

CAPÍTULO I

1.1 Introdução

A saúde mental esteve presente em meus interesses de pesquisa e atuação profissional, desde os tempos de graduação em Psicologia. Nesta época, encantei-me pelo o universo das psicopatologias e as diversas formas de atuação e intervenção junto às pessoas em sofrimento psíquico e, norteadas pelas práticas dos estágios supervisionados na rede de atenção em saúde mental e pelas reflexões teóricas da área, a saúde mental tornou-se meu campo de escolha profissional. Além do fascínio pela “loucura”, entrar em o contato com o cotidiano de pessoas com sofrimento psíquico, abrir possibilidades de acolhimento a essa diferença para além dos diagnósticos, trabalhar para a inclusão social dessas pessoas, foram desafios que me instigaram e trouxeram a saúde mental para meu campo de atuação. Além disso, as possibilidades de trabalhar em equipe interdisciplinar, de transitar em diversos saberes e conquistar espaços da psicologia, reforçaram esta escolha.

Comecei a trabalhar em um hospital psiquiátrico estadual a partir de 2010. Este hospital foi um grande manicômio do estado, situado em cidade próxima à capital, local em que, na época em que foi construído, década de 1950, era pouco habitado e estava fora do perímetro urbano. Construir os hospitais psiquiátricos longe da cidade obedecia a uma lógica manicomial e tinha como propósito a segregação urbanística entre os civilizados e os que não se enquadravam ao modelo de cidade (Perini, 2013), prática consoante com a sensibilidade social do banimento da loucura na sociedade (Foucault, 1997). Entre as formas de internação, estavam encaminhamentos policiais, higienização do espaço urbano com banimento dos pobres e moradores de rua das vistas da população (Foucault, 1997 [1961], p.

80). No surgimento dos manicômios, somente dez por cento eram internados por insanidade, havendo a invenção social da alienação através do isolamento dos excluídos em ambiente estranho, não familiar, sujeitos às práticas alienantes (Silveira & Simanke, 2009).

Depois de muitos anos de funcionamento neste modelo claramente manicomial, em 1995, a configuração deste hospital se modifica, consoante com a chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada em meados dos anos 1980. Esta Reforma trouxe como conquistas a reorganização do aparato da assistência psiquiátrica no Brasil, respaldada pela criação da Lei 10.216 (Brasil, 2001), resultando em proibições da internação compulsória e da construção de novos hospitais psiquiátricos de longa internação, além da extinção progressiva dos já existentes que passam a serem substituídos por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais e serviços residenciais terapêuticos (SRT). As modificações neste hospital foram realizadas com a separação das enfermarias por gênero, femininas e masculinas, e por tempo de internação, criando-se a Unidade de Curta Permanência (UCP) destinada aos pacientes em crise, com internação média de 45 dias, além das enfermarias de Ressocialização, destinadas ao preparo dos pacientes moradores do hospital, os chamados crônicos, para a reinserção social. Fora do hospital, mas ainda em suas dependências, foi criado um CAPS, onde os pacientes que estavam sendo transferidos e/ou reinseridos nas famílias e nas residências terapêuticas (RTs), também recém-inauguradas, mantinham-se em atendimento.

Mais tarde, em outubro de 2004, em decorrência do encaminhamento da grande maioria dos moradores das enfermarias de ressocialização às RTs, o referido hospital tornou-se um Hospital de Atenção Clínica (HEAC), com 103 leitos de

atendimento a casos de complexidade com longo período de internação (Moreira, 2008). Atualmente funciona como retaguarda a outro hospital de grande porte, resultado da ideia de transformar o hospital psiquiátrico e se aproximar das diretrizes de assistência em saúde mental, que preconiza a internação psiquiátrica de curta permanência em hospital geral. Nesta reestruturação, houve separação das enfermarias em duas grandes alas em um mesmo hospital: a chamada “ala da psiquiatria” e a ala “dos leitos clínicos”, esta últimas com entrada exclusiva e distante da principal entrada do hospital.

A minha contratação como psicóloga dá-se nesta época e a minha primeira constatação é que a separação de ambas as alas do hospital era realizada de forma estanque, incitando-me questionamentos e inquietações sobre as motivações institucionais que levavam a esta separação. Junto a isso, percebia a recusa da equipe dos leitos clínicos em receber pacientes psiquiátricos, que eram transferidos para o setor de psiquiatria, mesmo que sua comorbidade fosse clínica.

Seria mais uma vez reiterada a exclusão da loucura e, apesar do discurso da reforma e da superação do hospital psiquiátrico, a mesma lógica de exclusão e separação similar ao ocorrido no século XVIII, acontece: o número de loucos nos asilos diminui, mas não pela ressignificação da loucura na sociedade, mas, pela criação de casas destinadas a receber exclusivamente os insensatos (Vieira, 2007). Dessa forma, não houve uma ressignificação da loucura no hospital, mas uma especificação de leitos psiquiátricos que, mesmo contando com a proposta de hospital clínico, continuava a segregar os loucos. Segundo Foucault (1997), essa segregação pode ocorrer por meio de internação aleatória e subjugada, mas também pelo processo de tipificação das condutas dos loucos, surgindo então, outras figuras derivadas da loucura, como o louco curável, o louco internável,

perdoável ou criminoso. No caso deste hospital, a diferenciação feita do sujeito pela sua condição clínica e/ou mental, pelo seu diagnóstico, parece afirmar que o louco não adoece, ou que os pacientes “não psiquiátricos” não podem permanecer na mesma enfermaria que os loucos.

Mesmo com funcionamento previsto nas políticas de desinstitucionalização, encontrei neste hospital, mais especificamente no setor em que trabalhava, na UCP, a lógica manicomial de forma explícita: os pacientes não possuíam direito de escolha e, além de permanecerem nas enfermarias (ainda gradeadas) durante a maior parte do dia, eram obrigados a obedecer a regras e normas que serviam à ordem e à organização da enfermaria e o controle das pessoas. Assim, a pessoa internada, além de sofrer estranhamento decorrente da própria crise psiquiátrica que, na maioria causa intenso sofrimento e a já esperada ruptura de seu cotidiano provocada pela internação, era obrigada a executar uma rotina diária de vida, estranha a ela.

Entre os profissionais encontrava-se a reprodução de ideologias de periculosidade dos pacientes, principalmente quando o espaço de circulação deles era delimitado para dentro das enfermarias, não sendo permitida sua aproximação das demais equipes e locais do hospital, por serem considerados “agressivos” e “perigosos” pelos próprios funcionários. As práticas dos profissionais eram marcadas pela normatização, pelo controle e pela medicalização mesmo que seus discursos fossem norteados pelos preceitos da reforma psiquiátrica. Segundo Sales e Dimenstein (2009), o desejo dos profissionais em dominar, subjugar, oprimir e controlar a vida, é vertente de uma cultura manicomial, de nossos manicômios mentais.

Nesta perspectiva, ainda que de modo implícito, as ações dos profissionais

centravam-se na cura dos sintomas e na normatização do comportamento e os pacientes eram classificados de acordo com o seu diagnóstico e seu grau de agressividade na enfermaria. Buscavam mantê-los “estabilizados”, com regulação dos sintomas e com o comportamento mais próximo possível de uma suposta normalidade, desconsiderando a gama de possibilidades no processo da vida dessas pessoas, e acontecendo o que Canguilhem (2009) aponta como um parâmetro idealizado de saúde e doença.

Saraceno (1999) aponta que, para que haja a desinstitucionalização, é preciso que os trabalhadores de saúde mental saiam da ideia de "cura" e entrem na ideia de "cuidados", passem da ideologia do "reparo" para a ideologia de "direitos". Nesse sentido, é necessária a desconstrução de saberes e certezas e, para isso, é necessário um trabalhador, que não mais vise a cura, a normalidade, mas que possa afirmar a alteridade apresentada pela loucura que não mais trabalhe com "loucos de todo gênero", mas com cidadãos.

No entanto, neste hospital, algumas pessoas permaneciam internadas por não apresentarem melhora sintomática do quadro, os ditos "crônicos", ou pelo abandono dos familiares, principalmente quando eram de classe socioeconômica baixa, os “casos sociais”. É importante ressaltar que, em alguns casos, as próprias pessoas com sofrimento psíquico e suas famílias podem desejar a internação. Contudo, muitas vezes, o desejo de internação por parte dos familiares se configura como um pedido de cuidado e amparo, para eles mesmos e para o familiar com sofrimento psíquico. Teoricamente, dentro do hospital, a pessoa com sofrimento psíquico estaria protegida das ameaças e dificuldades que a sociedade apresenta, e a família, dos sofrimentos enfrentados com ele dentro do convívio familiar, conforme aponta Kinker (2012). Porém, o autor afirma que, em via contrária a essas

demandas, encontram como resposta o abandono que se reproduz no interior do manicômio, que traz uma baixa ou nula expectativa de melhora dos pacientes, ou de inseri-los novamente nas suas comunidades.

Além dos casos descritos, existiam as pessoas que permaneciam internadas por ação judicial. Familiares solicitavam a todo o momento que essas pessoas fossem mantidas internadas, mesmo em condições de alta. Quando esta demanda não era atendida pelo hospital, muitos familiares recorriam à justiça em busca de internações compulsórias. Essas ordens judiciais constituíam-se em ordens expressas para internação, independentemente da avaliação psiquiátrica da necessidade de internação ou da adequação da instituição para oferecer tratamento necessário. Constantinidis (2011) aponta que as ordens judiciais recorriam aos estigmas da pessoa com sofrimento psíquico, de periculosidade e de incapacidade, somado aos encargos familiares, para justificar a necessidade de internação. O direito do usuário em não ser internado compulsoriamente, garantido pela Lei nº 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica, é anulado pelo direito da família em não assumir o cuidado de seu ente com sofrimento psíquico, quando sem condições para isso.

Assim, os pacientes que estavam internados há muito tempo, passaram a ser inseridos no programa de ressocialização do setor. Seguindo as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica e da Portaria nº 251/GM do Ministério da Saúde, de 31 de janeiro de 2002 que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência e a inserção domiciliar dos pacientes de longa internação, os objetivos principais deste setor seriam a autonomia e reinserção dos internos em atividades cotidianas, utilizando para isso, o treinamento de atividades de vida diária e de vida prática, como: atividades de cuidado com a casa, higienização, autocuidado, etc.

Consoantes com a legislação que determinava a diminuição gradativa de leitos em hospitais psiquiátricos, no setor de ressocialização foram empreendidos esforços no sentido da reintegração dos pacientes moradores em seu território de origem, buscando a restauração de vínculos afetivos com a família, além de redirecionamento do tratamento hospitalar para serviços substitutivos. Dessa forma, quase dez anos antes da implantação efetiva do Serviço Residencial Terapêutico, a equipe do hospital já trabalhava com licenças terapêuticas, ou seja, moradores com vínculo familiar tinham autorização para sair do hospital aos finais de semana, além do trabalho de acompanhamento terapêutico (AT) realizados por alunos estagiários de curso de psicologia.

