua, pois nem todas as residentes estão de acordo com a interdição para os atos da vida civil, ao mesmo tempo em que reivindicam os cuidados do Estado, para com a manutenção da sua situação de vida. Hortência sinaliza a todo o momento que não gostaria de ficar dependente de outras pessoas, para gerenciar o seu benefício e que também não acha correto que façam isso com seus amigos. Ela se acha em condições de gerenciar a sua vida e acredita que todas as pessoas que estejam “bem das idéias” sejam capazes de fazer o mesmo. Na visão de Hortência não há diferença entre as interditadas ou não. Como ela disse: “É tudo a mesma coisa”. Talvez o fato de, atualmente, tanto as curateladas como as não curateladas estarem sendo tratadas quase da mesma forma, em relação ao gerenciamento dos seus benefícios a fim de se evitar maiores problemas, esteja criando

certo descontentamento por parte de algumas das residentes. De uma forma ou de outra, o que parece consolar Hortência é o fato de que segundo ela: “O dinheiro volta para a Casa”, seja o dinheiro das curateladas, ou das não curateladas. No entanto, Lírio não coaduna com a mesma opinião de Hortência e na maioria do grupo. Segundo ela: “Do jeito que está, está bom”.

Quando as residentes precisam comprar algo de maior valor necessitam pedir com antecedência, num processo que, segundo as mesmas e uma das funcionárias entrevistadas, leva mais ou menos um mês. A respeito desta organização perguntei o que as residentes pensavam sobre o assunto e Hortência respondeu: “Eu mesma queria ir lá no banco tirar o dinheiro e não queria que alguém viesse me dar. Eu não queria que ninguém ficasse cuidando do meu dinheiro. Eu mesma queria cuidar. Eu sei cuidar”.

A solicitação do Benefício Continuado se deu em função de todas as residentes serem pobres e de terem permanecido muito tempo, institucionalizadas o que contribuiu para que ficassem à margem do mercado de trabalho. A internação psiquiátrica, para muitas pessoas, incluindo as protagonistas desta pesquisa, significa um lugar onde comer, dormir e receber algum tipo de atenção e medicamentos.

Como bem demonstra Da Matta (1990), os grupos sociais pobres e segmentados, subalternizados necessitam investir enormemente na luta pelos direitos sociais básicos, onde a estratégia de sobrevivência está fortemente assentada nas redes pessoais de suporte pessoal e mútuo, naquilo que caracteriza as estruturas hierárquicas da sociedade.

A situação sócio-econômica e toda a sua problemática social fizeram com que boa parte dos hospitais psiquiátricos fosse destinada a internação de pessoas pobres. A população institucionalizada de cuidados contínuos fez com que muitas assistentes sociais recorressem ao benefício de Prestação Continuada, para amenizar a falta de recursos da clientela que se encontrou por muito tempo esquecida nos “porões da loucura” (FALEIROS et al., 2001).

A situação de pobreza, para o autor, envolve pessoas abandonadas, sem teto, excluídas. Trata-se de uma exclusão cumulativa, devido à baixa escolarização,



internamentos, reagudizações, abandono do mercado de trabalho, ausência de renda, rompimento de redes primárias e secundárias e estigmatização.

A falta de uma renda mínima estável dos usuários da Saúde Mental obriga os assistentes sociais a mobilizar, repetitivamente, redes emergenciais de assistência, caso a caso. Como se trata de uma pobreza crônica e cumulativa, deve ser mobilizado um grande e variado número de recursos (para alimentação, habitação, vestuário, medicação, transporte, cuidado dos filhos e muitos outros, segundo a situação de pobreza em que o usuário se encontra) e isto não é tarefa fácil.

Sem renda mínima garantida que dê conta de tantas necessidades a concessão de benefícios é tida ainda, como uma medida emergencial, embora tenda a se perdurar infinitamente, pois é difícil um usuário da Saúde Mental dispor de meios necessários ao gozo de autonomia, suficiente a ponto de lhes permitir acesso a um outro tipo de renda que o beneficie.

Em todo caso, isto não é uma coisa impossível de acontecer, de modo que a autonomia financeira parece que vai sendo conquistada aos poucos. Pelo menos no que diz respeito à complementação dos benefícios. No Residencial Atenas, por exemplo, o espaço de moradia da casa é um local que extrapola a função de domicílio e consumo, pois ainda parece servir como espaço de produção e geração de renda, pois lá são confeccionados tapetes com tear para venda. Além do mais, os negócios são fechados na própria residência e produzidos com equipamentos doados por terceiros. Além do mais foi com base nos cursos profissionalizantes que um dos residentes iniciou o seu negócio, que segundo ele é muito lucrativo: o de fazer tapetes com tear.

Mas, na maioria das vezes, a relação com o trabalho é complexa, especialmente no caso de ser um Residencial onde se estimula a retomada da vida, num mundo onde as regras econômicas, sobretudo, as capitalistas, realizam uma seleção que, muitas vezes, deixa de fora os menos afortunados financeira e economicamente. Resta ao Estado acolhê-los através da concessão de benefícios pecuniários.

O Programa “De Volta para Casa”, cuja regulamentação se deu através da Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003, já foi descrita anteriormente. Já a Lei

Orgânica de Assistência Social - LOAS, aprovada em 07 de dezembro de 1993, reconhece a assistência como Política de Seguridade Social não contributiva, como sendo um direito do cidadão e dever do Estado. O Benefício Assistencial prevê a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa incapacitada para a vida independente e para o trabalho e que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família. Dentre seus objetivos, visa promover a integração social do beneficiado bem como sua inclusão social. Esta renda mínima possibilita o acesso ao universo da saúde, da vida, do futuro projetado, da realização dos sonhos, das trocas sociais, da dignidade e da identidade de cidadãos, ou seja, da inclusão social.

Cabe informar que as residentes recebem, de forma concomitante, tanto o benefício LOAS quanto o De Volta para Casa.

Com base nos estudos de Faleiros et al. (2001), a renda mínima propicia uma grande melhoria na saúde mental dos usuários e a concessão do Benefício Continuado tem contribuído, dentre outras coisas, para o desenvolvimento da cidadania, através da consciência de seus direitos individuais, sociais e políticos e para ampliação de aspirações e perspectivas e construção de projetos de vida, inclusive de trabalho e de geração de renda.

Mas se por um lado o Benefício Continuado tem um impacto positivo da vida daqueles que dele necessitam, a exigência da interdição e da curatela para o recebimento deste constitui uma violação dos direitos dos usuários de Saúde Mental.

A interdição e a curatela perpassam a noção de incapacidade civil da pessoa acometida pelo sofrimento psíquico. Estas medidas são tomadas como recursos de abuso de poder, tanto por parte de instituições, como por familiares que, por preconceito ou desinformação, consideram estes sujeitos como não-cidadãos. Isto significa desprovê-los de qualquer ato civil cabível ao cidadão comum, como o direito de gerir seus recursos, adquirir seus bens, enfim decidir sobre sua própria vida.

A tendência da discussão deste tema tem sido pauta das agendas neste campo e tem apontado para a necessidade de revisão acurada das interdições, já realizadas pelo INSS, e a criação de dispositivos de acompanhamento e revisão das futuras

interdições, dissociando a concessão do benefício de prestação continuada da exigência de interdição (PORTO, 2001).

Partindo das informações acima, sobre a situação financeira/previdenciária, passo a tratar do significado do trabalho para as moradoras do Residencial do Pomar.

### 6.3 O SIGNIFICADO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Quando abordo o tema cidadania, a experiência do trabalho adquire uma posição central no modelo de reabilitação psicossocial proposto pelo MLA e pela RP.

Antes de adentrar no significado do trabalho, no campo da saúde mental, buscando realizar uma interseção com o gênero no SRT, introduzo a própria noção de trabalho de forma mais abrangente.

O trabalho, ao longo do tempo, parece que adquire vários significados para o homem. Segundo Dejours (1990) já foi interpretado como castigo e penitência, no início do cristianismo, e glorificado na reforma protestante, quando passou a ser visto como virtude e salvação – visões que ainda hoje povoam o imaginário popular –, é ainda, na atualidade, considerado por grande parte dos analistas sociais, uma categoria central para pensar a vida social.

Segundo o ponto de vista do autor, a organização do trabalho solicita do trabalhador o uso de sua criatividade, de sua capacidade de detecção da variabilidade e reinterpretação das tarefas, sendo resultado das relações intersubjetivas e sociais no ambiente de trabalho. Diante da variabilidade da vida e dos limites da prescrição, os operadores são impelidos a descobrir os ajustamentos, as formas de regulação necessárias ao fluxo da produção. Assim, no cotidiano de trabalho são mobilizados pelos sujeitos processos psíquicos, relativos à invenção, imaginação, inovação e criatividade. O sujeito investe sentido em sua relação com o trabalho, sentido esse que tem relação com sua história passada, suas experiências afetivas anteriores, além de suas expectativas atuais. A capacidade criadora, imaginativa e fantasiosa do sujeito para dar um sentido à situação de trabalho para si tem relação com a possibilidade de ressonância simbólica, com sua história pessoal, com sua infância, com seu relacionamento afetivo com os pais (DEJOURS, 1990, p.32).

A validação social, que se expressa no reconhecimento por parte da hierarquia da utilidade de seu trabalho e no reconhecimento de seus pares (coletivo ou comunidade de pertença) de sua habilidade, inteligência e originalidade, contribui para o aumento da auto-estima do sujeito.

Além do mais, o trabalho envolve uma série de regras éticas denominadas pelo autor acima de “regras de ofício”, que são as formas de trabalhar em conjunto e que passam, fundamentalmente, por relações de confiança entre os trabalhadores.

Ainda para Dejours (1990), o sujeito trabalhador necessita perceber o sentido do trabalho, cujo bem está geralmente associado a uma ressonância simbólica entre o que considera os dois teatros da vida: o da vida amorosa e o da vida laboral.

O trabalho na visão deste autor é organizador da vida social, onde as (os) trabalhadoras (es) buscam articular um conjunto de idéias que compartilham, sendo um espaço de dominação e de submissão do trabalhador pelo capital e de resistência e luta dos trabalhadores por melhorias, nas condições de vida e trabalho.

O trabalho também pode estar associado a uma vivência de prazer, pois as pessoas diferenciam-se na forma como vivenciam as situações de trabalho, sendo a história de vida um fator importante na identificação de seus sistemas de referência.

As formas de se trabalhar em conjunto também envolvem regras que fornecem as bases necessárias para as relações de confiança, de tal modo, que os laços unificadores nos coletivos se revestem de regras. Estas últimas, sendo claras em seu fundamento, dispensam explicações mais pormenorizadas sobre a necessidade ou a importância de a elas obedecer, podendo deixar de funcionar a partir do momento em que os sujeitos não queiram mais a elas se submeter. O não cumprimento das regras, entretanto, pode significar para o trabalhador entrar na marginalidade, em um processo de exclusão do coletivo. No caso da doença mental, como foi aventado no segundo capítulo, é vista como algo que provoca improdutividade e incapacidade, sendo o trabalho interpretado como algo que remete à autonomia, à saúde e, portanto, à cura.

Segundo Fraser (1997, p.26) regras produzidas pelo coletivo são interiorizadas, respeitadas e, principalmente, defendidas contra as ameaças internas, opondo-se à possibilidade de que uma pessoa, um pequeno grupo ou mesmo o chefe imponha sua

lei. Defende também de ameaças externas, adaptando-as às inovações que ocorrem no processo laboral. São práticas de linguagem específica que, além de assinalar a existência de um saber que é comum, contribuem para a própria constituição e o desenvolvimento da habilidade desempenhada.

A autora (1996, 1997, p.29) entende que a auto-estima social do indivíduo está ligada à oportunidade de desempenhar uma ocupação econômica remunerada e, assim, socialmente regulada.

A literatura sobre o assunto mostra que o trabalho feminino é ainda hoje (apesar das conquistas das mulheres) considerado desqualificado, devido à facilidade e à docilidade com que elas se adaptam aos regimes e péssimas condições de trabalho. Sua destreza e habilidade manual, qualidades muito apreciadas, mas tidas como naturais às mulheres e por isso, desvalorizadas socialmente, não são consideradas qualificação profissional, o que legitima a divisão sexual do trabalho (KERGART, 1986; HIRATA,1986).

Essas qualidades, na verdade, são adquiridas no decorrer da vida, resultando de anos de treinamento e aprendizado no trabalho doméstico, desde meninas até se tornarem mulheres – “Elas não são operárias não qualificadas ou ajudantes por que são mal formadas pelo aparelho escolar, mas porque são bem formadas pelo conjunto do trabalho reprodutivo” (KERGOART,1986, p.84).

A busca de mão-de-obra mais barata, pouco qualificada ou sem nenhuma qualificação, tem contribuído para o aumento na proporção de mulheres assalariadas (BENERIA,1994).

Segundo Brito (1996, p.19), “o trabalho remunerado pode representar para as mulheres um espaço alternativo ao confinamento doméstico, uma necessidade, um espaço de criação e de socialização ou de um caminho de resistência à dominação de gênero”. Neste caso, o trabalho das mulheres pode ser visto, na opinião da autora, como particularmente contraditório, no sentido de estar relacionado à vivência da exploração, da dominação e da penosidade e à percepção da possibilidade de conquistas e de prazer, ou seja, pode ser visto como espaço de reprodução do gênero, ao mesmo tempo em que é um canal para desconstrução dessas relações.

Com o propósito de fazer uma intersecção do tema trabalhado com o campo da saúde mental Maia e Fernandes (2002) avaliam como restritiva a organização do trabalho nos hospitais psiquiátricos. Para estes autores ela tende a se configurar como trabalho forçado, mantendo as características do confinamento disciplinar, o que restringe as habilidades dos pacientes. Tornar o doente mental produtivo para estes autores significa reintegrá-los à vida profissional, de forma mais ampla.

As atividades de terapia ocupacional, realizadas em clínicas e centros de referência, propõem reabilitar o doente por meio de suas características próprias, sem que isso se configure uma profissionalização. Muitos pacientes têm sua habilitação profissional constituída e podem continuar trabalhando com responsabilidade e probidade, sendo a sua capacidade para o trabalho constantemente reavaliada (MAIA e FERNANDES, 2002).

A proposta de oferecer oportunidades, para o desenvolvimento das potencialidades individuais de trabalho, aparece articulada à necessidade de alcançar um reconhecimento junto ao setor empresarial de que os doentes mentais podem fazer parte de seus quadros funcionais. Isto depende de um discurso capaz de quebrar o estigma de periculosidade e incapacidade do doente mental, a fim de estimular os empregadores a oferecer políticas públicas de anti-discriminação, revisão da aposentadoria por invalidez, equidade dos direitos trabalhistas para os doentes mentais, formação de cooperativas e criação de bolsas de trabalho. Para esses autores, é preciso mudar a imagem da loucura mostrando que estas pessoas são capazes de trabalhar com criatividade e profissionalismo.

Para Reis (2002, p.217), a busca da autonomia exige sim a esfera da vontade livre e a da deliberação reflexiva se expandam até o próprio plano da definição pessoal. Para tanto, é preciso ouvir os doentes mentais, que tem o direito de opinar sobre as medidas de internamento, os procedimentos de tratamento, as definições de autonomia sobre o próprio corpo e o trabalho.

O conflito entre a tentativa de afirmar interesses particulares, contra a resistência de outros atores, permite aos indivíduos testar e esclarecer suas próprias visões, alargando seus pontos de vista diante dos problemas enfrentados. A lei, as políticas públicas, a comunicação e a rede de assistência derivam de debates, isto é, de

um conjunto de discussões, num determinado período de tempo, como um processo de interpretação coletiva e não apenas de um procedimento de tomada de decisão individual.

Como bem lembram Maia e Fernandes (2002, p.2):

para o doente mental ter condições efetivas de definir o que fazer ou com quem interagir, desde o plano de mero intercâmbio econômico, profissional, médico-hospitalar, até as relações de amor ou de amizade, é preciso que as condições para a auto definição individual sejam sustentados pelos sistemas de serviços especializados, bem como pelas relações que acontecem nos diversos ambientes da sociedade, públicos e privados.