Anos mais tarde, em 2004, foram instituídas as residências terapêuticas no estado, a partir da Portaria/GM nº 106 -11/02/2000, que define as diretrizes deste serviço. Essas residências se configuram como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar das pessoas com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (Brasil, 2000). O SRT deve acolher no mínimo quatro e no máximo oito moradores. Cada módulo residencial deve estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que fornece o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais.

As primeiras residências no estado, uma feminina e outra masculina, são localizadas no mesmo município e próximas do referido hospital psiquiátrico, de onde os primeiros 16 moradores eram provenientes. Logo depois, foram inauguradas mais três residências, coordenadas pelo hospital e ainda vinculadas a

ele. Em 2012, foram abertas as outras dez RTs que estão localizadas na região (seis em dois municípios, sendo três em cada, e dois em outro município), totalizando 15 residências terapêuticas.

O SRT, além de moradia, conforme a portaria de 2000, citada anteriormente, aparece como modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica e como unidade de suporte, indicando-o como um serviço de saúde, não caracterizando as residências somente como “lar”. Em legislação posterior (Brasil, 2011a, s/p), o caráter fundamental do SRT aparece como um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

Dessa forma, a ambiguidade da descrição, apresentada entre a legislação de 2000 e 2011, da formação e do funcionamento das residências terapêuticas, faz emergir questionamentos sobre a sua condição como moradia e sua relação com a apropriação pelos moradores. Martins, Peres, Souza e Almeida Filho (2012) apontam que a residência terapêutica configura-se como um importante dispositivo substitutivo à internação psiquiátrica, denominada como moradia pelas políticas que definem seu funcionamento, ainda que possuam diferenças das moradias comuns, a finalidade é que possam se assemelhar às demais, ou seja, um lar. Os estudos sobre o serviço residencial terapêutico apontam para o que seria o ideal para o bom funcionamento, desde a necessidade de articulação com a rede, inserção social, valorização da subjetividade dos moradores, até as intervenções das equipes de saúde (Martins, Moraes, Santos, Peres & Almeida Filho, 2012; Oliveira, 2013; Silva & Azevedo, 2011; Silveira & Santos, 2011).

No entanto, corre-se o risco da idealização deste serviço que, na junção de

dispositivo substitutivo, unidade de suporte e lar, pode parecer como panaceia da desinstitucionalização. Neste sentido, é importante considerar que a RT não é considerada como um serviço ideal, justamente pelo ideal ser inatingível em termos práticos, porém, de acordo com os estudos de Matos e Moreira (2013), a busca por esse modelo deve estar presente para que a mudança seja uma constante. De acordo com as autoras, não se pode afirmar que a RT seja uma forma ideal de prestar assistência aos loucos, mas que este é o caminho, o da desinstitucionalização, de retorno para a sociedade e das relações sociais. Apontam ainda a necessidade de se avaliar e acompanhar sempre o serviço para que não se corra o risco de prolongar o manejo tutelar dentro das residências, fazendo com que o serviço não se restrinja a uma política insubsistente. Entretanto, é possível observar nos recentes estudos, a afirmação da RT como um avanço ao modelo tutelar, sendo um serviço que possibilita o cuidado no manejo social, troca entre pares, ampliando relações (Castilho, 2013; Matos & Moreira, 2013).

Sztajnberg e Cavalcanti (2014) ressaltam que a RT funcionaria como uma transição, uma passagem de um cuidado absoluto para seguir em direção para a vivência, ainda que limitada. Cria-se uma direção ao pensar a RT como um local de passagem, apontando para outras possibilidades que não apenas a RT, e dessa forma, oferta-se ao morador, um ambiente facilitador para que ele crie seu próprio modo de viver. Considerando a ideia da inserção em uma RT ser um processo transitório e não o objetivo final, Matos e Moreira (2013) apontam a necessidade de repensar o percurso da reabilitação psicossocial no sentido de que a aproximação do morador de sua família e a retomada de laços familiares se torne essencial neste processo.

Peres, Oliveira, Stipp e Almeida Filho (2013), apontam que a transferência dos

sujeitos às RTs exige destes, condições psíquicas para o estabelecimento de novos vínculos para a reinserção social, pois se deparam com um ambiente diferente do que conheciam antes da internação, além de que a sociedade possui dificuldade de aceitar a transformação social. Neste sentido, estudo de Ribeiro Neto e Avellar (2016) aponta rejeição social em relação às RTs. Segundo os autores, existem aspectos favoráveis que vão ao encontro da reintegração social dos ex-internos dos hospitais psiquiátricos, no entanto é um desafio das políticas de desinstitucionalização que ainda encontram pouca adesão social.

Além disso, a fragilidade do cuidado em saúde mental na rede, também aparece como um ponto crucial para o funcionamento das RTs na comunidade, como destacam Argiles, Kantorski, Wellrich, Antonacci e Coimbra (2013). No entanto, Sprioli e Costa (2011) ressaltam a importância de se pensar o cuidado em saúde mental desde o interior das residências, as dificuldades encontradas pelos profissionais, a falta de capacitação, incentivo e orientações para lidar com os moradores e as dinâmicas de trabalho existentes dentro da RT.

Assim como afirmam Silveira e Santos (2011), são raros os estudos publicados que avaliem o alcance e as possibilidades do SRT, tanto com relação aos cuidados e quanto aos desafios enfrentados na manutenção do serviço. As dificuldades de recursos humanos e as relacionadas à abertura das RTs nas comunidades, a estrutura física das casas, como por exemplo, são indicadas por Silva e Azevedo (2011) como pontos que precisam ser trabalhados e repensados, porém, não apontam para as limitações do serviço. Esses estudos se fazem necessários na medida em que se pretende contribuir para a discussão sobre a desinstitucionalização, sua prática e desafios de um processo bem planejado.

Para Argiles, Kantorski, Wellrich, Antonacci e Coimbra (2013), o SRT enfrenta

o questionamento de como pensar a clínica da moradia, sob o olhar das novas práticas de saúde mental e de cuidado produzidos pela desinstitucionalização e os demais dispositivos de tratamento tradicionais. No entanto, enfrentam-se dificuldades inerentes de um processo novo, singular e inovador, que prossegue construindo novas ideias e respostas para os desafios encontrados diariamente no serviço.

No entanto, a residência como moradia, como lar, tem sido pouco explorada nos estudos nacionais sobre o SRT. Saraceno (1996) aponta que a moradia, forma, junto com a rede social e o trabalho, a tríade fundamental no processo de reabilitação e inserção social. A noção de moradia, para o autor, inclui não só a estrutura física, mas também as diferentes maneiras de apropriação do espaço ou os modos de habitá-lo. Nesta perspectiva, as três vértices que centralizam a reabilitação social são a casa, o trabalho e o lazer. A família pode ser um quarto vértice para aqueles usuários que ainda têm algum vínculo familiar, o que não é o caso da maioria dos moradores de residências terapêuticas.

Na minha experiência profissional, trabalhando junto ao SRT estadual, na minha relação com aos moradores das RTs, me deparo com os que possuem maior autonomia, menos regredidos e menos cronificados, que trazem questões do seu dia a dia, das dificuldades, das relações com as pessoas com quem convivem. Trazem suas percepções sobre a sua vivência dentro da RT e também sugerem mudanças e intervenções. Assim também como me deparo com moradores com recusas de permanência nas RTs.

Além disso, acompanho as atividades realizadas pela equipe de profissionais que ali trabalham, no sentido de ressignificação do espaço como moradia pelos moradores das RTs, em que aparecem questões relativas à caracterização deste

espaço como lar, para que a casa “ficasse caracterizada como casa”. Várias intervenções são realizadas nesse sentido, a partir de concepções dos profissionais. Porém, não existe a preocupação em questionar para o próprio morador da residência terapêutica, a sua concepção de lar.

Pensando nesta perspectiva da casa e do habitar, o sujeito sai desse espaço asilar e tutelar, que não é sua casa, para um lugar que deve ser considerada sua casa. A partir daí, surgem as questões: A RT se constitui em um lar para o morador? Com base em vivências anteriores à internação, qual a concepção de casa, qual o entendimento, a visão e ideal de lar para o morador? Será a RT uma outra instituição psiquiátrica, mesmo que diferente do hospital do qual o morador é egresso?

1.2 Objetivo geral

Compreender o entendimento de atuais moradores de um Serviço Residencial Terapêutico acerca do significado de lar e habitar.

1.2.1 Objetivos específicos

- Descrever as particularidades relacionadas ao habitar a partir dos relatos dos moradores de residências terapêuticas (RT).
- Identificar e discutir as diferenças existentes entre residência terapêutica e casa idealizada, descritas pelos moradores.
- Discutir as políticas públicas com relação à função de habitar.

1.3 Itinerários da dissertação

Para atingir tais objetivos esta dissertação tem os capítulos organizados com o seguinte itinerário:

- Capítulo I: Apresenta a proposta da pesquisa, seus objetivos e o itinerário resumido da dissertação.
- Capítulo II: Apresenta a explanação teórica sobre conceito de casa e o habitar tendo como referencial a perspectiva psicossocial segundo Saraceno (2001) e a perspectiva filosófica de Bachelard (1974), com finalidade de compreender os fenômenos que envolvem esta temática. Além disso, é feita discussão a partir da literatura atualizada sobre o tema.
- Capítulo III: Apresenta a metodologia empregada na pesquisa.
- Capítulo IV: Apresentação e discussão dos resultados da pesquisa.
- Considerações finais: Apresentação da conclusão do estudo

CAPÍTULO II - Lar, habitar: Referencial teórico

Saraceno (2001) aponta para a necessidade de diferenciação do morar, considerado em dois aspectos: o estar e o habitar. Dessa forma, o estar, de acordo com o autor, seria ocupar sem apropriação de um espaço, seja material, emocional ou simbólica. Já o habitar, é a possibilidade de ocupar o espaço onde se vive, com apropriação tanto simbólica, quanto material e também emocional. A diferenciação se dá na apropriação do sujeito, pois quem habita, também se apropria materialmente e emocionalmente deste espaço e dos objetos que o compõe, interagindo gradativamente com os outros que também vivem neste espaço.

O autor volta-se para o espaço real da casa para identificar a forma como o sujeito nela habita, para a partir de então, promover a conquista da casa e o desenvolvimento dos desejos, habilidades e emoções do habitar, além do vínculo com as pessoas com quem compartilha a casa. Para ele, a casa para a pessoa com sofrimento psíquico é um lugar a ser conquistado e sua proposta é que vá além de lugar de abrigo da loucura, como os manicômios. Essa discussão traz a casa como lugar que vai além de locus de habitação físico e concreto, para a casa como locus de existência.

Nesta perspectiva, Bachelard (1957) afirma que a casa é nosso canto no mundo. O homem habita a sua casa antes de habitar o mundo, evidenciando sua visão de que a casa é nosso ponto de referência, não só tendo como função a habitação, mas também de proteção. “Todo espaço realmente habitado traz a essência da noção de casa (...). Ela mantém o homem através das tempestades do céu e das tempestades da vida. Ela é corpo e alma. É o primeiro mundo do ser humano” (pág. 200).

Para Bachelard, a vida começa bem, fechada, protegida na casa. O ser começa no bem estar na perspectiva do habitar e a casa além de proteger, dar calor e repouso, dá ao homem firmeza de caráter para enfrentar o mundo. A imagem da casa promove união da memória, imaginação e lembrança. É como se a memória da nossa primeira casa permanecesse na nossa lembrança por toda a vida, tendo esta imagem um dos maiores poderes de interligar as lembranças, sonhos e devaneios. De acordo com o autor, as lembranças da casa estão no inconsciente do ser humano e sempre quando vamos para uma nova casa, retomamos lembranças das antigas moradas, vivenciando fixações de felicidade, através de lembranças de proteção. Assim, o ponto norteador fundamental da filosofia do habitar, proposta pelo

autor, remete à função de proteção da casa, tendo em vista os “espaços felizes” como “espaços de posse”, ou seja: espaços imaginados, construídos e possuídos pelo homem e defendido dessa forma contra as forças adversas da natureza.

O autor faz analogia das imagens dos espaços e dos seres que os habitam. A casa tem a função de um ninho, pois ele traz a noção de proteção, de calor, é a primeira morada, o abrigo seguro. A casa é um ninho no mundo, de uma construção singular que supera todo artifício humano. Além do ninho, Bachelard (1974) também faz a analogia da casa com a concha, pois toda vez que vemos uma concha, nos remete ao ser que ali habitou. A concha é uma casa que cresce e se constrói junto com seu morador. O autor também apresenta a dialética do interior e exterior, em que faz algumas evidências opostas dessas duas imagens, pois ora o exterior representa a prisão ora o interior é a imensidão, considerando o ser humano um “ser entreaberto” (1974, pág. 500).

Dessa forma, ao tentarmos compreender os significados possíveis do habitar, estamos diante de um conceito que transcende o pragmatismo formal, quantitativo do estar domiciliado, de ocupar uma residência. O habitar, então, surge como uma condição própria e essencial da existência humana, muito além e anterior da arquitetura. Portanto, o habitar é habitar o mundo, ser no mundo, existir. O habitar é uma consequência da arte de criar espaços para superar a realidade concreta da matéria, com o objetivo de constituir lugares – autênticos espaços de habitar – os quais possuem valores e assim, nos identificamos subjetivamente.

A problemática do morar para as pessoas com sofrimento psíquico é advinda desde os primórdios da história da loucura e ainda está presente como uma questão na atualidade, considerando que a criação de casas que abriguem a loucura sempre foi uma questão maior para a psiquiatria (Silveira & Santos Junior, 2011). O louco era

retirado de sua casa e inserido em manicômios, espaços estes que funcionavam para o abrigo da loucura. Ao pensar na importância da casa para o sujeito, apontamos para este processo como a primeira violência cometida pela internação psiquiátrica.

A permanência em uma instituição asilar como o hospital psiquiátrico, gera influências na constituição do sujeito, desapropriando-o de sua individualidade, afetando sua subjetividade, entre outros aspectos. O hospital segue uma lógica própria, onde os interesses são os únicos que merecem ser atendidos, negligenciando assim, as necessidades e desejos do sujeito institucionalizado (Goffman, 1961). O louco passa por processos de mortificação, levando o sujeito a uma situação de incapacidade temporária de enfrentar aspectos da sua vida diária, como por exemplo, comer, dormir, tomar banho, ver televisão, andar pelo pátio. Estas instituições caracterizam-se por interromper, ou mesmo eliminar, o contato de seus moradores com a comunidade e restringir esses contatos ao interior da vida institucional, desconstruindo a identidade anterior do sujeito (Goffman, 1990).

Considerando o que hospital não é um local de habitação, desde a perda de sua autonomia e individualidade, como também a experiência do abandono e isolamento, além da segregação subjetiva e social do indivíduo, não é possível conceber esta instituição como uma casa. Dessa forma, há violências produzidas pelo hospital no sujeito tutelado, impossibilitando-se então, de criar espaços de existência, impedindo que seja possível habitar este espaço. Habitar um espaço, de acordo com Bachelard (1957), é uma função, e sem ela, até mesmo dentro de um ambiente cercado por muralhas, assim como se apresentam os hospitais, sente-se desprotegido. A casa, dessa forma, é uma força que integra pensamentos, lembranças e sonhos. Sem ela, o ser humano seria permanentemente um

estrangeiro, um ser disperso, sem lugar, sem integração entre o corpo e a alma (Bachelard, 1957).

Fonte (2013) reitera que a desinstitucionalização, em sua complexidade, é um processo para além da desospitalização, devolve ao sujeito o lugar de verdadeiro protagonista da sua vida, e que a passagem existente entre a internação e o convívio comunitário se torna fundamental neste processo. Esta passagem do sujeito tutelado ao sujeito protagonista agrega um sentido de ruptura que muitas vezes não é considerada.

Os estudos sobre as Residências Terapêuticas têm geralmente, como participantes, os cuidadores e/ou profissionais de saúde. Os profissionais, em suas ações diárias, possuem uma postura do saber, de que sabem o que é melhor para os moradores e usuários dos serviços, de que aquele espaço é a sua casa, sua moradia (Ribeiro Neto & Avellar, 2014).

O estudo proposto visa contribuir no desenvolvimento do conhecimento na área de saúde mental no que tange à concepção dos moradores de residências terapêuticas com relação ao morar e o habitar e sua experiência como morador de um serviço substitutivo à internação psiquiátrica, com propostas de moradia. Além disso, poderá contribuir com discussões acerca dos dispositivos da desinstitucionalização como o SRT, as formas de apropriação dos espaços de vivência e de existência para a pessoa com sofrimento psíquico, além de discussões acerca da produção de cuidado em saúde mental.

CAPÍTULO III – Metodologia

Para atender aos objetivos propostos no presente trabalho, foi realizada a pesquisa segundo método qualitativo, pois permitiu trazer à luz aspectos não visíveis, como significados, aspirações, valores e atitudes, à ser interpretados, além de permitir desenvolver delineamentos metodológicos que permitiram a abertura suficiente para abordar a complexidade do tema (Minayo, 2007).

O alvo de interesse do pesquisador que lança mão da pesquisa qualitativa “são as significações que um indivíduo em particular ou um grupo determinado atribuem aos fenômenos da natureza que lhes dizem respeito” (Turato, 2003, p.190). Em pesquisas qualitativas, o fundamental é que a seleção seja feita de forma que consiga ampliar a compreensão do tema e explorar as variadas representações sobre determinado objeto de estudo. Considera-se, então, que o número de entrevistas deve ser pensado levando-se em conta os objetivos da pesquisa, os diferentes ambientes a serem considerados e, principalmente, a possibilidade de esgotamento do tema (Gaskell, 2002).

Os critérios de seleção nas entrevistas qualitativas se inserem no debate sobre a representatividade amostral. Minayo (1998) discute esta questão, com base nas proposições de Bourdieu (1998), de que as pessoas que vivem no mesmo ambiente social tendem a desenvolver e reproduzir disposições semelhantes e, em sendo assim, os significados individuais podem estar representando significados grupais. Em outras palavras, a fala de alguns indivíduos de um grupo é representativa de grande parte dos membros deste mesmo grupo inserido em um contexto específico.

A constituição desse subconjunto transcorre paralelamente à de outros

elementos cruciais de validação científica: o desenho da pesquisa (seja experimental ou de campo), o recorte do objeto e formulação do problema, a formulação dos pressupostos ou hipóteses, a escolha dos instrumentos de coleta de dados e os quadros de referenciais teóricos de interpretação dos resultados.

3.1. Participantes

Segundo Fraser e Godim (2004), a seleção dos participantes de uma pesquisa qualitativa precisa ser feita de forma que consiga ampliar a compreensão do tema e explorar as representações do objeto de estudo. Dessa forma, os participantes da presente pesquisa são moradores de Residências Terapêuticas Estaduais, egressos de hospitais psiquiátricos, selecionados de acordo com os seguintes critérios:

- São moradores das residências, com certa vivência neste ambiente e na comunidade na qual a residência está inserida.
- Estavam em condições para participar da entrevista, ou seja, no contato prévio com o pesquisador, mostraram-se capazes de manter um diálogo e mostraram-se orientados no tempo e espaço.
- Concordaram em participar da pesquisa.

Como resultado, participaram desta pesquisa, cinco moradores, sendo três deles do gênero masculino e dois deles do gênero feminino. A idade média dos participantes é de 54 anos, com tempo médio de internação de 21 anos e tempo médio de moradia de nove anos e meio.

O quadro abaixo apresenta a descrição dos participantes:

Quadro I – Descrição dos participantes

A história de vida de cada morador e a forma com que foram inseridos nas RTs é diferente em cada caso. Para nortear a peculiaridade do histórico dos participantes, faz-se necessário uma breve apresentação dos históricos e da vida atual de cada um. Entretanto, a maioria dos moradores não possui histórico relatado em documentos, ou então, a equipe das RTs possui apenas relatórios vagos, com poucas informações, visto que os prontuários e relatórios dos moradores não foram encaminhados para a equipe da RT no momento da inserção.

O morador 1 é proveniente de São Paulo, onde alguns familiares ainda residem. Viveu por anos em várias cidades do estado em que mora atualmente, mudando constantemente. Ele tem 66 anos de idade, sendo que permaneceu 35 anos internado em hospitais psiquiátricos, a partir do primeiro surto aos 18 anos de idade. Após o processo de redução de leitos e a abertura do projeto de ressocialização do hospital em que estava internado, foi inserido em uma das primeiras RTs do estado, completando 14 anos como residente na RT. Atualmente não frequenta o CAPS por decisão própria, tendo seu projeto terapêutico singular (PTS) suspenso. Realiza atividades habituais, como circular no comércio e demais dispositivos do bairro, utilizando com autonomia de seu BPC. Relata insatisfação constantemente com relação à morar na RT.

O morador 2 é proveniente do estado em que reside, porém, morou em diversos municípios do país, devido ao emprego de seu pai, que é falecido. Tem 51 anos de idade, e permaneceu internado, no total, por 22 anos. Possui duas filhas, que não tem contato desde quando foi internado em um hospital de custódia, no qual permaneceu até sua inserção na RT. Após a cessação de periculosidade e a expedição do alvará de soltura, o morador 2 foi inserido na RT, após ter o caso

analisado pela comissão responsável pelas inserções na RT. Após a liberação da vaga, ele foi inserido, tendo um dia de visita na RT antes de sua inserção. Atualmente realiza trabalho informal de venda de latinhas, doces e plantas, frequenta o CAPS do município. Está em processo de obtenção do BPC. Não possui contato com familiares, apesar de solicitá-lo constantemente.

O morador 3 nasceu no estado em que mora atualmente, porém, em outro município. Morou com o irmão mais velho após o falecimento dos pais, onde sofreu maus tratos. Após a saída da casa do irmão, morou “de favor” na casa de uma senhora, onde trabalhava para ela. Entretanto, logo após, ficou em situação de rua, sendo encaminhado para um abrigo. De lá, foi internado no hospital psiquiátrico e permaneceu internado por 29 anos, até ser inserido em uma das primeiras RTs inauguradas no estado. Está residindo na RT há 14 anos e circula bem nos dispositivos do bairro, assim como comércios, onde possui contas e solicita auxílio a equipe para administrar seu BPC, frequentando o CAPS uma vez por semana. Visita a família que mora em outro estado nas festas de fim de ano.