Andrade e Vaitsman (2002) ao se reportarem ao projeto ALPVIVER<sup>37</sup>, mostram que as ações de apoio social possibilitaram a formação e o estreitamento de uma rede de relações sociais e de ajuda mútua. Segundo os autores, essas ações constituem mecanismos de aproximação dos pacientes em direção a objetivos comuns, contribuindo para seu empoderamento no sentido do desenvolvimento e da descoberta de capacidades individuais, do aumento da auto-estima e de um papel mais ativo na própria terapia. O sentimento de participar de uma comunidade, ou de se sentir importante e/ou influente ilustram os diversos significados atribuídos ao trabalho, que para além da concepção funcionalista permite ganhos relacionados à auto-estima, bem como ao sentimento de enraizamento.

No universo do chamado trabalho produtivo, a faxina e a limpeza geralmente são consideradas as atividades mais exercidas pelas pessoas mais pobres e mais desqualificadas por serem identificadas com o trabalho doméstico, e, portanto, como sinônimo das atribuições femininas (GUIMARÃES e MEDEIROS, 2003).

A concepção de indivíduo moderno e a nova definição de trabalho nesta nova organização social trouxeram, para o centro da vida social, a noção de indivíduo como autônomo em relação ao grupo social. Ao mesmo tempo, o trabalho passou a ter um

---

<sup>37</sup> ALPVIVER é uma Associação Lutando para Viver que atua no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas em Manguinhos, Rio de Janeiro.

papel central na organização social, marcado por ideais de utilidade e produtividade e a noção de indivíduo autônomo se estabelecia em relação à percepção do grupo social.

Nessa perspectiva, o trabalho deixa de ter apenas a finalidade normativa em relação à constituição de identidade do louco, com o objetivo único de inseri-lo em uma sociabilidade de produção, negando singularidades e surge como atividade que possibilita a produção de valor social e promove movimentos de expressão do sujeito.

O trabalho no século XX passou a ter um papel central na sociedade ocidental contemporânea onde o ócio passou a ser visto como uma falta moral contra a própria natureza humana. A saúde mental, por outro lado estava relacionada com autonomia, produtividade e sociabilidade sendo avaliados como atributos que indicam “cura”, pois quem se encontra doente não deve trabalhar a fim de poupar a saúde que lhe resta (JARDIM, 1992, p.11).

O trabalho ainda para Jardim (1992) na vida social relacionava-se com as doutrinas religiosas da Igreja Católica, como uma forma de agradar a Deus e de glorificá-lo. Assim, o trabalho passa a ser o fundamento ético, além de econômico, da mentalidade capitalista e o pilar da civilização, para este autor, funciona como obrigação moral e não apenas como forma de subsistência, ocupando lugar central na construção da noção de sujeito moderno, de onde se originam as configurações culturais identitárias.

No campo da saúde mental, Saraceno (1999) demonstra que a centralização do trabalho, na moderna sociedade capitalista, foi fundamental na constituição do campo psiquiátrico, como ciência e no estabelecimento das práticas asilares. O trabalho vem sendo empregado como recurso fundamental na recuperação e reabilitação psicossocial dos pacientes, cuja recomendação como terapia se organiza em torno do ambiente considerado como local produtivo. A sua dimensão reabilitadora está vinculada ao processo de reinserção social, promovendo maior autonomia ao indivíduo e possibilitando, com isso, sua inclusão num circuito social não estigmatizado (SARACENO, 1999).

Como nos revela Birman (1992), na Modernidade, a centralidade do trabalho, e seus aspectos de utilidade social e de produtividade, foi um dos principais alicerces da prática asilar na transformação do paciente em um “sujeito da razão e da vontade”.



A sua função reabilitadora convertia-se em uma prática normatizadora, com a finalidade de transformar indivíduos improdutivos em força de trabalho mantenedora do modelo político-ideológico capitalista. Com a RP e a proposta de mudança das antigas práticas asilares, na direção do resgate da cidadania, o trabalho passou a ser concebido como um recurso que poderia possibilitar uma efetiva inclusão social do paciente. O desafio nesta lógica é ao fazer da atividade laborativa um meio de reabilitação psicossocial, uma vez que ela se fundamenta na produtividade.

Segundo Birman (1992) a praxiterapia trouxe para a prática psiquiátrica a idéia que o trabalho faz com que o paciente se torne um indivíduo responsável, ativo, “sujeito da razão” e, assim, inscrito em ordem da “sociabilidade da produção”.

Na dimensão clínica, o trabalho surge como atividades que possibilitam a produção de valor social promovendo “movimentos de expressão do sujeito”. Relacionado ao processo de reinserção social para Saraceno (1999), o trabalho promove maior autonomia e possibilita a inclusão social da pessoa com sofrimento psíquico num circuito não estigmatizado.

A relação entre trabalho e terapia é complexa e parece estar fundamentada no crescimento da produtividade e engendrada a partir de uma organização social disciplinar capitalista (FOUCAULT, 1989). Isto provocaria um cenário privado das subjetividades e intersubjetividades, como demonstram Guimarães e Medeiros (2003), em função da negligência de valores éticos, bem como da sensibilidade humana pelo ritmo acelerado da produção, da comunicação e da competição, gerando hostilidade, agressividade e preconceitos.

O trabalho pode ser considerado uma via de contato, que aumenta a permeabilidade social, onde residentes e pacientes poderiam se encontrar num determinado local onde há trocas de informações e experiências. Ali se daria um trabalho cotidiano, de forma não-sistematizada, onde partilhariam inúmeras informações diárias. Poderia presumir que ali se estabeleceria algum tipo de vínculo, transformando o local em espaço de encontro, convivência e política.

O fortalecimento de uma rede contra o isolamento proporciona o acolhimento crucial para a retomada dos laços de sociabilidade. Isto pode na visão de Lisboa (2003)

facilitar o empoderamento, que diz respeito ao aumento da capacidade dos indivíduos se sentirem influentes nos processos que determinam suas vidas.

O trabalho serve-se de num espaço de oportunidades, que facilita o sujeito a agir novamente no mundo (ANDRADE e VAITMAN, 2002).

Para algumas pessoas fragilizadas pela condição de saúde/doença, que provocou a retirada das mesmas dos processos produtivos, ou mesmo para as que já se encontravam excluídas deste sistema (aliado ao agravamento da situação econômica, afora o preconceito, o estigma e o isolamento social), a participação num grupo e a entrada em uma rede de apoio social – pela via do trabalho – pode contribuir na visão dos autores acima para a retomada dos laços sociais.

No Residencial do Pomar, como abordei anteriormente, a capacidade de organização local para o trabalho se dá através das atividades de cuidados do lar e para com as próprias residentes e da participação de algumas das moradoras em oficinas terapêuticas oferecidas ainda no IPQ.

A colaboração no trabalho de terceiros, como a limpeza de um ateliê de costura, ou pequenos pagamentos de serviços relacionados a pequenos consertos de roupa, também apareceram nas narrativas. Talvez isto ainda seja resquício da cultura hospitalocêntrica de outrora, que empregava mão de obra “barata” (em função de absorver uma mão de obra considerada menos qualificada) – a dos pacientes – com a finalidade de suprir o déficit de profissionais dos serviços gerais, assim como os serviços básicos de enfermagem. Além das atividades de organização e limpeza, participavam da lavagem e do processamento de roupa, ou até mesmo das atividades de banho, auxílio na alimentação dos pacientes, dentre outras atividades.

Algumas residentes relataram que foi graças ao desempenho das responsabilidades delegadas a elas, durante a hospitalização, é que puderam provar seu valor e sua competência e com isto iniciar um longo percurso de negociação da realidade, com a finalidade de pleitear a condição privilegiada de moradoras. Esta oportunidade de poder participar de alguma forma do mundo do trabalho, parece que contribuiu para aumentar a integração e a mobilidade social destas mulheres.

Com relação às atividades de ocupação, constatei que somente duas das residentes, antes da internação, tiveram a oportunidade de trabalhar com carteira assinada, cuidando de crianças e dos afazeres domésticos, ou trabalhando numa indústria alimentícia. As demais residentes trabalhavam na lavoura, ou ajudavam em casa nas tarefas do lar, ou ainda, uma das residentes considerou como sua ocupação anterior o fato de ter sido moradora de rua. Como revela Violeta: “Você sabia que eu já fiz curso de doméstica na Trindade e eu fiquei assinada por doméstica mais ou menos a vinte e oito anos atrás? Eu não me lembro das coisas de antigamente. Só as coisas da casa”.

Ao apresentarem a doença foram hospitalizadas e durante a moradia no hospital psiquiátrico participavam de mais de uma atividade ocupacional. Todas contribuíam para a organização e limpeza da enfermaria. Outras atividades relacionadas à horta, ou ao grupo de limpeza no Hospital, também foram citadas por um número menor de moradoras. Na visão das residentes, as atividades que participavam no hospital era na maioria das vezes atribuição feminina, pois as mesmas estavam relacionadas à limpeza, à organização do lar, à lavagem e ao processamento de roupas, ou ao cuidado para com outros pacientes, como dar banho, vesti-los e levar da enfermaria para o banho de sol.

Se por um lado a participação nas atividades hospitalares contribuiu para o resgate da cidadania das residentes, por outro, serviu de obstáculo para a saída destas mulheres do âmbito hospitalar, justamente porque a carência de recursos humanos, na área dos serviços gerais, fazia com que a mão de obra empregada no hospital fosse complementada com os serviços realizados pelos pacientes.

O trabalho também propiciou um sentimento de (re) construção de suas vidas e de enraizamento. Como disse Jasmim: “Eu fui a primeira moradora da Casa. Trabalhei na horta, criava galinha e plantei muitas árvores (sic). No hospital não era possível eu plantar flores. Aqui eu tenho muitas plantas e muitas flores”.

Com relação à ocupação atual e aos hábitos do cotidiano, ao serem transferidas para o SRT aumentou o número de opções, embora seja preciso considerar um influxo na quantidade das atividades consideradas por elas em função de que na atualidade (cerca de um a dois anos) elas deixaram de fazer muitas das

atividades que anteriormente eram oferecidas, em função da interdição do Ministério Público dificultando que as residentes recebessem honorários pelos trabalhos realizados.

Existe um predomínio das atividades de manutenção do lar, como as mais desenvolvidas e apreciadas por elas, assim como os trabalhos de tapeçaria ou oficinas de panos de limpeza, ou de trabalhos manuais.

Outras atividades relatadas dizem respeito a atividades de capacitação, que foram realizadas anos atrás, com o objetivo de profissionalização, como as oficinas de panificação e de corte e costura cujos certificados estão expostos aos transeuntes, que por ventura sejam convidados a conhecer a sala do Residencial do Pomar.

A participação em atividades de horta e de jardinagem, o cuidado com animais domésticos, a realização de consertos da Casa, a ida às compras e as atividades de manutenção do lar ilustram a retomada de funções, concernentes às responsabilidades e deveres daquelas que agora ocupam a condição de moradoras. Só que trabalhar para elas parece ser diferente. Como disse Rosa: “Aqui o trabalho é bom porque é para gente”. Para Lírio: “Morar aqui é bom e vai bem ser moradora porque a gente trabalha e morar na rua não dá”.

Com relação à participação em trabalho remunerado, três das residentes alegam que a doença e a falta de oportunidades de emprego foram as principais razões imputadas ao fato de nunca terem trabalhado de carteira assinada.

Atualmente, o trabalho remunerado foi citado somente por três das residentes através das oficinas terapêuticas realizadas no IPQ, onde ainda participam, com o objetivo de geração de renda e esta remuneração é destacada como de suma importância na vida das mesmas. É a única remuneração obtida, que se relaciona com a capacidade de produção das mesmas e a única fonte de renda que não precisa passar pelo crivo dos olhos do Estado, para aprovar ou não, se o projeto de consumo a ser materializado pelas residentes, com o dinheiro recebido por seu trabalho, encontra-se de acordo com as normas da casa.

Esta organização é que dita o que é possível ou não de ser adquirido e/ou consumido e de acordo com o planejamento inicial feitos pelas residentes, pois a

mudança de planos na aquisição de bens de consumo parece requer uma exposição de motivos por escrito, principalmente quando isto envolve comprovação através de nota ou outro comprovante fiscal.

A distribuição dos psicofármacos, considerada uma atividade de maior complexidade, também foi mencionada como sendo uma ocupação de responsabilidade de somente duas das residentes, pois as atividades possuem níveis de complexidade diferentes, sendo a responsabilidade pelos medicamentos uma das que requer maiores cuidados e capacidade de organização mais apurada.

A união em torno de objetivos comuns, a transmissão de informações, o compartilhamento de problemas e o sentimento de pertencimento, advindos dos processos de convivência, parecem ter corroborado para elevar a auto-estima das residentes. Ao passarem a ser reconhecidas por seus pares, ao permanecerem mais informadas e atualizadas sobre as coisas da vida, evidenciam seu potencial de metamorfose e contribuem para a afirmação de uma imagem positiva, de pessoas autônomas e capazes de constituir uma rede de contatos e de se responsabilizarem por ela.

A proposta de inserção social, por via do trabalho, engloba muitos aspectos como a apropriação da comunidade, que se dá por sua circulação nos ambientes transitados. Foi assim que Hortência, ao trabalhar informalmente num ateliê de costura na comunidade, conheceu muitos amigos e tem sido convidada a participar dos eventos locais ao se manter informada a respeito da agenda social da sua rede de contatos. As informações que adquire passa rapidamente à sua amiga Margarida, que a acompanha na maioria dos eventos, na medida em que também acaba sendo convidada.

Outro aspecto a ser considerado, em relação ao trabalho, é que as suas formas podem produzir um determinado potencial de benefícios, assim como um determinado potencial de riscos à saúde das residentes. No pólo negativo, os acidentes de trabalho durante a realização das atividades domésticas, advindos do envelhecimento, são cuidados que merecem ser tomados quando se trata de preservar a integridade física das mesmas. À medida que estão envelhecendo, cresce o número de relatos sobre os acidentes domésticos acontecidos na Casa, como pequenas queimaduras, tombos, torções e escorregões. Tal constatação vem reformulando a atenção dispensada às

residentes, que agora contam com uma funcionária com maior tempo do que contavam antes de apresentarem este tipo de problema. Antes dos acidentes, a supervisão realizada pela funcionária se dava apenas num dado período do dia, uma vez por semana, mas agora se estendeu para duas visitas diárias, no sentido de poder suprir a demanda requisitada.

Todos esses processos sinalizam mudanças culturais que conferem às residentes, advindas de um histórico de dificuldades econômicas e com baixa escolaridade, um lugar de sujeito mais ativo no processo de construção das suas vidas, apesar de constatar que não existe uma descentralização das atividades prestadas, pois algumas ainda continuam sendo realizadas em hospital psiquiátrico, sob as limitações impostas por um campo de possibilidades extremamente adverso.

Com relação às atividades de trabalho doméstico e de cuidado familiar, as residentes demonstram que gostariam de continuar se dedicando a tais atribuições, pois se sentem úteis, felizes e, com isto, gratificadas, pois é justamente por meio desta forma mais simples de organização – o trabalho – é que conseguiram provar o quanto são capazes.

Além dos significados relatados, é preciso dizer que o trabalho também tem a função de lazer e que as atividades domésticas são consideradas as preferidas. As residentes acreditam que é por meio dele que também têm a possibilidade de se distrair e de trocar idéias com outras pessoas. Além do mais, é um bom indicativo do estado de saúde, pois para as residentes estar com boa saúde, necessariamente, tem haver com a disposição para o trabalho e ter certa qualidade do trabalho produzido. Como diz Hortência: “Trabalha quem está bem das idéias”.

E, ao realizar uma análise sócio-antropológica, sobre o significado do trabalho para as residentes, passo a descrever a importância do resgate do poder contratual, quando se trata do tema cidadania no SRT.

#### 6.4 GÊNERO E O RESGATE DO PODER CONTRATUAL

Alguns estudos como de Roeder (2001); Fassheber e Vidal (2007) têm demonstrado que o SRT emerge como espaço potencializador de trocas e de relações sociais, permitindo que o indivíduo recupere o seu poder contratual.

O poder da contratualidade social pode ser aferido a partir de sua possibilidade efetivada de realizar trocas econômicas e afetivo-relacionais, sócio-culturais e atividades produtivas (TYKANORI, 2001).

Para Saraceno (2001, p.15), a reabilitação psicossocial é uma abordagem ou uma estratégia que implica cenários como o habitat, o mercado e o trabalho, pois se configuram como espaços de troca. É dentro destes cenários que ocorre o desenrolar de cenas, histórias e efeitos de todos os elementos: afeto, dinheiro, poder, símbolos.