O morador 4, que é uma moradora de 56 anos de idade, vem de várias internações desde seus 20 anos, totalizando 29 anos de internação. Foi inserida em uma das primeiras RTs inauguradas no estado, no mesmo processo dos moradores 1 e 2. Reside na RT há 13 anos, possui contato com um irmão que a visita esporadicamente. Possui seu BPC e realiza atividades sociais com autonomia, além de auxiliar nos processos de cuidado e limpeza da RT. Frequenta o CAPS quinzenalmente.

O morador 5, também uma mulher de 44 anos, foi inserida na RT há apenas 1 ano e 7 meses, sendo proveniente de um dos últimos manicômios do estado a ser fechado. Já foi casada, não possui contato com os familiares desde o início de sua

internação. Permaneceu internada durante 4 anos neste hospital, onde perdeu os vínculos afetivos e familiares. Não circula no bairro e nem realiza atividades remuneradas por relatar necessidade de auxílio de outra pessoa. Não possui documentos pessoais e nem benefício, desde sua internação. Frequenta o CAPS duas vezes por semana.

No quadro abaixo é apresentado a caracterização dos participantes.

Participante	Idade	Gênero	Tempo de internação	Tempo de moradia na RT
Morador 1	66 anos	Masculino	35 anos	14 anos
Morador 2	51 anos	Masculino	22 anos	2 anos e 10 meses
Morador 3	54 anos	Masculino	29 anos	14 anos
Morador 4	56 anos	Feminino	17 anos	13 anos
Morador 5	44 anos	Feminino	4 anos	1 ano e 7 meses

3.2 Sobre as RTs:

As Residências Terapêuticas foram inauguradas a partir de 2004, com o fechamento gradual dos leitos de internação psiquiátrica de um dos principais manicômios do estado, iniciando com apenas duas RTs e progredindo, ao longo dos anos, até chegar o número atual de 18 residências terapêuticas estaduais. No início, as RTs eram gerenciadas pelo setor de ressocialização do hospital, e após os primeiros dois anos, a OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) INVISA (Instituto Vida e Saúde), obteve a licitação para gerenciar o projeto, de forma terceirizada à Secretaria de Saúde do Estado (SESA). Desde então, a OSCIP coordena o projeto contando com uma equipe técnica formada por três psicólogos, três assistentes sociais, dois enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e uma nutricionista. Atualmente, a OSCIP gerencia as 18 RTs, que são localizadas em

quatro municípios do estado. O serviço ofertado é de suporte técnico dos profissionais de saúde da equipe técnica e também do cuidado integral dos cuidadores, que são os profissionais que, em regime de escala, trabalham na RT para auxiliar no processo de autocuidado, reinserção social, organização e limpeza da casa e autonomia dos moradores.

O cotidiano de trabalho da RT se baseia nas ações de cuidado realizadas pelos cuidadores, além das ações da equipe técnica que visam promover a articulação dos moradores com os serviços de saúde e assistência. Assim, a equipe técnica é responsável do trabalho de gestão das residências, articulando com os serviços do território os cuidados dos moradores. A organização do cuidado se dá na atenção diária dos cuidadores no estímulo de autonomia, de autocuidado e de reinserção social, com passeios no território e demais locais de lazer, com tentativas da equipe de reinserção na família, o trabalho de empoderamento do morador através da garantia de direitos, como por exemplo, documentação e benefícios sociais. Essa articulação é realizada com visitas técnicas semanais nas RTs programadas de acordo com a disponibilidade do transporte da OSICP e por demandas. As RTs são referenciadas nos serviços da RAPS, como o CAPS e Unidades de Saúde dos bairros, entre outros serviços essenciais para a reabilitação psicossocial. Os CAPS estão localizados distantes geograficamente das RTs e mantém, em sua maioria, o vínculo com a RT basicamente através das consultas psiquiátricas e oficinas ofertadas. As responsabilidades da OSCIP frente aos moradores permeiam-se da garantia de alimentação, higienização da RT, locação das casas, a prática de cuidados em saúde e assistência, garantia de direitos, reinserção social. Todos esses pontos são verificados através de fiscalização e relatório mensal de prestação de contas e de práticas da equipe técnica para com a

Secretaria de Estado da Saúde.

3.3. Instrumento

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas com tópicos flexíveis e orientadas pelos seguintes tópicos: (a) pré-internação; (b) internação; (c) transição e (d) residência terapêutica.

Para cada tópico abordado, uma ou mais perguntas foram direcionadas aos participantes, com certa flexibilidade do roteiro, adequando-se às diferentes situações do contexto.

A fim de afinar a metodologia e dar maior fidedignidade ao instrumento escolhido para atender aos objetivos deste trabalho, foi realizado um estudo piloto durante o qual foram testados, em pequena escala, o que possibilitou a identificação de pontos fracos e problemas em potencial. Os pontos aprimorados foram em relação às perguntas, que passaram a ser feitas de forma mais clara e direta, buscando-se vocabulário/termos mais próximos à realidade de cada participante, visando o melhor entendimento e fluidez das entrevistas. Além disso, avaliou-se a necessidade de respeitar o ritmo/tempo de todos os participantes favorecendo-se maior tempo entre as perguntas e para elaboração das respostas, além de respeitar intervalo de descanso, quando solicitado, e o desejo em responder ou não cada pergunta. Foi solicitado pelos participantes que a entrevista não fosse realizada na RT, justificado, em sua maioria, por questões de falta de privacidade para falar sobre suas vidas.

3.4. Procedimentos

Foi feito contato com a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que administra as RTs na cidade onde foi desenvolvida a pesquisa e apresentação do projeto de pesquisa, assim como foi feito o pedido de consentimento para a sua realização. Foi proposta à administração da OSCIP, a indicação dos participantes, segundo os critérios de seleção, no sentido de evitar o viés intencional, pelo fato da pesquisadora trabalhar na empresa.

Posteriormente foi realizado contato prévio com os participantes para apresentação da proposta e convite pra participar da pesquisa. Cinco moradores concordaram em participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas no escritório da OSCIP.

Antes da realização das entrevistas, foi feita a leitura do termo de consentimento esclarecido e, a partir da concordância, foi assinado pelo participante.

As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas. A transcrição das entrevistas foi feita pela pesquisadora e fez parte de uma primeira leitura do material, dentre outras feitas posteriormente, no processo de análise dos dados.

3.5. Critérios de análise

O tratamento do material, a sua codificação, se deu por intermédio da análise de conteúdo (Bardin, 1977). A escolha por esse procedimento de tratamento/análise se deu por permitir discutir/inferir a partir dos dados trabalhados. Há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa, esta pesquisa foi trabalhada na

modalidade de análise temática.

A análise temática “procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos” (Turato, 2008, p. 442). Tendo em vista que esse estudo não propõe uma análise quantitativa, as categorias foram delineadas não necessariamente pela repetição de falas, mas também pela relevância dos relatos no encaminhamento das discussões.

Com o material de cada entrevista, foi feita a leitura repetida do material, com a proposta de “ruminar os dados”, de deixar-se “invadir por impressões e orientações” (Bardin, 1979, p.40). Na primeira leitura foram destacadas palavras e frases que tivessem sentido. Posteriormente, foram fragmentadas as falas dos textos e elencadas com base em categorias de análise retiradas do roteiro utilizado para a condução das entrevistas: entre a casa e a internação, o morar e o trabalhar, lembranças da internação, a transição para a residência terapêutica, a vivência na residência terapêutica, o lar: entre o real e o ideal.

Posteriormente, procedeu-se à categorização do material, que de acordo com Moraes (1999), “é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo”. Ainda de acordo com essa autora, a categorização representa um esforço de síntese de uma comunicação, sendo destacados nesse processo os aspectos mais relevantes.

Desse modo, cada uma dessas categorias apresenta temas relacionados e compreendemos que a análise e discussão das mesmas respondem aos objetivos delineados para essa pesquisa. Posteriormente a isso, com o objetivo de aprofundar

a análise dos resultados, passou-se a interpretação e discussão, com base no referencial apresentado.

3.5. Questões éticas

Durante a realização deste trabalho houve a preocupação em seguir os aspectos éticos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, previstas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a realização das entrevistas, foi utilizado o termo de consentimento para participação da pesquisa, que foi assinado pelos participantes, no qual foi garantida a ocultação das referências pessoais e nomes para a não identificação dos participantes.

CAPÍTULO IV - Apresentação e discussão dos resultados

4.1 Entre o hospital e a cidade

As RTs que os participantes residem estão situadas em dois municípios diferentes, com tempo de funcionamento também divergentes, visto que as residências dos moradores 4 e 5, iniciaram suas atividades em 2016. As demais, iniciaram o processo de inauguração a partir de 2004, com o fechamento gradual dos leitos de internação psiquiátrica. No início, as RTs eram gerenciadas pelo setor de ressocialização do hospital, como descrito anteriormente, e após os primeiros dois anos, a OSCIP obteve a licitação para gerenciar o projeto, de forma terceirizada à Secretaria de Saúde do Estado (SESA).

As RTs mais antigas possuem maior aceitação da comunidade com relação ao seu funcionamento e a circulação dos moradores pelo bairro, entretanto, as mais recentes, ainda enfrentam resistência da vizinhança, o que acarreta, muitas vezes, a impossibilidade e dificuldade da circulação dos moradores no território.

As RTs são alugadas pela OSCIP, respeitando o valor máximo de aluguel estabelecido no Termo de Parceria, além de critérios específicos com relação às necessidades do imóvel para comportar uma RT. A mobília, eletrodomésticos e demais itens do lar são comprados pela SESA, entretanto, não respeita o fluxo de necessidade de compras, visto a dificuldade e burocracia dos processos de licitação e compra em órgãos públicos, fazendo com que a maioria esteja com móveis, eletrodomésticos, eletrônicos danificados e demais itens em falta, como roupa de cama mesa e banho.

Todas as RTs dos participantes da pesquisa estão vinculadas aos cuidados da rede, sendo que todos os moradores são acompanhados pela Unidade Básica de Saúde dos bairros, conforme o funcionamento e a capacidade atenção de cada serviço, além de estar, em sua maioria, acolhidos nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) dos municípios. Entretanto, pela deficiência da estrutura da rede, como por exemplo, a falta de profissionais nos serviços, os projetos terapêuticos singulares (PTS) dos moradores são afetados, tanto com relação à periodicidade com que eles frequentam os serviços quanto à quantidade e qualidade das oficinas e demais atividades que são ofertados.

4.2 Entre a casa e a internação

Os participantes apresentam, em sua maioria, histórias de vida com muitas

moradias. Sendo assim, as vivências relacionadas ao habitar apresentam-se sempre direcionadas a diversas moradias e não, necessariamente, a um único lar. No entanto, os participantes retomam a sua origem e sua história de vida associando-as à casa.

A gente morava... na rua Francisco... Guaratiba... Piúma... Aí depois fomos morar em Itaquari... Itaquari... depois Piúma de novo. (MORADOR 1)

Eu nasci em Jaguaré, né? Mas a casa que meu pai deixou é lá de Sooretama. (MORADOR 2)

Eu tenho 44 anos. Aí filha, eu... a minha vida foi um transtorno, né? Eu trabalhava desde pequena em casa de família, dos outros... com nove anos nossos pais colocavam a gente pra fora de casa e tinha que trabalhar com essa idade. (MORADOR 5)

Os resultados apontam que a referência ao lar vai além da casa concreta, independente do número de casas habitadas, mas depende do sentido que a casa assume na vida desses sujeitos. As narrativas trazem à composição desse lar uma temporalidade anterior à internação e trazem o lar atrelado à presença da família.

Eu gosto de todas as casas, né... porque meu pai veio, minha mãe “tava” com ele... tinha os irmãos, os irmão... caçula, a caçula nasceu em 78, o caçula nasceu em 81, um em 65, em 67...64...mãe de 45, pai de 34... (MORADOR 1)

Tinha irmãos! Tinha irmãs! [na casa] Leane, Manoele, mora em Vila Velha... [...] Não, muitos irmãos dentro de casa... Emanuele estudava... estudava... agora ela é dona de casa. Minha mãe era dona de casa. (MORADOR 4)

A casa é uma projeção do próprio homem, um reflexo de seu ser. Ela abarca os fatores que a consagram como um retrato do morador e da família. O homem, através da casa, reproduz suas fronteiras com o mundo, seus limites, além de revelarem-se memórias, desejos, esperanças, medos, rituais, ritmos pessoais e hábitos cotidianos (Felippe, 2010).

Os resultados vão ao encontro com a teoria de Bachelard (1957), que propõe

que a casa tem o poder de proteger, dar calor e repouso, em que o ser humano inicia sua vida protegida e fechada na casa. Além disso, a casa dá ao homem a firmeza de caráter para enfrentar o mundo. E essa possibilidade de enfrentar o mundo é trazida pelos participantes pela liberdade que a casa propõe:

Eu gosto, ué... eu gosto não, eu gostava... [de ficar na casa de sua família] eu queria ir pra ficar, né? (MORADOR 1)

Eu sempre ia lá ver a minha filha, sempre no final de ano... eu ia ver minha filha, e...ficava na casa da minha irmã. [...] nós viemos de lá pra montar um comerciazinho, na Bahia. Aí eu disse assim: “não, eu não quero ir não, quero visitar minhas irmãs lá no ES”. Eles: tá bom. Aí comprou a casa. E eu disse: “ah, essa casa aqui eu fico!” (MORADOR 2)

Quando tava todo mundo junto... quando eu era criança. O pai nunca batia em nós! (MORADOR 1)

Se por um lado, a casa como referência traz suporte, por outro lado, a falta dessa referência que a casa proporciona, traz o transtorno:

Aí filha, eu... a minha vida foi um transtorno, né? Eu trabalhava desde pequena em casa de família, dos outros... com nove anos nossos pais colocavam a gente pra fora de casa e tinha que trabalhar com essa idade. (MORADOR 5)

Quando eu tinha minha casa era melhor, né. Eu... eu saía na hora que quisesse, ia trabalhar cedo... lá em São Paulo eu acordava quatro horas da manhã... pra pegar dois ônibus pra trabalhar com serviço de pedreiro. (MORADOR 1)

A importância dada por participantes para a liberdade que a casa oferece se opõe ao que o hospital psiquiátrico institui. Oriundos de hospitais psiquiátricos, cuja consigna é a privação de liberdade para tratar, destacam a liberdade como ponto favorável da casa.

Ah. Sair... comprar uma casa. Morar sozinho, cuidar da minha vida. (MORADOR 2)

No entanto, um dos sentimentos relacionados à internação é de que eles não tinham para onde ir e que por esta razão permaneceram internados.

O que eu me lembro... foi o que aconteceu, que eu estava na rua assim, sem... tomar remédio, não tinha lugar pra dormir, não tinha comida, “tava” sujo... e estou há 15 anos sozinho, vai fazer 16 anos que estou sozinho... essas coisas... (MORADOR 1)
Pessoa que não tem pai nem mãe vão “tudo” pra lá. [...] Lá era bom de ficar, mas o ruim, tinha que sair acompanhado, não sozinho. (MORADOR 3)

Nesse sentido, a internação seria o abrigo em momento de desamparo e de loucura. A internação, para essas pessoas passa a ser a moradia, pois não tinham perspectivas de vida fora dali. Tomamos aqui o sentido de moradia enquanto abrigo, pois anteriormente à internação, estes sujeitos estavam protegidos em sua casa, habitando aquele espaço. Diante do desamparo provocado pelo surto e, posteriormente, à perda de suas casas, estas pessoas passam a residir no hospital psiquiátrico.

As vivências dentro do hospital enquanto moradia, remetem a sentimentos relacionados à internação que, para os participantes, permeou em dois aspectos principais: o sofrimento e a falta de liberdade. A casa, para participantes desse estudo, está atrelada à presença da família.

[Morar] Sozinha eu não consigo. Eu teria [uma casa] com meu marido. Se ele voltasse pra mim né mas eu não sei se ele tá morto, em alguma igreja, alguma clínica... deixa mais pra frente, deixa eu ficar melhor que aí eu vou procurar ele. (MORADOR 5)
Minha casa? Ah tinha eu... eu minha mãe e meus irmãos. (MORADOR 2)

Assim, mais uma vez, os resultados apontam que, para os participantes da pesquisa, a casa está atrelada à presença da família, justamente onde incide a internação, ou seja, na separação do louco de seus familiares. Apesar de abrigo, o

hospital psiquiátrico não pode ser concebido como casa, pois a falta de liberdade e a separação do meio familiar, trazem a impossibilidade de conceber a instituição como casa. A instituição psiquiátrica, ao invés de proteção, traz a tutela e ao invés de liberdade, traz isolamento/violência.

Esta discussão traz a casa como lugar que vai além de lócus de habitação físico e concreto para a casa como lócus de existência. “Todo espaço realmente habitado traz a essência da noção de casa (...). Ela mantém o homem através das tempestades do céu e das tempestades da vida. Ela é corpo e alma. É o primeiro mundo do ser humano” (Bachelard, 1974, pág. 200).

No entanto, o hospital psiquiátrico aparece enquanto moradia no discurso de alguns participantes.

A minha casa antes? Ah, era o Adauto mesmo... (MORADOR 2)
Aí meu anjo... o meu lar foi lá no hospital. Eu não tive casa!
(MORADOR 5)

Esses participantes trazem suas narrativas atreladas ao hospital psiquiátrico, parecendo que esta instituição totaliza a vida do sujeito. O hospital permanece como referência da qual é difícil desligar-se. Goffman (1961) afirma que a permanência em uma instituição asilar, desapropria o sujeito de sua individualidade, além de afetar a sua subjetividade.

O hospital psiquiátrico, que para alguns participantes desta pesquisa ocupa lugar de abrigo diante do desamparo, é muitas vezes cercado por grades, por muros e tem funcionamento por meio da tutela aos internos, mas não garante sentimento de proteção a essas pessoas. O sentimento de proteção, segundo Bachelard (1957), está vinculado à função do habitar e, sem ela, o sujeito pode se sentir desprotegido e alheio mesmo cercado de muralhas.

Ah minha filha... era um horror. Me sentia mal, mas nós não sabia pra onde ir. Lá internava muita gente, parecia bicho... não tem? A gente parecia animal dentro daquele canto, lá. (MORADOR 5)

Dessa forma, o hospital psiquiátrico desfaria o “contorno” que a casa forneceu à subjetividade do sujeito e, nesse caso, por um lado, habitar o hospital psiquiátrico se tornaria desapropriação de si, que se dá por meio de um processo de rompimento de vínculos afetivos anteriores, por meio de um processo de alienação e assujeitamento.

Eu nasci no hospital, né? Eu morri e nasci lá. [...] Eu nasci outra pessoa. Ah, eu não sei falar não, meu Deus do céu... (MORADOR 1)

No entanto, nem sempre morar em uma casa significa se sentir "em casa". Encontram-se também relatos de participantes que não gostaram de viver nas casas anteriores à internação, pois não se sentiam “em casa”:

Eu não tenho mãe nem... antes de eu nascer, meu pai largou a minha mãe e até hoje eu não conheço ele. [...] Eu já morei com minha irmã. Eu morei com minha irmã e mais meu cunhado, mas meu cunhado batia nela [...] Fiquei. Não lembro não. Tem bastante tempo. Eu tava com 19 anos, quando eu completei 18 anos eu saí de lá. Aí eu fui morar... ela arrumou um barracão pra mim morar. E eu não quis. Fiquei com medo de ficar sozinho. Aí eu fui pra casa de uma senhora chamada Carlita. Aí ela me ponhou dentro de casa, aí eu fazia as coisas pra ela: limpava casa, arrumava casa, passava cera na casa... fazia café e tudo [...] Eu dormia num quartinho e ela dormia na casa. (MORADOR 3)

O sentimento com relação ao morar, remete ao que Saraceno (2001) propõe acerca da diferença existente entre o estar e o habitar. Pelos relatos do Morador 3, parece que ele estava nessas casas, porém, não necessariamente as habitava, pois o estar, de acordo com o autor, seria ocupar sem apropriação de um espaço, seja material, emocional ou simbólica. Já o habitar, é a possibilidade de ocupar o espaço onde se vive, com apropriação tanto simbólica, quanto material e também

emocional. O relato deste participante seria um exemplo de como é possível estar por um período, mesmo que longo, em uma casa sem habitá-la. Talvez a função habitar, na ótica de Saraceno, e mesmo de Bachelard, não foi possível a este sujeito. Várias podem ter sido as razões para isso. Aproveitando a associação feita por aqueles participantes, para os quais a casa é uma referência significativa em suas vidas quando associada com seus familiares, podemos fazer a reflexão que para alguns desses moradores, essa vivência familiar não foi positiva. Nesse sentido, estar junto dos familiares nem sempre é o melhor lugar, corroborando a afirmação de Constantinidis e Andrade (2015): “Estar junto à família, para a pessoa com transtorno mental, nem sempre é garantia de convívio social, de ver afirmado seu modo de ser e estar no mundo” (pág. 339).

Alguns relatos apontam que o surto foi o rompimento, o corte na trajetória de vida, a desterritorialização.