São nestes cenários que os indivíduos se apóiam a partir das relações sociais. A contratualidade de cada indivíduo é constituída, desenvolvida ou aprimorada. Isto implica na subjetividade do sujeito, seus aspectos motivacionais, que contribuem para o ganho de autonomia, como o desenvolvimento de recursos concretos para cuidar de si ou negociar as ajudas necessárias.

Na visão de Costa-Rosa (2000) este processo de “implicação subjetiva” se transforma em uma das características fundamentais das práticas da transição paradigmática do modo hospitalocêntrico, rumo à atenção psicossocial, no que diz respeito aos meios de tratamento, ao tornar-se um imperativo ético e político e subjetivo a ser implementado, quando se trata de produzir poder de contratualidade de um indivíduo, ou subgrupo pessoal.

O aumento da contratualidade pessoal visa o reposicionamento do sujeito, com a reconstituição do seu poder de contrato, com o objetivo de aumentar a autonomia do indivíduo, por meio da constituição de relações sociais, experiências e vínculos que o tornem independente destas relações, a fim de traduzir-se em referências como, por exemplo: uma casa, amigos, familiares, capacidade de trocas comunicacionais, e relacionamento sócio-econômico e afetivo.

A esse respeito, Nicácio (1994) comenta que o processo de alcance de validação do sujeito se dá quando o indivíduo sente-se pertencente a um lugar, casa, cidade. Quando se reconhece em alguma atividade que se propõe a fazer e que ao mesmo tempo lhe dá prazer; quando possui responsabilidade em relação a uma tarefa, que poderá ser doméstica, trabalho comercial, realização de um pagamento de conta em tal dia, ou compras ou em qualquer outra tarefa do cotidiano que ninguém precise

lembrá-lo, e por fim; quando o indivíduo sente-se protagonista de sua vida e por isso lhe oferece um lugar de valor.

A passagem do indivíduo diagnosticado como psicótico do hospital para a comunidade, inclui trocas em termos comunicacionais, relacionamento sócio-econômico e relacionamento afetivo, através da capacidade de manter intercâmbio de bens, afetos e mensagens. Segundo Tikanori (2001, p.10), o sujeito é constituído por um “valor pressuposto” que seria responsável por seu poder contratual. Ao adotar a definição deste autor, entendo que o poder contratual é um conjunto de recursos/potencialidade (materiais, psíquicos, culturais e físicos) que o indivíduo possui para participar do jogo de trocas (de bens, de mensagens, de idéias e afetos) da trama social. Os locais de possibilidade de trocas e relações sociais são considerados por este autor como “dimensões” proporcionadas da construção de valores, anulados pelo estigma da “doença mental”. São dimensões capazes de “produzir dispositivos, em que se possa passar de uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto) para experimentações e mediações que busquem adjudicar valores aptos para intercâmbio” (p.56).

A invalidação, como sujeito observado nas condições de ser paciente de um hospital psiquiátrico, decorre da anulação do seu poder de contrato. Essa invalidação do sujeito faz parte das representações sociais dominantes associadas à loucura, tornando os bens dos loucos suspeitos, suas mensagens incompreensíveis e os afetos desnaturados, tornando praticamente com isto, impossível de se prever as possibilidades de trocas.

O poder contratual parece buscar no SRT uma possibilidade maior de se fazer exercitar devido à própria necessidade do desejo do sujeito achar-se merecedor de um lugar na sociedade, ao sentir-se verdadeiramente como um dos elementos constitutivos do desenrolar histórico e social, principalmente quando o tema diz respeito ao resgate da cidadania.

Quando se trata de mulheres, o resgate do poder contratual parece se constituir num desafio de levar em consideração a história da situação social das mesmas na cultura ocidental e está relacionado, por vezes, ao preconceito e à discriminação de gênero como expressões de violência, tema este que será tratado em seguida.



Considerando as informações coletadas, pude constatar que o poder contratual na paisagem do SRT demonstra que se fortalece através das escolhas por tarefas determinadas por gostos, disponibilidade e a disposição para o cumprimento das mesmas. A participação das residentes vai sendo acertada diariamente e o respeito à subjetividade de cada uma é prerrogativa na maioria das vezes, desde que as escolhas não afetem a integridade ou o equilíbrio da identidade grupal.

As habilidades de cada uma parecem ser evidenciadas e aproveitadas ao máximo, com vistas a valorizar e dar visibilidade ao que já existe de mais precioso em cada uma, a sua habilidade pessoal e a sua autonomia.

Na medida em que uma das moradoras se ausenta, não podendo cumprir as funções que assumiu anteriormente, uma outra residente acaba por fazer as atividades da companheira de maneira a não evidenciar a sua ausência. Isto é parte do poder contratual e da ética domiciliar, onde todas se ajudam na medida em que também recebem auxílio das outras, como disse acima, uma relação que associam à vida em família.

Desta forma, dividem opiniões, afirmam os cuidados necessários ao bom funcionamento do grupo, sobretudo em relação aos relativos ao lar e à saúde das residentes, subentendendo-se que cabe a todas elas à responsabilidade sobre si mesmas, sobre o grupo e sobre a manutenção do próprio lar.

A primazia pela organização do lar, mediante as atividades domésticas, reflete o esforço por uma vida saudável, condição esta indispensável para a manutenção das mesmas na condição de moradoras. Uma cidadania que luta para não ser confiscada, ou destituída.

“Nós fazemos a comida dela quando está doente, cuidamos das coisas dela. Então se agente está cuidando dela ela tem que nos respeitar. Quando ela estava doente no Hospital eu também fazia o serviço dela” (Margarida).

O fortalecimento do poder contratual pode ser interpretado como algo que preserva a integridade de cada residente e do grupo. E pode ser considerado um

mecanismo, que as preserva de situações de violência. Neste sentido, no próximo item trato do tema violências nas trajetórias de vida das residentes.

#### 6.5 PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO EM TORNO DO GÊNERO COMO EXPRESSÃO DE VIOLÊNCIA

Após discorrer sobre a importância do poder contratual, volto minha atenção para a construção do preconceito e a visibilidade das discriminações decorrentes e duplamente associadas às diferenças, seja pela afirmação e manipulação da condição da diferença, seja por sua negação ou dissimulação.

Todas relataram episódios de violência em suas vidas. Seja antes da internação, como disse Violeta: “A minha mãe judiava de mim, e meu pai sofria de úlcera de estômago”, ou como relatou Lírio: “Minha família fui embora com minha irmã e eles me abandonaram”. Como foi dito, anteriormente, há relatos também de violência sexual, e brigas ocorridas antes da hospitalização e durante a mesma por motivo de cigarro, ou agressão sofrida por outra pessoa internada, violência por não se sentirem respeitadas por outras pessoas (violência na violação do SRT pela comunidade), violação dos seus direitos civis, ou mesmo violência sofrida pelo emprego do eletrochoque.

Agressão verbal com palavrões, violência física através de tapas, socos e empurrões, violência psíquica em função da opressão, sentida pelo abandono de familiares e amigos, assim como o uso de ECT, roupas rasgadas foram as formas de violências citadas. Desrespeitos e desqualificação da capacidade das mesmas de gerenciar suas rendas, junto ao medo de voltarem a residir no hospital numa situação de crise dentre outros, foram os episódios, sentimentos e lembranças que apareceram com mais ênfase nas narrativas coletadas.

Durante o período de pré-internação a violência foi relatada através das lembranças de brigas na família, mas, principalmente, quando algumas das residentes tiveram que morar nas ruas, associando a situação de abandono ao início dos problemas dos nervos.

Quando se encontravam hospitalizadas, há aproximadamente dezoito anos, muitos episódios de violência foram relatados, como brigas por cigarro, agressões

sofridas por parte de outros pacientes; o emprego do eletrochoque como dispositivo punitivo; além dos relacionados ao próprio corte de cabelo a que eram submetidas, sem qualquer tipo de consentimento das mesmas. A humilhação por se encontrarem na condição de pacientes advindos de todo o tratamento e as formas de opressão a que foram submetidas revelam o quanto foi difícil aceitar toda a violência sofrida e transcender a uma condição cuja negação parece servir de proteção a sentimentos, que revelam dor e despeito.

Já na condição de moradoras, uma das residentes se referiu ao ciúme dos namorados como uma das violências a que foi submetida através de agressão verbal e restrição social. A restrição social imposta pelo namorado serviu de estímulo para que a moradora não pensasse mais em casamento e rompesse o seu vínculo com o parceiro, pois isto se constituiria um obstáculo à sua tão almejada independência.

A invasão de privacidade também foi relatada num episódio onde um dos funcionários do IPQ foi cuidar do jardim do Residencial do Pomar. Muitas delas se sentiram invadidas. Como disse Rosa: “Cada um tem o seu chá que plantou no jardim e elas não gostam que mexam!”

Elas também não gostam de ser tratadas de forma diferente da dos homens dos outros Residenciais, porque segundo Hortência nos serviços masculinos eles guardam seus documentos, saem sozinhos, embora não saibam fazer os serviços domésticos tão bem quanto elas.

Além das questões relacionadas às assimetrias de gênero, que voltarei a explorar no próximo item deste capítulo, outra questão levantada pelas residentes é a forma com que resolvem os assuntos mais complexos e/ou emergenciais. Numa situação de violência tem-se como a primeira instância a proteção das demais moradoras do Residencial e numa situação ainda mais delicada recorrem a uma intervenção mais complexa, através do IPQ, cujo vínculo parece ser acionado numa situação de maior vulnerabilidade. Esta proteção e coesão grupal dependem do poder contratual entre as partes e do cumprimento fiel das recomendações do grupo, sempre atento e vigilante em relação à preservação de um bom comportamento – moralmente correto.

Até pouco tempo manter as pessoas, com problemas dos nervos, para tratamento em hospitais psiquiátricos era uma prática considerada corriqueira no campo da saúde mental. Mas com a promulgação da Lei Federal 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência, agora de base comunitária, defende-se a primazia pela igualdade de direitos e a equidade como traço ideológico dominante.

Com a criação das Residências estima-se que os seus moradores possam viver livres de uma série de violências produzidas no âmbito manicomial, ao mesmo tempo em que aprendem a lidar com situações adversas, ao moldarem suas vidas à nova ordem, como o controle e a discriminação que ocorre de forma direta e indireta, como mecanismos sutis de violência. O sentimento de vergonha por ser doente mental, ou velho, ou mulher, entre outros, segundo Bandeira e Batista (1999) revelam a luta contra a atribuição social de um valor negativo à diferença do outro: o preconceito. O preconceito gera formas diferenciadas de abordagem e tratamento, traduzindo o “risco” de poluição que, potencialmente, essas pessoas representam e constitui-se em um mecanismo eficiente e atuante, cuja lógica pode atuar em todas as esferas da vida.

A alteridade é a capacidade de conviver com o diferente, de se proporcionar um olhar interior a partir das diferenças. Significa que eu reconheço “o outro” também como sujeito de iguais direitos, sendo exatamente essa constatação das diferenças que gera a alteridade.

A noção de diferença ainda para Bandeira e Batista (1999) se manifesta na vida concreta ao mesmo tempo em que pode ser uma atitude política presente, que reivindica um projeto de mudanças, com conseqüências positivas para a vida em geral, embora ainda possa ser considerado um simples instrumento de manipulação ou dominação, reproduzindo discriminação e exclusão, portanto, violência.

As autoras defendem o ponto de vista de que a eficácia e a ubiquidade do preconceito levam à dominação e à subordinação, em todas as categorias sociais. Manifestam-se como produtor e reproduzidor de situações de controle, menosprezo, humilhação, desqualificação, intimidação, discriminação, fracasso e exclusão do gênero, na esfera do trabalho, nas posições de poder, nos espaços morais e éticos e nos lugares de enunciação da linguagem. E vêm, muitas vezes, minadas pela

chantagem afetiva, ou disfarçadas por aparências afetuosas que atingem, mais dramaticamente, a auto-estima e a condição sócio-moral daqueles (as) que são alvos do preconceito (BANDEIRA e BATISTA, 1999, p.127).

Afirmam ainda que, o preconceito como forma de reconhecimento do outro pode ser abordado como problema sócio-moral e é uma forma ou de outra, exposto pelos indivíduos nos processos de socialização e nas interações sociais e pode ser considerado como uma forma violenta de se relacionar com o “outro diferente”, imposta pela modernidade (BANDEIRA e BATISTA 1999, p.130).

Sabe-se que no processo de produção identitária criam-se sentimentos de pertença e de estranhamento, com relação a certos coletivos, o que gera uma dinâmica de inclusões e exclusões com base em semelhanças de diferenças.

Se há uma identidade baseada na “normalidade” que define o que é ser doente, o simples fato de pertencer ao grupo dominante implicará ser valorizado por sua saúde. “O preconceito passa pela relação social, pela atribuição identitária e auto-identificação, que nega duplamente a alteridade, seja como negação do outro, seja como autonegação” (BANDEIRA e BATISTA, 1999, p.131).

“Cada vez mais a diferença acaba sendo sinônimo de marginalidade, e o outro, a alteridade, torna-se estrangeiro dentro de seu próprio meio e passa a constituir-se em uma ameaça” (BANDEIRA e BATISTA, 1999, p. 132).

A marcação simbólica é o meio pelo qual damos sentidos a práticas e a relações sociais, definindo quem é excluído e quem é incluído. É por meio da diferenciação social que essas classificações das diferenças são vividas nas relações sociais. A imagem do outro é baseada numa idéia, que para além de uma narrativa cria-se uma percepção formulando uma representação e a imagem de alguém sempre tem algum signo de poder. O preconceito resulta, assim, de uma racionalização do outro, a partir da configuração de uma imagem corporal e lingüística, a qual se atribui valores negativos e que necessita sempre ser alimentada. Essa violência que institui o que o outro diferente não é ou o que é, nega a afirmação da alteridade ao atribuir-lhe valores negativos ou positivos, sendo exercida por aqueles que têm algum tipo de poder na sociedade, embora não signifique que esta forma de se relacionar com o outro se baseie em valores inalteráveis. A luta contra uma auto-identificação pode redefinir os

valores na sociedade. Para os que possuem uma identidade ferida precisam se metamorfosear para ter liberdade de negar o dever/ser e os valores que lhe foram atribuídos historicamente, abrindo espaço à construção de novos valores (BANDEIRA e BATISTA, p.136-139).

## 6.6 ASSIMETRIAS DE GÊNERO NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Com relação às assimetrias de gênero citadas acima, constatei com base no depoimento de uma das residentes que havia determinadas diferenças que mereciam ser conhecidas, com a finalidade de averiguar até que ponto as diferenças entre os serviços estariam reproduzindo desigualdades de oportunidades, mesmo reconhecendo que homens e mulheres têm experiências diferentes e que devem ser tratados não como iguais, mas, sim, como equivalentes.

Com base nas impressões obtidas, pude constatar as seguintes diferenças encontradas entre o Residencial do Pomar, o Residencial Antúrio e o Residencial Atena.

Salvo as diferenças pessoais encontradas, alguns homens parecem mais independentes do que a maioria das mulheres. Os residentes guardam consigo seus documentos, alguns são capazes de se locomover sozinhos, para maiores distâncias, como um dos residentes do Residencial Antúrio que se desloca até o centro de Florianópolis para comprar peixe fresco no Mercado Público, recebem seu dinheiro no banco e administram suas rendas, excetuando os curatelados que dependem de um valor que recebem por mês da curadora (o de R\$20,00 reais), para as suas despesas, embora não necessitem apresentar nota fiscal como no caso das residentes.

Cabe ressaltar que não existe residente interdito no Residencial Antúrio. Do auxílio que recebem do Programa De Volta para Casa, pagam o aluguel da casa, luz, e água e dividem as despesas, que por ventura surgirem. Um dos residentes vai ao banco realizar os pagamentos das despesas da Casa e todos gerenciam seus benefícios, adquirem coisas em conjunto como móveis para sala de visitas e máquina de lavar, dentre outros utilitários do lar.

Um dos residentes se matriculou numa academia de ginástica, na comunidade, por conta própria e a mobilidade nas diversas áreas do cotidiano como trabalho para terceiros, como jardinagem e serviços de pedreiro, por exemplo, parecem se fazer mais presentes nos Residenciais masculinos, do que no feminino.

Com relação à interdição, as mulheres demonstraram maior descontentamento com o fato de não poderem administrar seus benefícios, assim como julgam acontecer com os moradores dos Residenciais masculinos.