Adoeci... aí o cara lá deu... parente deles falou que deu... deu dez minutos pra eu ir pra outra cidade né? (MORADOR 1)

[...] Eu morei com minha mãe e ela me expulsou de casa. Porque eu tava fazendo bagunça... (MORADOR 2)

Eu morei com minha irmã e mais meu cunhado. Mas meu cunhado batia nela por causa de mim. Aí eu tive que morar em um barracão sozinho. (MORADOR 3)

Assim, as experiências e sentimentos acerca do morar também estão relacionados à perda da casa, a qual os participantes vivenciaram. Em sua maioria, foram expulsos de suas casas pelos próprios familiares, principalmente em função do sofrimento psíquico. Dada a importância da casa enquanto proteção e aconchego, a loucura aparece enquanto um rompimento desta ligação, visto que com a ocorrência da crise, os sujeitos perderam suas casas:

Eu sei que perdi tudo...tudo...tudo...tudo... tem quinze anos que eu estou sozinho nesse mundo. (MORADOR 2)

É, eu tinha casa lá, né? Aí “aconteceu” uns problemas, com os

vizinhos...tem uns... negócios lá trás com a nossa família, né? Aí meu pai vendeu as duas casas por sete mil... a minha e a dele. [...] Adoeci... aí o cara lá deu... parente deles falou que deu... deu dez minutos pra eu ir pra outra cidade né? (MORADOR 2)
Só que a lei... falaram que a minha mãe não podia cuidar de mim, tinha que ter alguém pra cuidar dela, né? Aí meu irmão me amarrava, batia... pedaço de pau. Quando eu morava com ele. Aí filha, eu fiquei assim... sem saber o que fazer! (MORADOR 5)

Dessa forma, o sofrimento da vida desses sujeitos não mais tinha o respaldo da casa, rompendo com a possibilidade de proteção e estabilidade que a casa primordial proporciona, fazendo com que vivenciassem a loucura e a crise de maneira exposta aos perigos e hostilidades do mundo. Ao discutir o “morar” e a contratualidade, o “aprisionamento” ou “expulsão” do habitar revela o precário poder contratual do sujeito que fica impedido de exercitar seu poder e seu prazer na apropriação do espaço onde reside (Saraceno, 1999).

Os discursos dos motivos da internação permearam entre conflitos familiares (acompanhados ou não por abusos/violência) e a perda da casa, motivada pela internação psiquiátrica. O “transtorno mental” aparece então, enquanto a própria perda da casa. Pela ótica bachelariana, a perda da casa envolve perda da referência, da proteção, da segurança. Seria deixar o sujeito com sofrimento psíquico à deriva, sem rumo, dentro de uma vivência já conturbada pelo momento de crise, como afirma o autor:

A casa é uma das maiores forças de integração para os pensamentos, as lembranças e os sonhos do homem. Nessa integração, o princípio de ligação é o devaneio. (...) Sem ela, o homem seria um ser disperso. Ela mantém o homem através das tempestades do céu e das tempestades da vida. É corpo e é alma. É o primeiro mundo do ser humano. Antes de ser “jogado no mundo” (...) O homem é colocado no berço da casa (Bachelard, 1957, pág. 200).

Ao pensar na importância da casa para o sujeito, apontamos para este

processo como uma das violências cometidas pela internação psiquiátrica. Viver dentro de um hospital psiquiátrico não dá ao sujeito a dimensão de pertencimento o que pode trazer consequências negativas para o governo de si mesmo.

Bachelard (1974) aponta que a imagem da casa promove união da memória, imaginação e lembrança. A nossa primeira casa permanece em nossa memória durante a nossa vida, no nosso inconsciente. Quando mudamos para outra casa, as fixações de felicidade e proteção são retomadas através da lembrança da primeira morada.

A sala que eu gosto né... Porque tinha o som... em época de calor... tinha uma rede e a gente ficava deitado na rede... [...] É, eu tenho vontade de ter um... lugarzinho pra mim né? (MORADOR 1)
Meu lugar preferido? Meu anjo, era a cama. [...] mas eu me sentia cansada e ia pra cama. (MORADOR 5)
Ah... era em casa com a minha mãe. (MORADOR 2)

Dentro da casa há um local preferido que, para os participantes, foi descrito relacionado ao descanso, ao repouso, a um canto, a um lugar. A casa enquanto canto, de acordo com a teoria bachelariana, remete ao valor que ela tem enquanto lugar de proteção, de um espaço no mundo para quem habita. A rede, a sala, o quarto onde se repousava, remetem ao abrigo seguro, à proteção.

Os resultados apontam que os participantes que descreveram suas lembranças da moradia anterior à internação, tiveram dificuldades em descrevê-las com detalhes. A dificuldade de se remeter à lembranças da primeira moradia é consoante com o que propõe Machado (2012), pois o isolamento social que os pacientes psiquiátricos vivem é tão intenso, que muitas vezes, preferem estar internados para evitar a solidão. Estas internações, entretanto, são marcadas por perdas materiais e afetivas, afetando diretamente as possibilidades de inclusão

social, o que acarreta um cotidiano monótono, caracterizado pela ociosidade e perdas subjetivas consideráveis. Segundo Oliveira (2007), as sucessivas internações e os anos de internação contribuem para a perda de autonomia e da capacidade adaptativa do sujeito.

As lembranças dos participantes com relação à moradia anterior estavam sempre atreladas às relações com as demais pessoas que viviam no mesmo local, as formas de convívio entre eles e o vínculo afetivo relacionado. Em consonância com o que propõe Saraceno (2001), para que o sujeito habite um espaço, ele necessita de se apropriar emocionalmente e materialmente dos objetos presentes e interagir afetivamente com os demais moradores.

É evidenciada no discurso dos moradores, a necessidade de reestabelecer os vínculos afetivos com familiares, entretanto, é igualmente demonstrada a dificuldade de realizar este percurso de reinserção na família. Desde o preparo dos projetos terapêuticos dentro das unidades hospitalares, são previstos na Portaria nº 251/GM do Ministério da Saúde, de 31 de janeiro de 2002, o desenvolvimento de estratégias para o retorno à residência e à reinserção familiar, em uma abordagem direcionada à família. Estas estratégias seguem no sentido de garantir a alta hospitalar com orientação sobre o diagnóstico, o tratamento e sua continuidade (Brasil, 2002).

O apoio à família no momento da alta é previsto nas diretrizes e normas da assistência em saúde mental, sendo importante frisar que esta norma se limita a preconizar a importância deste processo de acompanhamento da família para os cuidados pós-alta das pessoas com sofrimento psíquico. A reabilitação psicossocial deve ser incorporada às políticas públicas, e assim, a organização da saúde pública e a política de saúde mental é o que assegura que os planejamentos terapêuticos obtenham sucesso (Saraceno, 1998).

Entretanto, existe a tendência da família em atribuir a responsabilidade do cuidado ao Estado, visto que os familiares sentem-se desamparados diante das dificuldades de se promover os cuidados à pessoa com sofrimento psíquico, sentindo-se sem apoio e suporte social (Rosa, 2003; Campos & Soares, 2005; Pegoraro & Caldana, 2006). A família é um dos pilares da tríade fundamental da reabilitação psicossocial, porém, nota-se nas leis que regulamentam a assistência em saúde mental no Brasil, que ela é pouco contemplada neste processo, justificando as dificuldades de suporte para o acompanhamento e tratamento dos seus entes.

A Portaria nº 251/GM (Brasil, 2002), que normatiza a assistência hospitalar em hospitais psiquiátricos, ressalva que o paciente deve estar em acompanhamento contínuo após alta hospitalar para seu tratamento territorial, sendo encaminhado a um serviço que seja compatível a sua necessidade, com intuito de reintegração social e familiar, evitando reinternações. Recentemente, conforme a Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), são tarefas dos serviços de assistência em saúde mental implicação maior da família no acompanhamento de seu familiar com sofrimento psíquico. É prevista pela Portaria 3088/2011 a organização dos serviços em rede de atenção à saúde com base territorial. A rede de atenção e cuidado em saúde mental, por meio de ações intersetoriais, potencializa o convívio da pessoa com sofrimento psíquico com sua família e comunidade. Dessa forma, faz-se necessário que todos os serviços assistenciais tenham abordagem voltada para o grupo familiar.

Todavia, as políticas de saúde voltadas para a família tendem a serem práticas tradicionais, como por exemplo, no Programa de Saúde da Família, ainda é possível observar a prática de assistência individual, e não visando a integração do

sujeito enquanto biopsicossocial (Vechia, 2006).

Se tratando da mudança do modelo assistencial em saúde mental, a família é constantemente abordada, visto que a o convívio familiar e social é diferenciado do modelo tutelar dos hospitais. O Programa de Volta Para Casa, viabilizado através da Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, que também faz parte do processo da reforma psiquiátrica no Brasil. De acordo com a cartilha do programa, o objetivo:

É contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (Brasil, 2007, s/p).

Este benefício auxilia a família, mesmo que direto ou indiretamente, até que a pessoa com sofrimento psíquico possa voltar a trabalhar. É direcionado para aqueles que retornam ao convívio familiar e/ou estão sendo inseridos em Residências Terapêuticas ou outro espaço que não seja hospitalar e de internação. Porém, com relação aos familiares, as abordagens são restritas a orientações sobre o diagnóstico, tratamento, alta hospitalar e medicação. Dessa forma, o Programa teria como objetivo facilitar o retorno destas pessoas ao convívio social, ao lar com os familiares. Entretanto, é percebida a impossibilidade da volta para os lares e às famílias, mesmo para aqueles que já recebem algum tipo de benefício social. A RT, então, surge enquanto uma possibilidade de reestruturar o convívio social e ao autocuidado para uma possível reinserção futura, para aqueles que ainda possuem algum tipo de vínculo afetivo e contato com familiares e amigos, resultado de anos

de internação e alienação.

4.3 O morar e o trabalhar

É importante destacar que, para os participantes, as lembranças da casa anterior à internação estavam atreladas ao trabalho laboral e demais atividades, que também aparece com frequência no discurso dos participantes:

Era muito difícil... pagava aluguel... eu engraxava sapato, vendia laranja... eu sempre trabalhei, né? [...] É, eu trabalhava com serviço... serviço de pedreiro, trabalhei de pintor...pintava casa. Em construção... trabalhei em firma... (MORADOR 1)

Eu quando morava em Carapina eu trabalhava na Tocoma! (MORADOR 3)

Eu trabalhava desde pequena em casa de família, dos outros... (MORADOR 5)

A lembrança relacionada à casa anterior à internação, por muitas vezes, relacionada ao trabalho, remete às possibilidades que a atividade remunerada ofertava aqueles sujeitos. De acordo com as falas dos participantes, o trabalho laboral permitia seu sustento e sua autonomia em seus modos de vivência.

Pagava aluguel... eu engraxava sapato, vendia laranja... eu sempre trabalhei, né? [...] Aí eu tinha um dinheiro e pensei: “vou montar um comércio”. Aqui. (MORADOR 2)

Meu pai morava na frente da casa e eu construí a casa... [...] Eu gostava de... do meu barraquinho, né? Eu tinha as minhas coisinhas... eu tinha... minha estante, meu som, meu guarda roupa... (MORADOR 2)

Eu fazia mais ele. Artesanato. Aí minha filha, eu tinha uma boa renda, né. Eu tinha o meu dinheirinho, ele tinha o dele... [...] E eu que comandava o dinheiro. Ainda bem, né? E ele me pedia dinheiro, ou eu dava... (MORADOR 5)

Neste sentido, considerando que a condição humana está relacionada à possibilidade de produção e de consumo (Borges e Cardozo, 2016), o estar excluído

deste cenário em consequência do sofrimento psíquico é ser considerado improdutivo e sem espaço social. Considerando aqui, as atividades laborais nos moldes do trabalho formal, como também as demais atividades que possibilitam o encontro, o estar junto, da socialização. Saraceno (2001), por sua vez, aponta que o trabalho é um importante indicador do funcionamento social e como função recíproca entre o sujeito e os lugares econômicos e sociais, tendo como capacidade intrapsíquica de adaptação. A inclusão no espaço de trabalho pode ser entendida, então, como uma promoção de autonomia e liberdade dessas pessoas, pois, a partir do momento que elas deixam suas casas para produzir e exercer uma atividade, é produzido o sentimento de empoderamento, de utilidade e autonomia (Borges e Cardozo, 2016).