É possível constatar que existem diferenças com relação ao gerenciamento do dinheiro das e dos residentes. As mulheres produzem tapetes e paninhos de limpeza, mas parecem necessitar da mediação de terceiros (no caso dos terapeutas ocupacionais) para vender o seu produto nas oficinas terapêuticas de geração de renda que participam no IPQ. Alguns homens, no entanto, produzem e comercializam sem a intervenção de terceiros aquilo que produzem. Talvez isto seja o reflexo de como a equipe terapêutica pensa a respeito do gênero. Se pensar que as mulheres são mais dependentes do que são os homens é possível que se esteja investindo mais na independência dos homens, do que no das residentes.

A própria diferença na administração dos rendimentos evidencia sinais de assimetrias de gênero. É preciso considerar, no entanto, que as equipes terapêuticas são diferentes, assim como o campo de possibilidades dos agentes aqui pesquisados. Mesmo assim, não posso deixar de registrar impressões que não são somente minhas, mas que foram sinalizados tanto pelas residentes quanto pelos moradores das unidades masculinas, assim como por membros da equipe terapêutica.

Com relação às diferenças percebidas entre o Residencial feminino e os masculinos, uma das funcionárias entrevistadas acredita que isto aconteça em função de existir certas particularidades. As mulheres, por exemplo, gostam de ir às compras com o carro do hospital. Os homens, por sua vez, se negam ir com o carro da instituição e preferem se deslocar de ônibus. Eles exigem que os documentos pessoais fiquem consigo, enquanto elas somente agora, ao saberem que os homens guardam seus documentos, é que estão solicitando fazer o mesmo. Isto na visão de uma das funcionárias entrevistadas é cultural, pois os homens estão mais na rua e as mulheres em casa. Em compensação, as mulheres fazem melhor os serviços da Casa não

carecendo da presença de funcionários para as atividades domésticas, pois os homens são muito mais dependentes com relação às tarefas do cotidiano de cuidados com a residência e com relação a si mesmos.

A percepção desta funcionária também é a mesma de Hortência, que relatou as mesmas impressões acima, ressaltando, no entanto, que as residentes são capazes de fazer consertos na casa, enquanto muitos dos residentes não fazem os serviços domésticos, o que em sua visão trata-se de uma superioridade feminina.

Pude observar também, que as residentes não possuem o desejo de se afastar do SRT e consideram a sua permanência na Casa algo de definitivo. Já grande parte dos residentes almeja conquistar uma residência particular, construir uma família e se responsabilizar pelo provimento da mesma, considerando que o SRT é somente uma etapa a ser percorrida até a realização de seus projetos de vida, que passam pela aquisição de uma propriedade e de bens de consumo até a constituição de uma família.

Na percepção das residentes, a diferença entre os Residenciais masculinos e o Residencial feminino está no fato das residentes serem mais dependentes em função de terem ficado mais tempo institucionalizadas. Já na visão das residentes, os homens são muito mais dependentes do que elas. Para outros funcionários entrevistados, o recorte de gênero pode estar influenciando tratamento diferenciado uma vez que as mulheres requerem maior cuidado do que os homens, por serem “naturalmente” mais dependentes. Com base no depoimento de uma das profissionais entrevistadas: “As mulheres são mais dependentes e requerem maiores cuidados do que os homens que naturalmente possuem maior autonomia”.

Além do mais, os homens parecem não possuir tanta preocupação com o envelhecimento, em relação às mulheres que, por sua vez, demonstram certa apreensão em função de não terem familiares que cuidem delas e as demais residentes, que agora constituem a família delas também se encontram em situação semelhante, pois também estão envelhecendo restando, com isso, como possibilidade futura o retorno para o hospital psiquiátrico, ou para uma instituição de idosos, como abordei anteriormente.



## CAPITULO VII

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

#### 7 O ALCANCE E OS LIMITES DO SRT E SUA RELAÇÃO COM GÊNERO, SUBJETIVIDADE, CIDADANIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO

Pouco importa que se trate ou não de utopia; temos aí um processo bem real de luta; a vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e voltada contra o sistema que tentava controlá-la. Foi a vida, muito mais que o direito, que se tornou o objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito. O “direito” à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, o “direito”, acima de todas as opressões ou “alienações”, de encontrar o que se é e tudo que se pode ser, esse “direito” tão incompreensível para o sistema jurídico clássico, foi a réplica política a todos esses novos procedimentos de poder que, por sua vez, também não fazem parte do direito tradicional da soberania. Michel Foucault<sup>38</sup>

Considerando a análise apresentada dos dados e a sensibilidade das palavras de Foucault, acima, passo às considerações finais, sintetizando os avanços e os limites tanto do SRT, quanto da situação de moradoras, mostrando algumas tendências e desafios.

Em última análise, estas linhas poderão contribuir para dar uma noção do que está sendo efetivamente produzido na prática, em termos de políticas públicas, no que diz respeito aos SRTs em Santa Catarina.

---

<sup>38</sup> Michel Foucault citado na apresentação da obra de Marsiglia et. Al. (1990:9) “Saúde Mental e Cidadania”.

No que diz respeito às residentes, as mudanças ocorridas em suas vidas ao irem morar num Residencial, são evidentes. Ao retornarem ao convívio social, fora dos muros hospitalocêntricos, portanto, numa outra situação de vida, ampliam seus direitos de cidadania.

Mesmo com todos os avanços conquistados observa-se que a moralidade parece embasar os parâmetros científicos, que engendram a percepção sobre estas mulheres e o seu comportamento fundamentado no seu estado de saúde tem, no gênero, um dos seus marcos norteadores.

O trabalho de campo, realizado nesta tese, possibilita uma série de conclusões, que enumero a seguir. Primeiro, diria que a Residência carrega consigo a ambigüidade de pretender tratar e proteger a residente, ao mesmo tempo em que lhe incentiva e limita os direitos de cidadania.

Foi possível verificar, na visão das residentes e membros da equipe terapêutica, que o Residencial do Pomar tem colaborado para uma visão comunitária, contribuindo para o acolhimento e a reintegração das residentes. Supre, também, a carência de moradia ao mesmo tempo em que dá suporte no acompanhamento psiquiátrico e clínico.

Ao habitarem a Casa as mulheres iniciam o seu processo de transição do papel de institucionalizadas, para o de moradoras, revelando o quanto são dotadas de potencial de metamorfose. O retorno ao zelo pelas coisas do lar, a possibilidade de poder juntar objetos que contenham suas histórias e armazená-los num espaço cuidadosamente arranjado, o cultivo da privacidade, a possibilidade de comer algo diferente, saber que tem onde receber amigos ou de se sentir pertencendo, ou ainda, a possibilidade de poderem decidir sobre a própria “beleza”, exemplificam como se deu o processo de adaptação e de apropriação da vida das residentes.

O trânsito entre províncias e mundos pode ser considerado, então, como uma das questões cruciais para a compreensão sócio-antropológica dessas residentes, que passaram a transitar em distintos planos e níveis de realidade socialmente construídos, ao irem morar num Residencial.

Em segundo lugar, torna-se possível concluir que, apesar das passagens e trânsitos entre domínios e experiências, as residentes ainda mantêm a sua identidade vinculada a grupos de referência, no caso a própria instituição psiquiátrica ou mesmo os outros moradores com os quais mantêm profundos laços afetivos, operacionalizados através de mecanismos socializadores básicos, pois uma possível tendência à fragmentação não anula totalmente certas âncoras fundamentais, que podem ser acionadas em momentos estratégicos.

Assim, ao concluir esta tese, entendo que embora o trânsito das residentes tenha-lhes possibilitado melhores condições de vida e ampliado a alteridade, a nova ordem social parece impor limites que servem de contenção à ampliação do que se preconiza em termos de libertação das “amarras”, que constituem o imaginário social.

Com relação às estratégias sutis de controle permanente, sobre os corpos das mulheres, a partir do modelo panóptico desenvolvido por Michel Foucault e sintetizado no capítulo II, foi possível concluir, em terceiro lugar, que a *performance* do tipo exemplar, através das quais as residentes reafirmam que sempre estão bem e tudo está sob controle, também pode ser interpretada como se tivessem a necessidade de demonstrar que internalizaram a sensação de bem-estar, em parte em virtude de se sentirem observadas o tempo todo.

A *performance* das residentes parece talhada, então, para demonstrar sua capacidade de adequação, de autonomia, seu perfeito estado de saúde, em consonância com a política necessária à solicitação da condição de moradora - um histórico de bons antecedentes, evidenciando o quanto essas mulheres, longe de serem “incapazes e inferiores”, sabem fazer política no cotidiano.

Em quarto lugar, observei, a partir da discussão de várias/os autoras/es sobre o dispositivo do risco, que o próprio envelhecimento vem instalando sentimentos de insegurança, diante da ameaça da incapacidade das residentes para gerenciarem suas vidas.

Esta percepção gera uma busca por segurança acentuada. Há, entretanto, um preço a ser pago, pois quanto maior a intervenção de terceiros, no sentido de suprir o déficit encontrado, maior será o grau de dependência das residentes.

A própria imposição de normas aos corpos das residentes, como o controle sobre a sexualidade, sobre o direito de ir e vir sem restrições, ou a obrigatoriedade do uso da medicação, dentre outras medidas, exemplificam que nem sempre a própria negociação sobre o seu estado de saúde é algo tão democrático quanto aparenta, funcionando como dispositivo biopolítico de poder. Há de se considerar que, alterações no comportamento previsto podem ser desencadeadoras de uma ação que as faça perder a condição de moradoras, com o conseqüente retorno à hospitalização psiquiátrica, haja vista não disporem de outros serviços de saúde mental, ou de uma rede de assistência capaz de satisfazer, integralmente, às suas necessidades.

A *performance* talhada para não evidenciar sinais de conflito observável pode servir como fator de prevenção de uma série de medidas, que coloquem em risco as conquistas que galgaram com tanto sacrifício.

Isto é engendrado nas residentes e é alimentado por elas como um processo de responsabilização das mesmas sobre a própria saúde, como também pelo cuidado com a saúde das demais companheiras, cuidadosamente vigiadas.

Além do mais, o próprio equilíbrio, ou seja, a boa saúde é que vai lhes garantir a permanência neste lugar social. A preservação da imagem pessoal parece se estender para todo o grupo de residentes além de fazer parte dos projetos de vida vigentes.

No que diz respeito ao processo de mudanças e à subjetividade, concluo, em quinto lugar, que inicialmente a *performance* das residentes parece se fazer na representação de si mesmas como “pacientes” e justamente na opressão e na negação da própria imagem – a de “pacientes” - parece que ressurgem no cenário social como pessoas que têm condição de assumir suas vidas, participar da comunidade, contribuir com a mesma tornando-se mais respeitadas na condição de residentes. Uma posição construída socialmente e inventada através de sucessivas práticas, que se afirmam diariamente.

Mas, conforme mencionei anteriormente, a luta pela superação da posição de pacientes tem seu preço, pois a construção de sujeitos singulares, neste caso, parece ser feita com base em essências naturalizadas e fundamentadas na imagem tradicional de mulher.

Desta forma, é possível observar, nas trajetórias de vida das residentes, situações de submissão, reclusão e violência. Em troca da proteção oferecida, o Estado as submete à ideologia da fraqueza e da incapacidade natural, como se a sua subjetividade requeresse a constante intervenção de terceiros, para existir e se manifestar.

Mulheres pobres, “doentes”, sem educação, sem família, idosas e institucionalizadas são demarcações sociais, que contém algo que para a sociedade ainda pode ser considerado ameaçador. Algo que contém essa “natureza” aparentemente tão diferente e que de alguma forma alimenta a idéia de que existe uma ausência de alternativas de expressão das suas experiências de vida.

Passividade, desdobramento, disponibilidade, capacidade para o trabalho doméstico e demais tarefas consideradas “femininas” correspondem, então, ao ideal de saúde mental para as residentes. A sexualidade e a maternidade tornam-se algo impróprio, ao lugar que ocupam socialmente.

Com todos os esforços e os avanços conquistados, ainda é possível verificar que não existe uma descentralização da saúde, do trabalho e do gerenciamento dos benefícios e que o processo de desinstitucionalização não vai além da noção de desospitalização, em alguns aspectos da vida das residentes. A hospitalização ainda está presente no imaginário das residentes, a ponto de converter-se em um dispositivo de poder.

Embora essas limitações persistam, é possível perceber a conquista de alguns direitos cujo exercício se dá na micropolítica do cotidiano, através da qual exercitam sua autonomia e emancipação. Esse ganho de autonomia se torna visível também, mediante o esforço em validar suas experiências singulares na vida cotidiana, buscando ampliar seu campo de possibilidades.

À medida que tomam consciência das suas capacidades e importância social, buscam decidir mais sobre a própria vida, demonstrando que são capazes de tomarem conta de si, de trabalhar e de ter acesso a outras esferas da vida fora do contexto hospitalar ou residencial, ampliando as disposições do contrato entre o que é permitido e o que é possível, inclusive ao demonstrarem que são candidatas a gozarem de certos prazeres da vida.

Por meio do SRT, elas conquistam maior privacidade, adquirem a noção de propriedade, constroem um universo simbólico através dos objetos que adquirem e formas próprias de auto-determinarem suas vidas, demonstrando que mesmo se vestindo de uma roupagem essencializada nos moldes do “feminino tradicional”, são dotadas de potencial de metamorfose e capazes de contribuir com um projeto coletivo, com vistas a colaborar com a gestão de problemas sociais. Um projeto onde as partes aprendem a conviver com as diferenças, num esforço do grupo que investe na melhoria da qualidade de vida de pessoas que viveram anos de suas vidas confinadas em instituições psiquiátricas.

Em sexto lugar, considero que a construção da cidadania, enquanto um projeto de cura, ainda parece ser algo predominantemente regulado e outorgado. O acesso à educação é precário e a centralização das atividades de trabalho e saúde dificultam a desinstitucionalização das residentes, num sentido mais abrangente.

A insegurança com relação a uma velhice tranqüila e a própria manutenção do lugar de “moradoras”, assim como a impossibilidade de administrarem seus benefícios, são impedimentos do que pode ser denominada uma “cidadania plena”.

A ampliação de direitos é incontestável, assim como os seus limites, pois os conceitos de periculosidade e imputabilidade ainda parecem rondar, de alguma forma, a clínica do sujeito. Tais limites são contestáveis para as residentes, pois o fato de terem conseguido galgar tal posição significa que possuem capacidade de ampliar o pleno gozo de alguns aspectos da vida civil, embora algumas decisões ainda passem por outros agentes, que se interpõem nesta paisagem.

Mas, ao mesmo tempo, pode ser adjetivada como uma situação ambivalente, pois, por um lado busca-se incentivar a ampliação destes direitos, e, por outro, eles só podem ser gozados até certo limite do que se entende que seja possível galgar na “condição essencializada”, de ser “mulher com problemas dos nervos”, sobretudo pobres, sem instrução, sem família, sem lar.

A partir das contribuições de Porto (2001, p.32), considero que é preciso que as políticas de saúde se dêem conta de certos abusos de poder, ampliando a noção de capacidade civil das residentes, num esforço para que possam ter o direito de gerir seus recursos, adquirir seus bens e decidir sobre a própria vida, a fim de romper,

definitivamente, com a mesma lógica que vê as “mulheres com problemas dos nervos”, sustentada sob os alicerces da opressão, da violência, da exclusão e da segregação social.

Acredito que seja necessário investir numa política feita com e por todos os atores sendo preciso buscar fundamentações teóricas que orientem formas possíveis de se fazer a prática.

É preciso instituir uma convenção discursiva, que invista na transversalização das políticas públicas esforçando-se em se ocupar muitos lugares ao mesmo tempo, promovendo assim uma interlocução entre residentes, gestores, profissionais, representantes do Ministério Público e interessados sobre o tema. É necessário que se invista nestas mulheres, como sujeitas de direitos e protagonistas de sua própria vida.

Resgatar essas mulheres para o convívio na vida social e para a cidadania, enriquecendo sua subjetividade no marco da emancipação e não no na regulação, envolve a necessidade constante de revisão de conceitos, dispositivos jurídicos e políticos ligados à incapacidade civil, tutela, periculosidade e imputabilidade, bem como o próprio questionamento sobre as desigualdades e estereótipos de gênero. É preciso muito empenho por parte das/os gestoras/es das políticas de saúde, no sentido da superação das formas tradicionais de atendimento, possibilitando que as/os residentes possam se assumir enquanto sujeitos de direitos participativos no processo de reconstrução de suas vidas.

O SRT também contribui para o processo de reintegração das residentes na comunidade. Trata-se de um espaço cuja relação entre os pares é democrática, incentivando gostos, hábitos e a dinâmica de suas residentes. Mas, ao mesmo tempo em que incentiva a expressão da subjetividade parece ainda tímido em relação a ousar algo que proporcione às residentes enfrentarem as dificuldades de viver, num mundo voltado para o mercado, o desemprego e o desprezo daqueles considerados “dependentes”, sem ter a aparente pretensão de ampliar os limites do itinerário terapêutico.

Seus objetivos ainda são modestos como o investimento na alfabetização, qualificação para o trabalho e mobilização de recursos comunitários, pois o Residencial aparentemente, não tem permitido às moradoras ocuparem diferentes lugares além

daqueles tradicionalmente autorizados e que se fundamentam na visão tradicional dos papéis femininos. Parece que não tem investido na igualdade de oportunidades, nem na independência em todas as dimensões da vida. Desta maneira, me parece necessário a construção de uma política de governo que articule gênero e saúde mental, uma política transversal que possibilite a comunicação com as diversas áreas do conhecimento, tão importantes para dar conta das inúmeras necessidades que reivindicam um projeto, que leve em consideração os princípios da equidade e da integralidade nas ações dentre outros.

Há de se pensar que, no caso das residentes, são muitos os campos de forças que invadem o processo de construção de sua cidadania. Elas parecem resistir à intervenção do Estado em suas vidas, através do viés institucional, do Ministério Público e da própria comunidade.

Mesmo com toda a restrição presente, ressalto que a liberdade para escolherem e controlarem suas vidas foi ampliada, mas o controle sobre a mesma impõe limites ao próprio livre arbítrio, pois a todo o momento existe um campo de possibilidades que precisa ser negociado, a fim de se ampliar os direitos, as trocas e a circulação das diferenças.

Se por um lado isto dificulta a cidadania, por outro parece estimulá-las no sentido de resolver seus problemas. Se ainda são vistas através das lentes dos papéis tradicionais femininos é mediante o reforço a esta mesma imagem que reforçam a sua *performance* diária, através da demonstração das suas habilidades femininas, tão necessárias à presença da imagem de boa saúde, através da valorização das suas competências.

Este desempenho resulta na abertura de espaços de negociação, que ainda, devido à necessidade de proteção do grupo, se faz por vezes sob a imagem de quem necessita de cuidados.

O incentivo às escolhas pessoais e a independência foram observados, mas o controle sobre a autonomia e sobre a liberdade parece fazer com que elas não assumam o risco de ousar a desfazer a própria imagem de residentes.



Desta forma, ressalto o paradoxo existente entre as intersecções de gênero, sofrimento psíquico, cidadania e subjetividade, com base naquilo que observei pessoalmente e, sobretudo, com base nas falas das residentes e profissionais complementadas através da leitura de diversos autores.

A luta pela cidadania parece incluir, de forma tradicional, a dimensão do gênero, pois as residentes não só são orientadas para o desempenho de funções femininas tradicionais, como também os seus próprios discursos enfatizam e reforçam os estereótipos. As falas sobre as relações afetivas, namoros, funções exercidas no cenário doméstico estão impregnadas de uma carga moral e ética, pautada na religião e na estereotipia de gênero e altamente reforçada no cotidiano.

Acredito que essa seja uma das conclusões mais importantes da tese. Quem sabe as residentes procurem ser tão “boazinhas”, tanto como parte de uma tradição cultural quanto como parte de uma estratégia de sobrevivência, na condição de moradoras, através de uma *performance* que já descrevi anteriormente.

Neste contexto, presumo que as mulheres precisem mostrar o potencial e a disposição ao cumprimento das regras sociais estabelecidas - no mundo considerado “normal” dentro e fora do SRT – para poder “desconstruir” a imagem de pessoas “diferentes”, com base nos parâmetros de “normalidade” da cultura vigente. Este conhecimento deve ser, portanto, constantemente partilhado e lembrado por todas as residentes do serviço, como uma forma de garantirem uma convivência mais harmoniosa, em face das pressões sociais vigentes, bem como em prol da própria sobrevivência da residência.

A preocupação com a reabilitação psicossocial das mulheres, neste caso, pode ser interpretada como uma atividade que funcionaria como mecanismo auto-regulador de forma que, mesmo distante da moradia e dos olhos da equipe terapêutica e de seus pares elas manteriam, “espontaneamente”, os padrões pré-estabelecidos, cuidadosamente vigiados e controlados por todos e a todo o momento.

Uma outra reflexão, que pode ser feita para compreender os meandros que permeiam o mundo das residentes do Residencial, é o fato de supor que, ao compartilharem a cultura do mundo original do hospital e da cultura social externa, representada tanto pelo Residencial, como pelos membros da comunidade local,

poderiam estar contribuindo para aumentar a permeabilidade destas instituições totais, servindo de um canal de comunicação entre o grupo de pessoas internadas e o mundo externo.

Neste contexto, é possível observar que existe um circuito de agentes e agências que participariam, de maneira decisiva, na passagem do status civil de paciente para o de residente, estando as pessoas mais próximas, a equipe terapêutica e a comunidade local intimamente correlacionadas a este projeto de metamorfose.

Uma outra forma de apreender este mundo é observar que o fato de terem sido vistas como ex-doentes mentais faria com que as mesmas evitassem o contato com pessoas e acontecimentos, que possibilitassem ligá-las ao hospital.

Apesar das considerações formuladas é preciso também ressaltar o quanto o SRT reforça um projeto coletivo, onde as residentes colaboram uma com as outras e como é importante para as mesmas se sentirem apoiadas no sentido de dar continuidade a este sentimento de pertencimento, que serve como restaurador das convivências.

A condição de moradoras ainda carrega consigo vestígios da estigmatização, impostos pela condição anterior, e isto às conduz a seguirem seu caminho com muita parcimônia, pois qualquer deslize pode por em risco a condição de moradora. Elas sabem que esta condição não é algo estático, requerendo a emergência de novos modos de ser, de novas possibilidades de interpretação, de ressignificação e de problematização que agora envolvem, sem dúvida, a própria cumplicidade, no que tange as decisões da própria vida.

A importância da participação das residentes estaria assim à altura da qualidade de interação que devem ter com outras pessoas, que as percebam como sujeitos particulares e socialmente localizados e dotadas de capacidade, para retomarem a sua saúde em defesa da vida.

Certamente, trata-se de uma tarefa complexa, pois quando inclui as residentes no processo de conquista de seus direitos, muitas vezes elas podem colocar em cheque a própria instituição, com reivindicações que enunciam desejo, interesse e necessidade, onde talvez possam dizer coisas que muitas vezes não queremos, ou não

estamos preparados para ouvir. É preciso então aprimorar nossa capacidade de incluir os problemas que o outro traz, ampliando a nossa capacidade de lidar com o conflito, a fim de que possamos construir possibilidades de solução, como um projeto comum se co-responsabilizando pelos acertos e desafios a serem vencidos e ampliando, com isso, nossa alteridade. Isto envolve caminhar no campo da subjetividade, detectar coisas que as residentes julgam importantes e oferecer condições para que tais coisas se concretizem dando oportunidades, com isso, para uma nova possibilidade de realização.

Trata-se de uma relação que não pode ser confundida com uma política de reeducação moral, mas como uma forma de reorganizar as relações de poder, num processo que venha defender a vida. Quiçá dando visibilidade a certas questões, com a finalidade de favorecer um contágio necessário que venha a estimular formas diversas de participação, na resolução dos problemas sociais.

Considerando as colocações acima e buscando articular os conceitos de gênero, subjetividade, sofrimento psíquico e cidadania é possível concluir que o SRT funciona tanto como um novo espaço social para suas residentes – se compatibilizando assim, com as propostas de desinstitucionalização - como dispositivo de controle e de poder. Embora este serviço represente um avanço em relação à situação anterior das residentes, desde quando a sua criação e sobrevivência, envolvendo a conscientização e a luta pelos seus direitos civis e políticos, do ponto de vista do gênero, a dinâmica do seu funcionamento favorece a reprodução dos papéis femininos tradicionais; e embora o foco central desse estudo seja a Residência feminina foi possível observar desigualdades de gênero, não apenas nas trajetórias das entrevistadas, mas na organização dos Residenciais femininos e masculinos.

Finalizando esta pesquisa, sem ter a pretensão de esgotar todos os argumentos possíveis, tomo emprestadas as palavras de D'Ambrósio (2001, p.173).

É necessário facilitar o aparecimento de uma nova consciência através da qual o homem poderá encontrar a plenitude de seus direitos ligados à sua dignidade de ser vivo, num quadro de solidariedade e responsabilidade que comprometem o Estado, cada grupo social e cada indivíduo.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, Raymond D. & VICTOR, Maurice. **Neurologia**. New York: McGraw-Hill, Inc, 1996.

ALVES, Paulo. C. A experiência da enfermidade: Considerações teóricas. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, 1993, nº. 9, v. 3, p. 263-271, jul/set.

AQUINO, Estela, M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.40, nº. especial. São Paulo: ago. 2006. [SciELO]

\_\_\_\_\_, MENEZES, Greice M.S. & M, AMOEDO, Marúcia B. Gênero e Saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa nacional por Amostra de domicílios. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. v. 26, nº 3, 1992, p 195-202.

AGUIAR Janaína. M de; Barbosa Regina. H. S. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, nº.10, out, 2006, pp. 2115-2123.

AMARANTE, Paulo. Novos Tempos em Saúde Mental. **Revista Saúde em Debate**. n.37, dez 1992.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP. 1995.

ANDRADE, Gabriela, R. B. de & VAITSMAN Jani. Apoio Social e Redes: Conectando Solidariedade e Saúde. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**. v.7, nº.4, 2002.

ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS INSANOS. **Serviço Residencial Terapêutico Jardins das Acácias**. São Paulo, 2007. Disponível em:  
<<http://paginas.terra.com.br/saude/acacias/residencias%20terapeuticas.htmProjeto>>.

ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO PAULO. **Residência Terapêutica da Lapa**. São Paulo, 2007. Disponível em:  
<[http://www.saudedafamilia.org/projetos/proj\\_saude\\_mental.htm](http://www.saudedafamilia.org/projetos/proj_saude_mental.htm)>.

BACHELARD, Gaston. A poética do espaço. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

BALLONE Geraldo. J. **Perícia psiquiátrica**. Disponível em:  
<<http://sites.uol.com.br/forense/pericia.html>, 2004>.

BANDEIRA, Lourdes; BATISTA, Anália S. Preconceito e discriminação como expressões de violência. **Estudos Feministas**. CFH/UFSC, v. 10, nº.1, 1999.

BARROSO, Carvalho. Trabalho e saúde da mulher. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** v. 38, nº 10, 1982, p. 174-89.

BASAGLIA, Franca. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal. 1985

BENERIA, Lourdes **Mujer, Salud y Trabajo: una vision global**. Quadern Caps., nº 21, 1994.

BENTON, M. K.& SCHROEDER, H. E. Social skill training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. **Journal Psychology**, nº22, 1990, p. 741-7.

BIRMAN, Joel. & COSTA, Junior. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Paulo Amarante (org) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. A cidadania tresloucada. In. Bezerra Jr &PD Amarante (org) **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Delume- Dumará, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental** 1990-2002. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Edição atual e ampliada, 2004.

**BRASIL**. Constituição da República Federativa do Brasil: **promulgada em 5 de outubro de 1988** – 16ª edição, atual e ampliada. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1998.

\_\_\_\_\_. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Anais da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. 1994.

\_\_\_\_\_. Portaria GM n.2.077 de 31 de outubro de 2003. In. **Legislação em saúde mental** 1990-2002. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Edição atual e ampliada, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Portaria GM n.º 106 de 11 de fevereiro de 2000. In. **Legislação em saúde mental** 1990-2002. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Edição atual e ampliada, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.** Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

\_\_\_\_\_. Sub-Secretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: Síntese.** Brasília: MS, 2005.

\_\_\_\_\_. Lei Federal n.º 10.216 de abril de 2001. In. **Legislação em saúde mental 1990-2002.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Edição atual e ampliada, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BOAVENTURA, Paula, T. F. Estigma na Epilepsia. **Tese de Doutorado em Ciências Médicas.** Universidade Estadual de Campinas, 2006.

BORENSTEIN, Maria. P. Historicizando a enfermagem e os pacientes de um hospital psiquiátrico. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 56. nº 2, mar/abr, 2003.

BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Simbólicas.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1993.

BRITO, Jussara. C. **Trabalho e Saúde nas Indústrias de Processos Químicos e a Experiência das Trabalhadoras.** Rio de Janeiro: Tese de Doutorado ENSP/FIOCRUZ, 1996.

BRITO, Maria, N. Gênero e Cidadania: referenciais analíticos. **Revista Estudos Feministas**, v.9, nº1, 2001.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CABRAL, Sérgio. Análise de alguns tipos de resistência. Edição do PAIGC. Bolama: Imprensa Nacional 1979.

CANGUILHEM Georges. [1943]. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2000.

\_\_\_\_\_. Diagnosis of Disorder. **The Journal of the American Academy of Psychiatry**, 1990.

CAPRARA, Andrea. “Médico Ferido: Omolú nos Labirintos da Doença”, In.: Alves, P. & Rabelo, M. C. (org.) **Antropologia da saúde: Traçando identidade e explorando fronteiras.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.

CASTEL, Robert. De la Perigosidad al Riesgo. **Materiales de Sociología Crítica. Edición y presentación.** In: Fernando Alvarez e Julia Varela. Madrid: Ediciones de la piqueta, 1986.

\_\_\_\_\_. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Editora Graal, 1991.

\_\_\_\_\_. **As metamorfoses da questão social.** Petrópolis: Vozes, 1998.

\_\_\_\_\_. **La inseguridad social: qué es estar protegido?** Buenos Aires: Manantiel, 2003.

CASTORIADIS, Cornélios. **A instituição imaginária da sociedade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CAVALCANTI, Maria T.; VILETE, Liliane & SZTAJNBERG Tânia K. Casa e/ou Serviço? O dilema das moradias assistidas e/ou Serviços Residenciais Terapêuticos no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. . In: **Cadernos IPUB.** Instituto de Psiquiatria UFRJ. v. 12, n.22 nov/dez, 2006.

CHESLER, Phillips. **Women & madness: When is a woman Mad... and who decides whether she is?** New York: Copyright. 1975.

CITELI, Maria. T. ; SOUZA Cecília. DE M & PORTELLA Ana. P. Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. In.: **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas.** Luiz Fernando Dias Duarte e Leal Ondina Fachel (orgs.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

CHESLER, Phillips. **Women & madness: When is a woman Mad... and who decides whether she is?** New York: Copyright. 1975.

COELHO, Maria. T. A. D. & ALMEIDA Filho, Naomar. de: 'Health concepts in current science-oriented discourse. **História, Ciências, Saúde –Manguinhos,** Rio de Janeiro, vol. 9, n 2, May-Aug, 2002.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In. Laurell A C (org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo: Cortez, 1997.

CORRIGAN, Peter. W. Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. **J. of Beh. Ther. And Exp. Psychology,** nº 22, 1991, p. 103-10.

COSTA, Ana M. & SILVESTRE, Rosa M. Uma Questão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In.: **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. Gustavo Venturi, Marisol Recamam e Suely de Oliveira (orgs.) São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

COSTA-ROSA, A. Modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas no modo asilar. In: Amarante P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COUTINHO, Maria L. R. A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. **Estudos de Psicologia**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 11, n.1 jan/abr, 2006. [SciELO].

DA MATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. RJ: Guanabara, 1990.

D'AMBRÓSIO. Por Uma Nova Consciência. In: Brandão, M. S. E Crema, R. (org) **Visão Holística em Psicologia e Educação**. São Paulo: Summus, 2001.

DAGNINO, Evelina. "Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania". In.: E. Dagnino (org.) **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DALLARI, Dalmo A. De "Da Fundamentação Natural da Lei à Conquista dos Direitos Fundamentais. In: **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacarú, 1987.

DEJOURS, Christofer. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho**. São Paulo: ed. Cortez, 1990.

DELGADO, Pedro G. G.. **As razões da tutela - psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora. 1992.

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas/SP: Autores Associados, 1995.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DOUGLAS, Marie. Risk as Forensic Resource. **Daedalus**, 1990, v. 4, nº 199 , p. 11-16.

\_\_\_\_\_. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona: Paidós, 1996.