A fala a seguir, por exemplo, retrata o impedimento de liberdade e do empoderamento, de acordo com a opinião do participante, quando não existe o trabalho laboral para que sejam possibilitadas suas funções, como, por exemplo, possuir uma moradia por conta própria e a propulsão da autonomia, o que apresenta, dessa forma, uma contradição da proposta das RTs enquanto moradia:

Não... se fosse pra sair daqui eu sairia pra ir pra casa. Morar sozinho. Mas falou que morar sozinho... quer morar sozinho, mas tem que pagar água, luz... pegar roupa pra lavar, pegar alimentação, aí não dá. Aí já ganho salário que ganho [BPC], vou chegar na casa e pagar?
(MORADOR 1)

As oportunidades dadas aos sujeitos com relação à expansão de suas habilidades por meio da oferta de atividades e desenvolvimento de responsabilidades geram possibilidades de autonomia e de uma melhor desenvoltura. Assim, permitindo que os sujeitos envolvidos em atividades laborais tornem-se aos poucos mais protagonistas de suas ações, e a partir disso, este

protagonismo funciona como “molas propulsoras” para a inclusão social e o resgate de autonomia (Lussi & Morato, 2012).

O trabalho é uma forma de integração social e de resgate da cidadania, que possibilita o sujeito a reproduzir sua vida subjetiva, social e material, viabilizando o empoderamento no que se refere ao poder contratual e relacional no contexto social do louco (Vasconcelos, 2000).

Este sentimento de contentamento e de autonomia propiciado pelo cotidiano de alguém que trabalha e tem sua casa, mesmo que com dificuldades, é ilustrada na fala abaixo:

Quando eu tinha minha casa era melhor, né. Eu... eu saía na hora que quisesse, ia trabalhar cedo... lá em São Paulo eu acordava quatro horas da manhã... pra pegar dois ônibus pra trabalhar com serviço de pedreiro... (MORADOR 1)

As falas apontam que o trabalho para estes moradores está diretamente relacionado com espaço de habitação. Nesse sentido, esses resultados corroboram a importância da habitação e do trabalho ao se propor ações de atenção psicossocial a esses sujeitos. Entretanto, esta atividade laboral apontada pelo autor, se sustenta pela sua capacidade mais ampla de intervenção na vida dos sujeitos de forma reabilitadora.

Segundo Saraceno (2001),

O trabalho para os pacientes psiquiátricos gravemente desabilitados, se entendido como simples desenvolver de determinadas tarefas, pode ser na realidade uma forma ulterior de normas e contenção, de restrição do campo social. O trabalho, entendido como inserção laborativa, pode, ao invés disso, promover um processo de articulação do campo interesses, das necessidades, dos desejos. (Saraceno, 2001, pág. 126).

As oportunidades de trocas materiais e afetivas criadas e multiplicadas pelo

trabalho formam uma “rede de negociação”, ou seja, aumentam a contratualidade dos sujeitos mais vulneráveis de uma sociedade, fazendo com que o mercado – sendo ele o espaço físico e social de trocas – seja determinante para proporcionar a possibilidade das relações entre os membros de uma comunidade (Saraceno, 2001).

O poder de negociação é diferente para cada pessoa, a partir de uma habilidade construída ao longo da vida que perpassa por vários cenários legitimados pela sociedade (família, escola, trabalho, círculo social) e apresentados em um contínuo processo de mudança. Saraceno (2001) aponta este processo como um espaço de troca, espaço social, onde as relações interpessoais acontecem:

Aí não tem aqueles porquinhos de botar moeda? Bola, porquinho? Eu fazia mais ele. [marido] Artesanato. Aí minha filha, eu tinha uma boa renda, né. Eu tinha o meu dinheirinho, ele tinha o dele... (MORADOR 5)

Na fala descrita acima, é possível localizar a inserção laborativa no processo de articulação do campo dos interesses, da autonomia e da individualidade do sujeito, visto que a renda adquirida através do trabalho proporcionou as trocas afetivas e materiais através da venda dos trabalhos manuais. Assim como podemos retratar o poder de negociação e trocas sociais à partir das atividades laborais, a facilitação da formação de redes de negociação através das trocas de mercadorias, proporcionando a possibilidade de relação social:

*Oh doutora... eu estou com um dinheiro lá... uns 320 reais fora mercadoria, né. [comprar mercadoria] Lá perto do CAPS. Lá é mais barato. Vai me levar na Vila Rubim. Será que não tem como abrir uma conta pra mim pra eu não ficar guardando dinheiro? (MORADOR 2)
Tá lá guardando... achei dois Ray Ban. Usar né? Tá bonito! Tô com seis Ray Ban. Eu comprei, com 20 reais. E no outro dia, comprei a carteira, comprei o rádio... (MORADOR 2)*

Os relatos dos participantes, aqueles que trabalhavam anteriormente à

internação, trouxeram a expectativa de retorno às atividades remuneradas, a vontade de voltar a trabalhar e/ou conseguir novamente a sua renda, além de preferirem a época em que ainda trabalhavam:

A isso... eu queria voltar a trabalhar né. Voltar a pescar. Material de construção... eu trabalhava. Mas o patrão não queria porque não queria carteira assinada... eu trabalhava o dia de semana... (MORADOR 1)

Quando eu tinha minha casa era melhor, né. Eu... eu saía na hora que quisesse, ia trabalhar cedo... (MORADOR 2)

Eu queria morar em um lugar bonito. Que tem pássaro cantando e tudo [...] Mas tem que ter muito dinheiro pra pagar. (MORADOR 3)

Enquanto internados, uma condição essencial para a recuperação dos pacientes, de acordo com os estudos de Salles e Barros (2009), é a expectativa de trabalhar. O marco para a construção de uma rede social, do reconhecimento de ser um sujeito capaz de produzir condições materiais para a subsistência e de uma vida saudável, é representada pela entrada ou a permanência no mercado de trabalho (Oliveira, 2007). É o que mostram também os relatos dos participantes com relação ao cotidiano de suas vivências dentro do espaço de internação, que foi sempre relacionado com atividades laborais, não necessariamente terapêuticas, o que remete ao que anteriormente foi discutido sobre a importância do trabalho no cotidiano e na subjetividade do sujeito:

[...] eu passava roupa, limpava roupa... prato, panela [...] Eu lá fazia a mesma coisa. No Aduato. (MORADOR 2)

Eu trabalhava na horta... Eu plantava... couve, melancia... cebolinha, alface... rúcula... almeirão... (MORADOR 1)

O exercício da cidadania e da contratualidade é viabilizada pela inserção na vida laboral, a qual oferta trocas sociais possibilitadas pelo trabalho (Kinoshita, 2001; Saraceno, 1999), e assim sendo, os resultados apontam, assim como propõe Saraceno (1999), que o trabalho está associado à moradia na possibilidade de

construir um lugar social e econômico na sociedade, através de seu poder de reabilitação e estratégia de potencialização da contratualidade.

Dessa forma, o eixo do trabalho da reabilitação psicossocial de Saraceno (2001) promove o eixo do habitar. Pois quando o trabalho laboral já não faz parte do cotidiano dos participantes, as possibilidades de autonomia se reduzem significativamente, gerando, dessa forma, um sentimento de impossibilidade e impotência frente às perspectivas futuras:

*Não... se fosse pra sair daqui eu sairia pra ir pra casa. Morar sozinho. Mas falou que morar sozinho... quer morar sozinho, mas tem que pagar água, luz... pegar roupa pra lavar, pegar alimentação, aí não dá. Aí já ganho salário que ganho, vou chegar na casa e pagar. (MORADOR 2)
Mas se eu tivesse uma casa eu já tinha saído da residência há muito tempo. Mas tá difícil alugar. Comprar. (MORADOR 2)*

A política pública de saúde mental também abarca a questão da renda familiar e pessoal das pessoas com sofrimento psíquico. Além do BPC (Benefício de Prestação Continuada), que é um benefício de assistência social devido à pessoa com e o idoso (Decreto nº 6.214 de 26 de setembro de 2007), este público também é assistido pelo Programa de Volta para a Casa. Os beneficiários recebem um valor mensal de R\$403,00. Dessa forma, a intenção é de que estas pessoas possam, durante o processo de reinserção, viabilizar seus cuidados pessoais através dos benefícios para contribuir com o cumprimento de seus deveres e direitos civis, de cidadão, de consumidor. Entretanto, como é possível analisar através dos resultados, os moradores demonstram a necessidade de retornar ao trabalho, às atividades remuneradas e ao benefício que estas funções apresentam, independente da remuneração. Ou seja, há um desejo de serem incluídas socialmente, para além do recebimento de um auxílio financeiro. O cuidado em saúde mental, assim como nas RTs, dessa forma, não pode ser confundido com ações assistencialistas,

devendo ser permeadas no campo das políticas públicas de saúde.

4.4 Lembranças da internação

A maioria dos participantes relaciona a internação à perda de sua casa, em decorrência de “problemas de família”.

Agora que eu lembrei, eu estava na rua. Porque eu mexia nas coisas do meu irmão, e ele me tocou pra fora... eu estava dormindo na marquise, lá perto da igreja. Do palácio que tem aqui, conhece? Aí eu dormia ali. Aí a pastoral passou ali me viu lá e me mandou pro São Lucas. Me deu laudo e me internou no Adauto. (MORADOR 3)

A entrada no hospital marca a ruptura do cotidiano dessas pessoas e com tudo que lhe é familiar, que faz parte de sua história, de seus afetos, de tudo que lhe dá referência e segurança, enfim, há uma ruptura com aquilo que lhe dá forma como sujeito, com a sua subjetividade.

Aí eu passei muito... apanhei muito...passei fome... frio... (MORADOR 1)

Ah me deu vontade de me enforcar... de tão feio que era o lugar! [...] Só que o negócio lá era o cigarro, e tinha uns que não podiam fumar e fumavam, né? Então eles tacavam no chão, estragavam tudo... aí o coronel só deu pra aqueles que eram crônicos. [...] Aí eles liberavam 2 cigarros por dia, daquele nós fazíamos 4 cigarros! Desmanchava o cigarrinho... e eu ajudava a fazer o cigarro, desmanchava... e depois fazia mais. (MORADOR 2)

Ah aquilo era horrível minha filha... tinha um salão bem grande e um portão. De ferro. A gente não saía, não tinha acesso à nada. Pra “nós” olhar as pessoas, tinha que olhar no buraco do portão. Tipo uma prisão, mais de 60 mulheres. (MORADOR 5)

Tudo o que ocorre dentro dos hospitais psiquiátricos acontece de acordo com o esquema de serviço especializado e médico, modelando as subjetividades conforme as necessidades da instituição, assim como a deformação da realidade

(Pestana, 2014). Esta deformação sugere que o sujeito internado apresente incapacidade de escolha, de autonomia e de realização dos seus desejos, interpretada, então, como um sinal de que não está preparado para viver em liberdade, permanecendo assim, submetido ao tratamento que contribui para a sua segregação, situação inversa do que propõe um local de real habitação.