DUARTE, Luiz, F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas brasileiras**. Rio de Janeiro, JZE/CNPq, 1986.



\_\_\_\_\_. A Outra Saúde: Mental, Psicossocial, Físico Moral? In: Alves, Paulo César (org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Orgs. Paulo César Alves; Maria Cacília de Souza Minayo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FALEIROS, Eva T. S.; ALVES, Maria, A S. C. da & DINIZ, Sélia P. A Prestação Continuada como Recurso de Inclusão Social. In: **Reforma Psiquiátrica: Cuidar Sim, Excluir Não**. Conselho Nacional de Saúde (CNS) ano II nº2 dez, 2001.

FARIA, Agripa. **Anotações Pessoais sobre Hospital Colônia Santana**. 1942 (não publ).

FASSHEBER, Vanessa, B. & VIDAL, Carlos E. L. Da tutela à Autonomia: Narrativas e Construções do Cotidiano em Uma Residência Terapêutica. **Psicologia: ciência e profissão**. v.27, nº2 Brasília jun, 2007.

FERNANDES, Paula T. Estigma na epilepsia. **Tese de Doutorado em Ciências Médicas**. Universidade Estadual de Campinas. 2005.

FERNANDES, Adélia B. O papel reflexivo da mídia na construção da cidadania: o caso do movimento antimanicomial – 1987-1997. **Dissertação de mestrado**. Universidade Federal de Minas Gerais, 1999.

FLAX, Jane. Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.) **Pós-modernismo e Política**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

FILHO, João F. Silva da. Como as moradias podem ser terapêuticas sem saúde mental. In. **Cadernos IPUB**. Instituto de Psiquiatria UFRJ. v. 12, n.22 nov/dez, 2006.

FLEURY, S. T. (orgs). **Reforma Psiquiátrica: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez- Abrasco, 1989.

FRASER, Nancy. "Toward a discourse of ethic of solidarity". **Práxis International**. v.5, n.4, 1997.

\_\_\_\_\_. "Multiculturalism and gender equity tehe US "difference" debates devised". **Contellations**, v.3, nº.1, 1996.

\_\_\_\_\_. **Justice Interrupts: critical reflexions on the "post socialist" condition**. Londres: Routledge, 1997.

FREIRE, Flávia H.M. A. De. Residência Terapêutica: inventando novos lugares para se viver. **Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/residencia\\_terapeutica.pdf](http://hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/residencia_terapeutica.pdf)>.

FONTOURA, Ada. **Por entre luzes e sombras... Hospital Colônia santana: (re) significando um espaço de loucura**. 1997. Dissertação (Mestrado em História). Departamento de História e filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1997.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

\_\_\_\_\_. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989b.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 1985; 1999.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979; 1992.

\_\_\_\_\_. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

\_\_\_\_\_. **A analítica do poder em Michel Foucault – a arqueologia da loucura, da reclusão e do saber médico na Idade Clássica**. Por Antônio Pereira. Belo Horizonte: Autêntica: FUMEC, 2003.

FRIEDMANN, John. **Empowerment – uma política de desenvolvimento alternativo**. Oeiras: Celta, 1996.

FRY, Peter. Da Hierarquia à Igualdade: A Construção Histórica da Homossexualidade no Brasil. In: Peter Fry. **Para Inglês ver: Identidade e política na cultura brasileira**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GAGNON, John; SIMON Willian. **Sexual conduct: the social sourcer of human sexuality**. Chicago: Aldine, 1973.

GEERTZ, Clifford. “A religião como sistema cultural”. In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GERHARDT, Tatiana. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública** v. 22, nº.11 Rio de Janeiro, nov. 2006. [scielo].

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18 supl. Rio de Janeiro, 2002.

GRIGOLO, Tânia M. “Dizem que sou louco”: um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. **Revista de Ciências Humanas (Temas de Nosso Século)**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e ciências Humanas. V.1, n.1 (jan. 1982) – Florianópolis: editora da UFSC, 2000.

GOFFMAN, Erwing. **Asylums**. Nova York: Doubleday Anchor, 1961; 1982.

\_\_\_\_\_. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.

\_\_\_\_\_. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GROSSI, Miriam, P. MINELLA, Luzinete. S. LOSSO, Juliana.C.M. **Gênero e violência: pesquisas acadêmicas brasileiras (1975-2005)**. Ilha de Santa Catarina: Editora Mulheres, 2006.

GUATARI, Félix. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

\_\_\_\_\_. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

GUIMARÃES, Jacileide; MEDEIROS, soraya M de. Considerações sobre vida e trabalho de mulheres internadas em uma unidade psiquiátrica. **Revista de Enfermagem da USP**, v.37, nº.2, 2003.

HIRATA, Helena. Vida Reprodutiva e Produção: família e empresa no Japão. In: André Kartchevsky-Bulport et alli. **O Sexo do Trabalho**, 1986.

HUYSEN, Andreas. Passados Presentes: mídia, política e amnésia. In: \_\_\_\_\_. **Seduzidos pela memória**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2000.

INSTITUTO FRANCO BASÁGLIA. 2007. **Biografia de Franco Baságli**. Disponível em: <[http://www.ifb.org.br/franco\\_basaglia.htm](http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.htm)>.

JARDIM, Silva. O Trabalho e a Construção do Sujeito. In: **A Danação do Trabalho. Organização do Trabalho e Sofrimento Psíquico**. Silva, Filho, J. F., & Jardim, S., (orgs.) Rio de Janeiro: Te Cora, 1992.

KASPER, Christian, P. Habitar a rua. **Tese de doutorado**. Programa de Ciências Sociais do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

KERGOART, Danièle. 1996. Relações Sociais de Sexo e Divisão Sexual do Trabalho. In: **Gênero e Saúde** (Orgs.) Lopes, M; Meyer, D., e Waldow, V., Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

KLEIMANN, Arthur. Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. **Culture, Medicine and Psychiatry**. 15:275-301, 1991.

KOLLER, Sílvia H. **Rejeitando subjetividades assujeitadas**. *Psico*. v. 37 nº. 1, 2006.

KRISTA, A. **O livro da sobrevivência ao estresse: Como relaxar e viver positivamente**. São Paulo: Manole, 1999.

LACLAU, Ernesto & MOUFFE Chantall. **Hegemony and Socialist Strategy. Towards a radical democratic politics**. Londres: Verso, 1985.

LANGDON, Esther. L. A Construção Sócio-Cultural da Doença e seu Desafio para a Prática Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. Médica. In.: BARUZZI, Roberto G.; JUNQUEIRA, Carmem (orgs.). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. 1 ed. São Paulo: terra Virgem /UNIFESP, 2005.

LAQUEUR, Thomas. Da linguagem e da carne. In: \_\_\_\_\_. **Inventando o sexo. Corpo e gênero dos gregos a freud**. Rio de Janeiro: relume, 2001.

LEONE, Bráulio E. Balanço da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental – 1990/1997. In: **Revista de Ciências Humanas**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, v. 1, nº.1 (jan. 1982) – Florianópolis: editora da UFSC. Série especial temática, 2000.

LEONEL, Fabiana.C & PEREIRA, Paulo.P. Doença mental nas mulheres negras. In.: Congresso de Pesquisa, ensino e extensão da UFG – CONPEEX 2, 2005, Goiânia. **Anais eletrônicos do XIII Seminário de Iniciação Científica [CD\_ROM]**, Goiânia: UFG, 2005.

LIBERMAN, R.P.; WALLACE, C J.; BLACKWELL, C.A; ECKMAN, T. A.; VACCARO, J.V. & KUEHNEL, T. G. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA Social and Independent Living Skills modules. **Innovation and research**, 1993, pp 43-60.

LISBOA, Teresa K. **Gênero, classe e etnia: Trajetórias de vida de mulheres migrantes**. Florianópolis\Chapecó: Editora UFSC, 2003.

LOBOSQUE, Ana M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOURO, Guacira, L. Currículo, Gênero e Sexualidade: O “normal”, o “diferente” e o “excêntrico”. In: **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Guacira Lopes Louro, Jane Felipe Neckel, Silvanam Vilodre Goellner (organizadoras). Petrópolis: RJ: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. Nas redes do conceito de gênero. In: **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

\_\_\_\_\_. Gênero, história e educação: construção e reconstrução. **Educação e Realidade**, v. 20, n.2, 1999. pp.101-132.

LOUZÃ Neto, Mário. R.; MOTTA, Thelma da; WANG, Yuan-Pang; & ELKIS Hélio (orgs.) **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LOYOLA, Cristina, M D.; ROCHA, Tião & Filho, João F. S da. Agentes Comunitários de Saúde como estratégia de atendimento em saúde mental. O Projeto Viva a Vida. In: **Cadernos IPUB**. Instituto de Psiquiatria UFRJ, v. 12, nº.22 nov/dez, 2006.

LÜCHMANN Lígia, H. H. H. & RODRIGUES, Jéferson. O Movimento Antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, 2007.

LUPTON, Debora. **Risk**. London:Routledge, 1990.

MAIA, Rousiley C. & FERNANDES, Adélia B. O Movimento Antimanicomial como Agente Discursivo na Esfera Política Pública. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v.17, nº 48. São Paulo. Fevereiro, 2002.

MALUF. Sônia W. Peregrinos da Nova Era: itinerários espirituais e terapêuticos no Brasil nos anos 90. **Cadernos do NER**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

\_\_\_\_\_. Gênero, subjetividade e “saúde mental”: Políticas públicas, ativismo e experiências sociais em tornos de gênero e “saúde mental”. Florianópolis, **Projeto de pesquisa**, UFSC/CNPQ, 2006.

MACHADO, Roberto. **Ciência e saber: a trajetória arqueológica de Foucault**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1988.

MARCOS, Silvia. **Franca Ongaro basaglia y el feminismo mexicano**. Disponível em: <<http://www.cimacnoticias.com/noticias/05/ene/05013105.html>, 2005>.

MARSIGLIA, Regina; DALLARI, Dalmo A.de; COSTA, Jurandir F.; NETO, Francisco D.M. de; KINOSHITA, Roberto T & LANCETTI, Antônio. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Edições Mandacaru, 1990.

MEDEIROS, Soraya M. de; GUIMARÃES, Jacilene. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, nº.3, 2002.

MENEGUEL, Stela. N.; CAMARGO, Marcia; FASOLO, Lúcia.R.; MATTIELLO, Dioga. A. SILVA, Renata.C.R.da; SANTOS, Teresa.C.B.; DAGORD, Ana. L. RECK Adriana; ZANETTI, Luciana. SOTTILI, Márcia & TEIXEIRA, Maria, A. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria. **Cadernos de Saúde Pública**. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. [scielo].

MENDONÇA, Maria. C. A de. Serviços Residenciais Terapêuticos: a experiência de Recife. In: **Cadernos IPUB**. Instituto de Psiquiatria UFRJ. v. 12, nº22 nov/dez, 2006.

MINELLA, Luzinete, S. **Gênero e contracepção: Uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: Editora da UFSC. 2005.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental: Repensando a Relação Entre Profissionais de Saúde e Familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MENDONÇA, Maria C. A de. Serviços Residenciais Terapêuticos: a experiência de Recife. In: **Cadernos IPUB**. Instituto de Psiquiatria UFRJ. v. 12, nº22 nov/dez, 2006.

MITJAVILA, Myriam. **O Risco e as Estratégias de Medicalização do Espaço Social: Medicina Familiar no Uruguai (1985 – 1994)**. Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Sociologia. São Paulo, 1999.

MOFFATT, Alfredo. **Psicologia do Oprimido**, São Paulo: Livraria Sebo Interpessoal, 1986.

MORAES, Maria. L.Q. de. Cidadania no feminino. In: Jaime Pinsky & Carla Bassanezi Pinsky (orgs.). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2005.

NARVAZ, Martha, G & KOLLER Sílvia. H. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em Estudo**. v. 11, nº3 Maringá set/dec, 2006.

NASCIMENTO, Enilda R D & FERREIRA, Sílvia. L. Desigualdades de gênero: reflexões sobre a saúde da mulher. In.: **Ritos, mitos e fatos: mulher e gênero na Bahia**. Ana Alice Alcântara Costa e Ivia Iracema Alves (org). Núcleo de estudos Interdisciplinares sobre a Mulher FFCH/UFBA, 1997.

NERI, Marina L. **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. *PsicoUSF*, jun. 2004, v.9, nº.1.

NICÁCIO, M. F. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de instituição e cultura. São Paulo. USP **Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais**, 1994.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. **Estudos Feministas**, v. 8, n.2, , pp 9-41, 2000.

NOGUEIRA, Conceição. Feminismo e Cidadania: A tensão entre igualdade versus diferença. **Notícias da Amadora. Semanário Popular**, 2007. Disponível em: <<http://www.noticiasdaamadora.com.pt/nad/printversion.phn>>.

OLIVEIRA de Alice, G. B. & ALESSI, Neiry P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, nº1, Rio de Janeiro jan/mar, 2005.

OLIVEIRA, Francisco J. A. Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, Luiz Fernando Dias (org.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

OLIVERIA, Edmar & MARTINS Marcos J. Instituto Municipal Nise da Silveira: proposta para o fim de um manicômio. In.: **Desinstitucionalização. A experiência dos serviços Residências Terapêuticas**. RJ: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, v.12, nº 22, nov/dez, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Saúde Mental no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança**. Biblioteca da OMS, 2001.

PAIM, Heloísa.H.S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In.: **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Luiz Fernando Dias Duarte e Leal Ondina Fachel (orgs.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

PEDRO, Joana M. Traduzindo o Debate: o uso da categoria gênero na perspectiva histórica. **História**. v.24 nº1 Franca, 2005.

PEREIRA, Rosemary, C. **Lugar de louco é no hospício? Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1997.

PINSKY, Carla. B. & PEDRO, Joana. M. Mulheres: igualdade e especificidade. In: Pinsky e Pinsky. **História da cidadania**. São Paulo: Contexto. 2003.

\_\_\_\_\_. Introdução. In: Pinsky e Pinsky. **História da cidadania**. São Paulo: Contexto. 2005.

PITTA Joulez C. N. Diagnóstico e Conduta dos Estados Confusionais. Mari JJ, Razzouk D, Peres MFT, Del Porto JA (eds). In: **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/EPM - Psiquiatria**. São Paulo: Ed. Manole, 2002.

PORTO, Karime F. de. Seminário Direito à Saúde Mental: diálogos possíveis. In: **Reforma Psiquiátrica: Cuidar Sim, Excluir Não**. Conselho Nacional de Saúde (CNS) ano II nº.2 dez, 2001.

QUEIRÓS, Luísa Amélia de. *Flores Incultas*. Parnaíba, PI: s.n., 1875.

RAGO, Margareth. Ser mulher no séc. XXI ou carta de Alforria. In. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. Gustavo Venturi, Marisol Recamam e Suely de Oliveira (orgs.) São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

REIS, Fábio W. "Cidadania, mercado e sociedade civil". In: **Cidadania, mercado e utopia**. São Paulo: EDUSP, 2002.

RENÓ Joel. JR; FERNANDES, César. E; MANTESE, João. C; VALADARES, Gislene. C; FONSECA, Ângela M., DIEGOLI, Mara; BRASILIANO Silvia. & HOCHGRAF, Patrícia. Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 27 supl. II, 2005.

RIFIOITS, Theóphilos. Nos campos da violência: diferença e positividade. **Antropologia em primeira mão**. Universidade Federal de Santa Catarina: Departamento de Pós-graduação em Antropologia Social, 1997.

ROTELLI, Fernando & AMARANTE, Paulo. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: Aspectos Históricos e Metodológicos. In: Bezerra b. Junior e Paulo Amarante (orgs.) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1992.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

ROEDER, Maika. A. **A História da Psiquiatria em Santa Catarina e o Papel da Educação Física em Seu Contexto**. Monografia Especialização em Educação Especial. Fundação Catarinense de Educação Especial e Universidade Estadual de Santa Catarina, 1986.

\_\_\_\_\_. A. Sexualidade da Mulher nos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental – Um Ensaio Etnográfico Sobre “Fragmentos de Uma Sexualidade Contida”. **2005. (não publicado)**.

\_\_\_\_\_. **Atividade Sensório-motora: Uma contribuição para a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais**. Dissertação Mestrado. Centro de Desportos Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

\_\_\_\_\_. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

\_\_\_\_\_. Gênero e Saúde Mental: Uma Reflexão sobre os Cuidados Dispensados as Mulheres nos Atuais Dispositivos Assistenciais de Saúde, **2006. (não publicado)**

ROUDINESCO, Elizabeth (1944). **Por que a psicanálise?** In: Elizabeth Roudinesco, Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

ROSA, Lúcia C S. dos. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In.: ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Lúcia cristina dos Santos rosa, Ivana Carla garcia Pereira, José Augusto Bisneto; eduardo Mourão Vasconcelos (org.) São Paulo: Cortez, 2000.



SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In.: Pitta, A(org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p.13-18.

\_\_\_\_\_. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: IFB/T e Cora. 1999.

SANDRI, Gianine. **Gênero e Saúde Mental: uma análise dos sentidos conferidos ao sofrimento psíquico por usuárias e psicólogas de um serviço de saúde**. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Psicologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. 2001.

SANTAELLA, Antônio. **Anotações Pessoais sobre Hospital Colônia Santana**. 1954 (não publ).

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ e Centro de Convivência Santana - CCS **Projeto Terapêutico do Centro de Convivência Santana**. São José. 2005.

\_\_\_\_\_. Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. **Projeto Residência Terapêutica Masculina**. São José, junho, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. “A Virada do Século, Santa Catarina e a Questão de Saúde Mental”. In. **Guia de Serviços Públicos e Comunitários de Saúde Mental de Santa Catarina**, 1998.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Vigilância Sanitária. **A Rede de Saúde Mental no Estado de Santa Catarina**. 2007. (Relatório Técnico).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ e Centro de Convivência Santana - CCS . **Programa de Pensões Protegidas. Projeto Terapêutico da Unidade de Gestão Participativa**. São José, maio, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ e Centro de Convivência Santana - CCS. **Projeto Terapêutico do Residencial do Pomar: Residência Terapêutica Proporcionando Qualidade de Vida. 1990-2002**, out. 2002.

SANTOS, Boaventura S. de. **Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortêz, 1995.

SANTOS, Maria F. **A Percepção de Gestores, Trabalhadores e Usuários do Centro de Atenção Psicossocial Novo Tempo – Campinas – Sp – Sobre As Relações de Gênero na Atenção em Saúde Mental**. Monografia do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. 2003.

SANTOS, Nelson, G. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SANTOS, Clema dos; RIBEIRO, Luciane & MARCHESI, Mônica. A casa de Valter: um tipo especial de moradia assistida e suas implicações. In. **Cadernos IPUB**. Instituto de Psiquiatria UFRJ. v. 12, nº22 nov/dez, 2006.

SANTOS, Kátia de. A experiência de um Serviço Residencial Terapêutico para adolescentes autistas e psióticos. In. **Cadernos IPUB**. Instituto de Psiquiatria UFRJ. v. 12, nº22 nov/dez, 2006.

SARACENO Benedetto. **Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco basaglia / Te Cora, 1999.

\_\_\_\_\_. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARTI, Cynthia. A. **A família como espelho – um estudo sobre a moral dos pobres**. Campinas: Autores Associados, 1996.

SCATENA, Maria C. M. **Saindo do hospital psiquiátrico: análise da inserção dos pacientes nos lares abrigados**. (livre docência) Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000.

SCHMIDT, Rosana. **Gênero e “saúde mental”: mapeamento e análise de políticas públicas, programas governamentais e práticas de atendimento no Estado de Santa Catarina**. Monografia do Curso de Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

SCHWANTES, Cíntia. A voz da louca, a voz da Outra. **Revista Estudos Feministas**. Labrys agost/dez, 2005.

SCOTT, Joan. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre: v.2, nº16, jul\dez 1990.

\_\_\_\_\_. Gender: A useful category of historical analysis. *The American Historical Review*, v. 91, nº5. 1986

SERRANO, Alan, I.; PUEL, Elísia; MARTINHO, Liliam V., LEAL, João H. **Pesquisa sobre os critérios para Consecução de uma rede Integral de Saúde Mental, para o Estado de Santa Catarina**. Florianópolis: SES, 2004. Itajaí: Mestrado em Saúde/UNIVALI, 2004.

SLUSKI, Carole, E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SILVEIRA, Maria, L. da .**O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

SILVEIRA, Lia C & BRAGA, Violante A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, vol. 13 n.4 Ribeirão Preto jul/aug, 2005.

SIGOLO, Renata, P. História da Psiquiatria: Vislumbrando o Diferente: teorias psiquiátricas na formação da Colônia Santana. **Psychiatry Online Brasil**. Abril 2001, vol.6, n.º 4. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano01/wal0401.php>>.

STUART Gail, W. & LARAIA, Michele. T. {1949}. **Enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.

SUIYAMA, Renata, C. B.; ROLIN, Marli, A & COLVERO, Luciana Almeida de. Serviços terapêuticos em Saúde Mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, nº.3, 2007. p102-110.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TEIXEIRA Mário. **Hospício e poder**. Brasília, 1993.

TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In. Pitta, A. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

TORRE Eduardo. H. G & AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.6 nº1, Rio de Janeiro, 2001

TSU, Thomas. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: USP/VETOR, 1993.

TURATO, Egberto. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, 2005; v. 39, nº3, 2005.

UNICAMP. Jornal da Assessoria de Comunicação e Imprensa. Epiléticos ainda Sofrem Preconceitos. **Jornal da UNICAMP**. AGÊNCIA ANHANGÜERA, 2006.

VALLA Victor, V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de saúde Pública**, v15, nº2, 1999. [SciElo].

VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose: Antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1ª ed., 2003.

\_\_\_\_\_. **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social.** Rio de Janeiro,: Jorge Zahar, 1987.

VENTURINI, Ernesto. A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. In: Amarante, P. (org.) **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo M. “Políticas sociais no capitalismo periférico”. In: **Serviço social e sociedade.** SP: Cortez, abr. 89, 1992.

\_\_\_\_\_. **Do hospício a comunidade.** Belo Horizonte: SEGRAG, 1987.

VIDAL Cristina & GULJOR, Ana, P. Desinstitucionalizar: e aí? Os caminhos da desconstrução de um estigma. In: **Cadernos IPUB.** Instituto de Psiquiatria UFRJ. v. 12, n.º22 nov/dez, 2006.

VIEIRA, Liszt. **Os argonautas da cidadania – A sociedade civil na globalização.** Rio de Janeiro: Record, 2001.

WALLACE, C.J & LIBERMAN, R. P. Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. **Psychiatry research** 15, 1985, p. 239-47. [Medline]

WEYLER Audrey. Serviços Residenciais Terapêuticos: a experiência de Recife. In. **Cadernos IPUB.** Instituto de Psiquiatria UFRJ, v12, nº22 nov/dez, 2006.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e Diferença: Uma Introdução Teórica e Conceitual. In: SILVA, Thomas T da. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais.** Thomas Tadeu da Silva (org.). Stuart Hall, Kathryn Woodward. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

YACUBIAN, Elza M. T. **Epilepsia da antiguidade ao segundo milênio saindo das sombras.** São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

## **ANEXOS**

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA  
(RESIDENTES)



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**

**Centro de Filosofia e  
Ciências Humanas  
CFM**

Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
Campus Universitário - Trindade - CEP 88.040-970  
Florianópolis - Santa Catarina - Brasil  
Fone: +55 (48) 3721-9330

**Termo de Consentimento para Participação em Pesquisa**

**Convite à participação de uma pesquisa sobre Gênero e Saúde Mental nos Serviços  
Residenciais Terapêuticos: “Fragmentos de Vidas Contidas”**

Estamos realizando um trabalho de pesquisa objetivando analisar as intersecções entre gênero, sofrimento psíquico, cidadania e subjetividade de acordo com o ponto de vista das residentes de um Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental.

Serão feitas várias perguntas buscando contextualizar a criação e o funcionamento deste serviço.

Gostaríamos de deixar claro que asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir em participar da pesquisa sinta-se a vontade para fazê-la.

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Nome do entrevistado (a):** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Nome do entrevistador (a): Maika Arno Roeder**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/Doutorado**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)  
(de acordo com a RESOLUÇÃO 196/96 do Ministério da Saúde)

Neste momento, estou realizando uma pesquisa intitulada “Gênero e Saúde Mental nos Serviços Residenciais Terapêuticos: Fragmentos de Vidas Contidas”, coordenada por mim, Maika Arno Roeder da Silva e sob a orientação de Luzinete Simões Minella e co-orientação de *Sônia Weidner Maluf* realizada, através do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). Esta pesquisa será realizada no Residencial do Pomar localizado no município de São José – SC, no bairro Santana com as moradoras deste local. Este estudo pretende conhecer as transformações ocorridas na vida de mulheres que foram internadas em hospital psiquiátrico, receberam alta hospitalar e foram transferidas para esta moradia.

Desta forma gostaria de compreender como estas residentes percebem seus direitos, como conseguem realizar seus projetos de vida, quais as principais mudanças ocorridas em suas vidas com a ida para o Residencial do Pomar, como se sentem sendo moradoras deste local, assim como assuntos relacionados à situação familiar e afetiva (a relação familiar entre pais, irmãos, irmãs, filhos, marido ou namorado), a sexualidade, a maternidade, o trabalho, a relação com o dinheiro, hábitos de vida, atividades de lazer, questões relacionadas à sua moradia e a saúde, assuntos relacionados à maneira de viver no dia a dia, como foi a experiência de viver num hospital e como é a experiência de viver no Residencial do Pomar, como resolvem seus problemas de saúde, dentre outros assuntos que podem surgir durante o encontro entre a pesquisadora e a informante. Consideramos que, ao longo dos anos, com a saída do hospital e a transferência para o Residencial do Pomar muita mudança ocorreu, contribuindo para aumentar a autonomia para a realização das atividades diárias e melhorar a qualidade de vida das residentes, Neste sentido eu preciso conhecer um pouco mais sobre como as mulheres percebem estas mudanças e o que pode ser feito para melhorar a vida delas nestes serviços. Sabe-se que existe um número de pessoas hospitalizadas aguardando serem beneficiadas com a criação de outras

residências e para tanto é preciso saber se estas moradias estão correspondendo às necessidades e as expectativas das suas moradoras respeitando o fato de serem mulheres.

Considero que tal pesquisa não acarreta nenhum risco as informantes que dela participarem, e que as mesmas estarão me auxiliando a compreender melhor o que se passa neste serviço de saúde, para, quem sabe colaborar na melhoria do mesmo.

A pesquisa será realizada mediante entrevistas entre a pesquisadora, a professora Maika Arno Roeder da Silva e as moradoras do Residencial do Pomar e serão feitas na própria moradia individualmente ou em grupo.

As dúvidas que surgirem serão esclarecidas antes e durante a pesquisa e a pessoa que participar terá a liberdade de recusar ou retirar o consentimento, até a fase final da coleta de dados, sem qualquer problema. Para tanto é só entrar em contato com a pesquisadora Maika Arno Roeder da Silva, no telefone: (48) 99582063 - que se encarregará das devidas providências.

Gostaria de deixar claro que asseguro que o seu nome das residentes e a dos colaboradores da pesquisa não será revelado, pois todas as informações são sigilosas e serão utilizadas somente para este estudo. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Informo, também, que não haverá formas de pagamento ou de indenização para quem participar desta pesquisa.

Tendo em vista a condição de interdição para os atos da vida civil de algumas moradoras do Residencial do Pomar por se encontrarem curateladas, solicitamos o seu consentimento para que as mesmas, caso queiram participar da pesquisa, sejam autorizadas para tal finalidade.

Se você tiver alguma pergunta a fazer sinta-se a vontade para fazê-la antes do seu consentimento.

Atenciosamente,

Maika Arno Roeder

Nome do curador (a):

Local:

Assinatura:

Data:



ANEXO C - CÓPIA PLANTA BAIXA RESIDENCIAL DO POMAR

## ANEXO D - PORTARIA Nº 106/MS, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial;

a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário;

a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, 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.

Art.2º Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 3º Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe :

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.
- c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Art. 5º Estabelecer como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS.

- a) serem exclusivamente de natureza pública;
- b) a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental;
- c) estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;
- d) estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo;
- e) a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais ( ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Art. 6º Definir que são características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:

6.1 apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;

6.2 existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:

6.2.1 dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório.

6.2.2 sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;

6.2.3 dormitórios devidamente equipados com cama e armário;

6.2.4 copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.);

6.2.5 garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Art. 7º Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

a) 01 (um) profissional médico;

(Nova redação dada pela Portaria/GM nº 175 - De 7 de fevereiro de 2001).

b) 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial.

Art. 8º Determinar que cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 9º Priorizar, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública.

Art. 10º Estabelecer que para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite.

Art. 11º Determinar o encaminhamento por parte das Secretarias Estaduais e Municipais, ao Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica da Saúde Mental, a relação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cadastrados no estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados, acompanhado das FCA- Fichas de Cadastro Ambulatorial e a atualização da FCH- Ficha de Cadastro Hospitalar com a redução do número de leitos psiquiátricos, conforme Artigo 2º desta portaria.

Art.12º Definir que as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art.13º Determinar que as Secretarias de Assistência à Saúde e a Secretaria Executiva, no prazo de 30 (trinta) dias, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 14º Definir que cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, Organizações Não Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Art. 15º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO E – PORTARIA/GM Nº. 1220/2000 E PORTARIA SAS Nº 748, DE 10 DE OUTUBRO DE 2006

**Portaria/GM nº 1.220 , DE 7 de novembro de 2000**

Cria o grupo de procedimentos na tabela SIA/SUS para o acompanhamento de Pacientes em Residências Terapêuticas.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a necessidade de implementar os programas terapêuticos na modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar, conforme o disposto na Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000;

Considerando as orientações técnicas definidas na Organização Mundial de Saúde para o cuidado extra-hospitalar dos pacientes institucionais;

Considerando a existência de pacientes em internação hospitalar, para os quais o cuidado psicossocial extra-hospitalar é o tratamento mais adequado;e

Considerando a necessidade de acompanhar e controlar a assistência prestada aos pacientes nas residências terapêuticas,

**RESOLVE:**

Art. 1º Criar nas Tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS, o serviço e a classificação abaixo discriminados: TABELA DE SERVIÇOS Código Descrição 50 Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental. TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇOS Código Descrição 128 Unidade com serviço próprio destinado a atendimento diário em residência terapêutica a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos com a finalidade de reabilitação psicossocial.

Art. 2º Incluir na Tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47 - Cuidador em saúde.

Art. 3º As residências terapêuticas em saúde mental deverão estar vinculadas a unidades com o serviço criado no Artigo 1º desta Portaria e ter a supervisão do Coordenador Estadual de Saúde Mental ao qual caberá verificar o cumprimento das normas estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.

Art. 4º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS o Grupo e Subgrupo de procedimentos conforme discriminação abaixo: Grupo 38.000.00-8 - acompanhamento de pacientes. Subgrupo 38.040.00-0 - Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos.

Art. 5º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS o seguinte procedimento: 38.000.00-8 - Acompanhamento de Pacientes 38.040.00-0 - Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos. 38.041.00-6 - Residência Terapêutica em Saúde Mental 38.041.01-4 - acompanhamento de paciente em residência terapêutica em saúde mental - até 31 acompanhamentos/paciente/mês. Conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: auto-cuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social. Nível de Hierarquia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Serviço/Classificação 50/128 Atividade Profissional 01, 02, 39, 47, 57, 59, 62, 77, 90, 91 Tipo de Prestador 01, 03, 04, 05, 07, 11, 13, 14, 15, 17 Tipo de Atendimento 00 Grupo de Atendimento 00 Faixa Etária 00 CID 10 F00, F01, F03, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F26, F27, F28, F29, F31, F32, F44, F60.0, F60.1, F60.3, F71, F72 Motivo de Cobrança 6.3, 6.8, 6.9, 7.1, 8.1, 8.2, 9.2 Valor do Procedimento R\$ 23,00.

Parágrafo único. O procedimento descrito neste Artigo deverá ser realizado em conjunto com a equipe profissional dos Serviços Residenciais Terapêuticos e com os cuidadores em saúde mental das residências terapêuticas.

Art. 6º Incluir no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC/SIA o procedimento definido no Artigo 5º desta Portaria.

Art. 7º Regulamentar a utilização de instrumentos e formulários para operacionalização do procedimento incluído por esta Portaria. - Laudo TÉCNICO para emissão de apac - documento que justifica perante ao órgão autorizador a solicitação do procedimento, devendo ser corretamente preenchido pelo profissional de saúde que acompanha o paciente. O Laudo será preenchido em duas vias, sendo a 1ª via anexada ao prontuário do paciente juntamente com a APAC I - Formulário e a 2ª via, arquivada no órgão autorizador (ANEXO I). - APAC I - formulário - documento destinado a autorizar a realização dos Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo, devendo ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A 1ª via deverá ser anexada ao prontuário do paciente; 2ª via deverá ser arquivada órgão no autorizador (ANEXO II). - APAC II - meio magnético - instrumento destinado ao registro de informações e cobrança dos Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

§ 1º A confecção e distribuição da APAC I - Formulário é de responsabilidade do Gestor Estadual em conformidade com Portaria SAS/MS nº 492, de 26 de agosto de 1999.

§ 2º Os autorizadores deverão ser profissionais médicos não vinculados à rede do Sistema Único de Saúde - SUS como prestadores de serviços.

Art. 8º Estabelecer que permanece a utilização do uso do Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identificação do Contribuinte - CPF/CIC para identificar o paciente que necessite realizar o procedimento de Acompanhamento em Residência Terapêutica em Saúde Mental. Não é obrigatório o seu registro para os pacientes que até a data de início do acompanhamento não possuam esta documentação, pois os mesmos serão identificados nominalmente.

Art. 9º Determinar que a validade da APAC I - Formulário, emitida para realização do procedimento descrito no Artigo 5º desta Portaria, será de até 03 (três) competências. Parágrafo único. A cobrança deste procedimento é efetuada mensalmente por meio da APAC II - Meio Magnético na seguinte forma: APAC II - Meio Magnético - Inicial - corresponde ao primeiro mês de tratamento abrangendo o período da data de início de validade autorizada na APAC I - Formulário até o último dia do mesmo mês. APAC II - Meio Magnético - continuidade - corresponde ao 2º e 3º mês subsequentes à APAC II - Meio Magnético inicial.

Art. 10 Estabelecer que a APAC - II Meio Magnético poderá ser encerrada registrando-se no campo Motivo de Cobrança os códigos abaixo discriminados. 6.3 - Alta por abandono de tratamento 6.8 - Alta por outras intercorrências 6.9 - Alta por conclusão do tratamento 7.1 - Permanece na mesma unidade com mesmo procedimento 8.1 - Transferência para outra Unidade Prestadora de Serviços 8.2 - Transferência para internação por intercorrência 9.2 - Óbito não relacionado à doença.

Art. 11 Definir que, para registro de informações, serão utilizadas as Tabelas: Tabela de Nacionalidade - Anexo III; Tabela de Motivo de Cobrança - Anexo IV.

Art. 12 Estabelecer que as Unidades Prestadoras de Serviços deverão manter arquivados: a APAC I - Formulário autorizada, Relatório Demonstrativo de APAC II - Meio Magnético para fins de consulta da auditoria.

Art. 13 Definir que o Departamento de Informática do SUS - DATASUS/MS disponibilizará em seu BBS na área 38SIA o programa da APAC II - Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores.

Art. 14 Esta Portaria entra em vigor a partir da competência dezembro de 2000.

JOSÉ SERRA



**PORTARIA SAS Nº 748, DE 10 DE OUTUBRO DE 2006**

**(ALTERA A PT/GM 1220/2000)**

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,  
Considerando a implantação de residências terapêuticas vinculadas aos estabelecimentos de atenção a Saúde Mental,

Considerando a necessidade de se identificar e quantificar as residências terapêuticas implantadas no país, buscando conhecer a sua localização e a sua capacidade operacional;

Considerando a portaria 511/SAS, de 29 de dezembro de 2000, que estabelece o cadastramento dos estabelecimentos de saúde no país, vinculados ou não ao SUS; e,

Considerando a Portaria Nº. 106/GM, de 11 de fevereiro de 2000 que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, como integrante da rede de atenção aos portadores de transtornos mentais, resolve:

Art.1º - Excluir o Serviço Especializado 050-Residencial Terapêutico em Saúde Mental e sua classificação 128-Assistência Domiciliar a Pacientes de Hospitais Psiquiátricos.

Art.2º - Incluir no serviço 014 - Atenção Psicossocial, a classificação Residencial Terapêutica em Saúde Mental e redefinir as respectivas classificações, a seguir descritas:

§ 1º - A compatibilidade do serviço 014 e suas respectivas classificações com a classificação brasileira de ocupações - CBO está descrita no anexo III desta Portaria.

§ 2º- Caberá ao DATASUS providenciar a transferência automática da informação existente de Serviço /Classificação 050/128 para o Serviço Especializado/Classificação 014/006, nos estabelecimentos de saúde que dispõem do referido serviço/classificação atualmente cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde -SCNES.

Art. 3º - Instituir a Ficha Complementar de Residência Terapêutica no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, com o preenchimento desta no estabelecimento de Saúde que possui o Serviço Especializado 014 - Atenção Psicossocial com a Classificação 007 - Residencial Terapêutica em Saúde Mental, a partir da competência Outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexos I e II desta Portaria.

Parágrafo único - Caberá às SES/SMS e ao Distrito Federal efetivarem a adequação dos cadastros dos estabelecimentos de saúde que se enquadrem no disposto deste artigo, no período de outubro de 2006 a fevereiro de 2007. Após este período os cadastros que não forem adequados

ficarão com “status” de inconsistentes/pendentes na base de dados do SCNES local e nacional. Art. 4º - Caberá ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS, adotar as medidas necessárias para adequações no Sistema SCNES ao que dispõe esta Portaria.

Art. 5º - Revogar o Artigo 2º da portaria GM/MS nº 1220, de 07 de novembro de 2000 e Artigo 11 da Portaria nº. 106, de 11 de fevereiro de 2000.

Art. 6º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ GOMES TEMPORÃO**

**ANEXO F - Orientação de preenchimento da ficha complementar da residência terapêutica**

Conceitos:

Entendem-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, 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.

O cadastro da residência terapêutica nos estabelecimentos somente será permitido se a mesma se enquadra no conceito acima descrito e o estabelecimento possui o serviço especializado 014 - Atenção Psicossocial e classificação 007-Residência Terapêutica em Saúde Mental.

Não é permitido o cadastro da residência terapêutica como estabelecimento de saúde. Para identificação das residências terapêuticas deverão ser observados os critérios abaixo estabelecidos:

#### 1 - DADOS OPERACIONAIS:

Informar se o comando é de INCLUSÃO, ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO.

CAMPO COM PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

#### 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Deverá ser informado o CNES e nome fantasia do estabelecimento ao qual a residência terapêutica esta vinculada.

CAMPO COM PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

#### 3 - IDENTIFICAÇÃO DA RESIDENCIA TERAPEUTICA

Deverá ser informado o nome de referencia. As residências deverão ser identificadas por um nome de referencia, ficando a critério do gestor, a escolha do mesmo, podendo o nome ser alfanumérico.

CAMPO COM PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Obs.O cadastro das residências só poderá ser realizado no cadastro do estabelecimento que tiver previamente cadastrado o serviço/classificação (014/007); caso haja mais de uma residência vinculada ao mesmo estabelecimento, o SCNES fará automaticamente a numeração seqüencial no formato SSSCNES.

Onde:

SSS: Número Seqüencial

CNES - Código do CNES do estabelecimento

#### 4 - LOCALIZAÇÃO

Deverá ser informado o endereço completo da residência terapêutica.

TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

#### 5 - CARACTERIZAÇÃO DA RESIDENCIA

##### 5.1 - Quantidade de Moradores

Deverá ser informada a quantidade de moradores da residência, por sexo.

CAMPO COM PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

##### 5.2 - Data de Ativação

Deverá ser informada a data no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa) da implantação da residência terapêutica e a data não pode ser superior à data atual.

CAMPO COM PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

##### 5.3 - Data de Desativação

Deverá ser informada a data no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa) da desativação da residência terapêutica e a data não pode ser superior à data atual.

5.4                    -                    N                    °                    de                    Cuidadores.

Deverá ser informada a quantidade de profissionais com a ocupação de Cuidador de Saúde, CBO 199.99, que estão lotados na residência. Poderão ser informados outros profissionais lotados na residência quando houver CBO compatível com a ocupação dos mesmos.

## **6 - IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

### **6.1 - Responsável Técnico**

Deverá ser identificado o profissional lotado no estabelecimento de saúde ao qual a residência esta vinculada, indicado como responsável técnico pela mesma. Na ficha deverão ser preenchidos os campos de CBO, NOME, CPF e CNS com base no cadastro existente do profissional. No SCNES essas informações serão importadas do cadastro do profissional, através da opção de Pesquisa de Profissional existente.

### **6.2 - Cuidador de Saúde**

Deverá ser informada a descrição dos profissionais com a ocupação de Cuidador de Saúde, que estão lotados na residência, através da vinculação das informações existentes no cadastro de profissionais.

Deverão ser trazidas as informações referentes a CBO, NOME, CPF e CNS

OBS: Esses profissionais estão atualmente cadastrados com o CBO 199.99

## **CAMPO COM PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

### **7 - RESPONSÁVEL PELO CADASTRO**

O cadastro das residências terapêuticas deverá ser realizado pelo gestor municipal/estadual ou pelo próprio estabelecimento se assim for delegado pelo gestor

**ANEXO DA PT 748 SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO SCNES REFERENTE A  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**TABELA DE SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO SCNES REFERENTE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

CÓD. SERV.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS. SERVIÇO	DESCRIÇÃO CLASSIFICAÇÃO	QTE. GRUPOS DE CBO	CBO
014	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	001	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I CAPS I	1	07110- ENFERMEIRO EM GERAL
07310- ASSISTENTE SOCIAL, EM GERAL.					
06105-MÉDICOS, EM GERAL (CLÍNICO GERAL ou 06162- MÉDICO PSIQUIATRA					
07630- TERAPEUTA OCUPACIONAL ou 0 4945 - PEDAGOGO					
07410- PSICÓLOGO, EM GERAL					
57210 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM OU 7210- TECNICO DE ENFERMAGEM, EM GERAL					
002	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS II		1		07110- ENFERMEIRO EM GERAL
07310- ASSISTENTE SOCIAL, EM GERAL					
6162- MÉDICO PSIQUIATRA					
07630- TERAPEUTA OCUPACIONAL ou 4945 - PEDAGOGO					
07410- PSICÓLOGO, EM GERAL.					
(57210 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM OU 7210- TECNICO DE ENFERMAGEM, EM GERAL ).					
003	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS III		1		07110-ENFERMEIRO EM GERAL
07310- ASSISTENTE SOCIAL, EM GERAL					
06162- MÉDICO PSIQUIATRA					
07630- TERAPEUTA OCUPACIONAL ou 04945 - PEDAGOGO					
07410- PSICÓLOGO, EM GERAL					

(57210 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM OU 07210- TECNICO DE ENFERMAGEM, EM GERAL ).			
004	CENTRO DE ATENÇÃO PSIC. À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA CAPSI	1	07110-ENFERMEIRO EM GERAL
07310- ASSISTENTE SOCIAL, EM GERAL.			
06105-MÉDICOS, EM GERAL (CLÍNICO GERAL) OU 06155-MÉDICO PEDIATRA OU 06162- MÉDICO PSIQUIATRA OU 6142-MÉDICO NEUROLOGISTA			
07630- TERAPEUTA OCUPACIONAL OU 04945 - PEDAGOGO			
07410- PSICÓLOGO, EM GERAL.			
57210 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM OU 7210- TECNICO DE ENFERMAGEM, EM GERAL			
005	CAPS AD (ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS)	1	07110-ENFERMEIRO EM GERAL
07310- ASSISTENTE SOCIAL, EM GERAL.			
06105-MÉDICOS, EM GERAL (CLÍNICO GERAL ou 6162- MÉDICO PSIQUIATRA			
07630- TERAPEUTA OCUPACIONAL ou 4945 - PEDAGOGO			
07410- PSICÓLOGO, EM GERAL.			
57210 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM OU 07210- TECNICO DE ENFERMAGEM, EM GERAL			
006	SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA A ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE	1	06162 -MÉDICO PSIQUIATRA; 06165- MÉDICOS, EM GERAL (CLÍNICO GERAL);06164- MÉDICO P L A N T O N I S T A ( 1 )
			07110- ENFERMEIRO EM GERAL
			07410- PSICÓLOGO EM GERAL

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (SHR-AD)	57210- AUXILIAR DE ENFERMAGEM OU 07210 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM		
	2	06162 -MÉDICO PSIQUIATRA; 06165-MÉDICOS, EM GERAL (CLÍNICO GERAL);06164- MÉDICO P L A N T O N I S T A ( 1 )	
		07110- ENFERMEIRO EM GERAL	
		07410- PSICÓLOGO EM GERAL	
	57210- AUXILIAR DE ENFERMAGEM OU 07210 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM		
007	RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA EM SAÚDE MENTAL	1	19999 - OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL TÉCNICO E MÉDIO

Obs: (1) O Médico plantonista pertencente ao quadro geral do hospital.

ANEXO F - PORTARIA Nº 246/GM EM 17 DE FEVEREIRO DE 2005.

**Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando as Portarias nº 106/GM, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos, e nº 1.220/GM, de 7 de novembro de 2000, que regulamenta seu funcionamento;

Considerando a necessidade de acelerar a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental em todas as unidades da Federação; e

Considerando a importância que os Serviços Residenciais Terapêuticos apresentam para o processo de reformulação do modelo assistencial em saúde mental, a implementação e o fortalecimento do Programa De Volta para Casa e a consolidação do Programa de Reorientação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS,

**R E S O L V E:**

Art. 1º Destinar para o Distrito Federal, os estados e os municípios, incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, observadas as diretrizes da Portaria nº 106/GM, de 11 de fevereiro de 2000.

Art. 2º Estabelecer, como exigência para que o repasse do incentivo financeiro seja efetivado, que o gestor responsável pelo Serviço Residencial Terapêutico encaminhe ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPE, Área Técnica de Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, e para a Secretaria de Saúde Estadual correspondente, se for o caso, os seguintes documentos:

I - ofício assinado pelo gestor informando a situação (em funcionamento ou em fase de implantação/adequação) dos Serviços Residenciais Terapêuticos;

II - ofício do gestor solicitando o incentivo financeiro, informando o número de residências que pretende implantar/adequar, com as informações constantes da Planilha, cujo modelo consta do Anexo desta Portaria, devidamente preenchida;

III - termo de compromisso do gestor local assegurando o início do funcionamento do Serviço Residencial Terapêutico em até 3 (três) meses após o recebimento do incentivo,

IV - projeto terapêutico do serviço residencial;

V - identificação do serviço de saúde mental e/ou equipe de saúde mental responsável pelo suporte terapêutico aos moradores do Serviço Residencial Terapêutico; e

VI - proposta técnica de aplicação dos recursos.

§ 1º Os incentivos serão transferidos em parcela única, aos respectivos fundos, dos Estados, dos Municípios, e do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para cada módulo com oito vagas, podendo a residência ter de um até oito moradores.

§ 2º Os incentivos repassados deverão ser aplicados na melhoria e/ou implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, conforme estabelecido no inciso VI do artigo 2º.

Art. 3º Estabelecer que o Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a devolução dos recursos recebidos, caso haja o descumprimento do prazo de implantação efetiva do Serviço Residencial Terapêutico, definido nesta Portaria.

Art. 4º Estabelecer que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o seguinte programa de trabalho:

10.302.1312.8529 - Serviços Extra-Hospitalares de Atenção aos Portadores de Transtornos Mentais e Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, cessando os efeitos da Portaria nº 2.068, de 24 de setembro de 2004, publicada no DOU nº 186, de 27 de setembro de 2004, Seção 1, pág. 31.

HUMBERTO COSTA





# ANEXO G – INSTITUI O AUXÍLIO-REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA PACIENTES ACOMETIDOS DE TRANSTORNOS MENTAIS EGRESSOS DE INTERNAÇÕES



Senado Federal  
Subsecretaria de Informações

**LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.**

***Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.***

## **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

**Art. 2º** O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

**Art. 3º** São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de

saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

**Art. 4º** O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

**Art. 5º** O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

**Art. 6º** Os recursos para implantação do auxílio-reabilitação psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica "incentivo-bônus", ação 0591 do Programa Saúde Mental no 0018.

§ 1º A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2º O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume de recursos mínimos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

**Art. 7º** O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

**Art. 8º** O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

**Art. 9º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de julho de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

Humberto Sérgio Costa Lima

Ricardo José Ribeiro Berzoini

# 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](#)