A perda dos pertences e de sua individualidade segue a lógica própria do hospital, onde os interesses são os únicos que merecem ser atendidos, negligenciando assim, as necessidades e desejos do sujeito institucionalizado.

*Alguns amarrados com aquelas luvas. A gente ficava lá sem calcinha. Não tinha. E se alguém tivesse alguma coisa, alguma roupa, eles roubavam. As coisas boas. Aí a minha família pagava uma mulher pra lavar roupa né. Aí ela tomava conta. Depois minha família desprezou, não pagou mais, aí ela parou de lavar e roubou tudo. (MORADOR 3)
Era bom. Mas só que as doentes catavam as minhas coisas. Catou minhas calcinhas, sutiãs... elas catavam. (MORADOR 4)*

Dessa forma, estar internado faz com que o sujeito padeça, primeiramente, da falta de sua liberdade, afetando seus desejos e anseios, sua subjetividade.

[...] mas aí elas batiam, aplicavam injeção, ficavam dois três dias amarrada... lá. Aí meu anjo... o meu lar foi lá. Eu não tive casa. A minha família também não me procurava. Então eu também deixei pra lá... [...] Ah aquilo era horrível minha filha... tinha um salão bem grande e um portão. De ferro. A gente não saía, não tinha acesso à nada. Pra “nós” olhar as pessoas, tinha que olhar no buraco do portão. Tipo uma prisão, mais de 60 mulheres. [...] Lá internava muita gente, parecia bicho... não tem? A gente parecia animal dentro daquele canto... [...] E a gente lá dormia em um quarto grande, um monte de cama, tinha alguns que gritavam, cagavam, aquela bagunça... e eu continuava deitada ali. (MORADOR 5)

Ademais, a internação de longa data, como é o caso dos participantes, provoca a desfiliação e o distanciamento do que é íntimo, conhecido, assim como o lar. Dessa forma, o sujeito internado perde o que a casa primordial garante enquanto

ninho, concha, aconchego: a proteção, “um canto” no mundo.

Foi ruim... ah “nóis” sofria muito lá. Não quero voltar mais pra aquele lugar mais não. Eles tratavam mal a gente... deram gravata... chute... porrada... e foi e conseguiu colocar no manicômio. (MORADOR 1)

Quando eu cheguei... era preto a parede, tudo sujo... colchão... e tal...e tal... quando eu cheguei eu pensei: Meu Deus! [...] Ah me deu vontade de me enforcar... de tão feio que era o lugar! (MORADOR 2)

A sensação vivida pelo sujeito institucionalizado é de desenraizamento, pois o tempo lhe é subtraído, o espaço, sua cultura e o reconhecimento próprio também, desencadeando o efeito da alienação. Ou seja, a pessoa é despida de si mesma e sofre degradações e humilhações, mudando a forma como vê os outros e a si mesmo (Pestana, 2014). Dentro de um espaço de habitação, do lar, o sujeito possui a possibilidade de escolha, de proteção e, ao mesmo tempo, de liberdade do seu cotidiano. Entretanto, de acordo com o autor, o sujeito que entra em uma instituição como o hospital psiquiátrico, está subitamente sujeito à viver em um planejamento prévio, assim como a ociosidade, fazendo com que ele sinta que o tempo não lhe pertence, pois a instituição apropria-se totalmente do sujeito (Pestana, 2014).

Sendo assim, as instituições provocam o rebaixamento do eu, sendo este processo padronizado. O sujeito passa a ser objeto de uma máquina administrativa, tendo a vida programada, destituído os seus direitos que são permanentemente negados (Pestana, 2014).

Se falasse alguma coisa, minha filha, apanhava e levava injeção! [...] Lá morria gente todo o dia, todo o dia. Eles bem magrinhos, só o osso em cima da cama... (MORADOR 5)

Aí eu passei muito...apanhei muito...passei fome... frio... (MORADOR 1)
Foi ruim...ah “nóis” sofria muito lá. Não quero voltar mais pra aquele lugar mais não. Eles tratavam mal a gente... deram gravata... chute... porrada... (MORADOR 3)

A interferência na individualidade do sujeito também é trazida pelos

participantes quando relatam acerca da falta de pertences pessoais e o furto dos que ainda tinham:

Nossa roupa ficava na casa da família, né. Aí vestia aqueles shorts da clínica, horroroso, sabe. Alguns amarrados com aquelas luvas. A gente ficava lá sem calcinha. Não tinha. E se alguém tivesse alguma coisa, alguma roupa, eles roubavam. As coisas boas. Aí a minha família pagava uma mulher pra lavar roupa né. Aí ela tomava conta. Depois minha família desprezou, não pagou mais, aí ela parou de lavar e roubou tudo. (MORADOR 5)

As instituições realizam, de forma eficiente, a dependência dos sujeitos à internação, pois a força a pedir permissão para exercer atividades que, geralmente, em seu lar e no seu cotidiano em liberdade, realizaria sozinha, como por exemplo, cuidar de seus pertences, ir ao banheiro, fumar, telefonar. Colocando, assim, o sujeito em um papel de submissão, fazendo com que ele não conseguir fugir da coerção, perdendo o controle sobre a própria vida e vivenciando uma angústia crônica com relação às regras impostas e as consequências de desobediência e impossibilidades dentro do espaço hospitalar (Pestana, 2014).

Ah... porque eu queria sair de lá... mas ir embora pra outra... casa... pra outro lugar. Porque lá é internado né? Para tratamentos da cabeça né... (MORADOR 2)

Eu sei que uma vez, a comida lá era arroz, feijão batido e ovo. Era ovo todos os dias, ovo... ovo... e a tarde era sopa, e eu fiquei até com nojo de comer macarrão, de tanta sopa que era... (MORADOR 5)

Os participantes relatam não terem recebido visita durante os anos que permaneceram internados prática recorrente nos hospitais psiquiátricos. Para Kinker (2012), teoricamente, o paciente estaria protegido das ameaças externas e a família, dos sofrimentos enfrentados com ele dentro do convívio familiar. Porém, o autor afirma que, em via contrária a essas demandas, encontram como resposta o abandono que se reproduz no interior do manicômio, que traz uma baixa ou nula

expectativa de melhora dos pacientes, ou de inseri-los novamente nas suas comunidades.

Os sentimentos de medo, solidão, falta de liberdade e saudade também aparecem como lembranças do período de internação, justificadas pelo motivo de “não terem para onde ir”.

Aí eu falei: será que eu não vou sair daqui, meu Deus? Aí... não sei... Daniele, Giovana... Doutor... arrumou um lugar, né? Falou que ia arrumar um lugar pra mim, né? (MORADOR 1)
Só fizeram uma reunião e falaram pra nós. Ficávamos esperando um lugar pra “nós” ir. (MORADOR 3)
Ah minha filha... era um horror. Me sentia mal. Mas nós não “sabia” pra onde ir. (MORADOR 5)

As relações interpessoais dentro do hospital foram destacadas como positivas com relação aos demais pacientes, porém, conturbada com alguns funcionários do hospital.

Era legal. Eu com eles, né. Porque eles não eram comigo não. Não tinha nenhum que tratava bem. [...] A assistente social que tinha, a gente falava com ela quatro vezes, ela dava as costas nem escutava. Nem falava nada. (MORADOR 5)

As relações interpessoais com alguns profissionais do hospital são permeadas pelos maus tratos, seja por agressões físicas ou contenção, além de furtos de pertences pessoais. Este fato acontece, pois, muitas vezes, há subjugamento realizado por alguns profissionais, a opressão o controle exercido por eles diante dos pacientes.

Assim, as lembranças da internação, por muitas vezes, foram relacionadas às relações estabelecidas com outros internos e com profissionais.

Tirava sangue quando precisava... tirada pressão... o doutor Benedito, Amorim... Cica... dava choque (MORADOR 1)
Aí o... tinha uns homens que trabalhavam lá no HCTP. Um gordão de bigode, né? Que falava assim: “oh“seu Galin”, o senhor parece o véi

Dito!” e você é o que meu? “sou seu pai, pega um cigarro aqui!” (MORADOR 2)

Daniele... Giovana... Vanessa... até hoje eu me preocupo com ela. Aí eu passei muito... apanhei muito... passei fome... frio... mas não era com essa diretoria não né? Era outro diretor. Do Dr. Alcides. [...] O Bené, o tal de Benedito... um branco, né? Trabalhava lá... era preso, era paciente também né? Aí pegava... ele que dava janta, café, almoço. Com o carrinho, né? Aí ele falava assim: ó... e a gente falava: to com fome... aí tava eu e mais um na cela, né? Só saía pro banho de sol. Aí chegava na hora do almoço e falava que tava com fome. Aí ele vinha, pegava meu almoço, pegava dos outros, pegava o pão... tomava o café...(MORADOR 2)

Era legal. Eu com eles, né. Porque eles não eram comigo não. Não tinha nenhum que tratava bem. (MORADOR 5)

Nas lembranças, muitos dos participantes relatam casos que aconteceram com eles durante a internação, com nomes de demais pacientes e profissionais da época, remetendo, assim, às suas relações estabelecidas durante o período em que se mantiveram afastados do convívio social estabelecido previamente à internação. Este fato aponta para uma maneira possível encontrada pelos participantes para a sustentação de sua subjetividade e vínculos afetivos, nos períodos de reclusão e alienação provocados pela internação psiquiátrica.

E tinha um lá que era a cara do meu pai. Era enfermeiro... trabalhava com o doutor Zaca. [...] Eu falei “você parece com meu pai!”. Aí ele falava assim: “que time você torce?”, eu falava “flamengo!” aí ele virou e falou assim: “é, posso ser seu pai também...”. Meu pai gostava muito do Zico... (MORADOR 2)

Era assistente social agora é vice diretora. Uma vez eu falei com ela assim... e pensei “meu deus, será que é minha filha!” (MORADOR 2)

O período no hospital psiquiátrico também aparece como uma alternativa à moradia, seja pela perda da casa natal, seja pela perda ou prejuízo dos laços familiares devido ao surto, como anteriormente discutido. A impossibilidade, dessa forma, de um lugar posterior à internação, antes da oportunidade da Residência Terapêutica, os afetou de forma a fazer com que aparecesse o sentimento de

desesperança frente ao futuro e também a cogitação da possibilidade de permanecer no hospital.

Assim mais... agora é melhor porque fica assim mais solto... no Adauto também, se for assim fica no Adauto. [...] No adauto eu ajudava os pacientes. A cuidar. Dar banho em mulher, em homem. Na casa a mesma coisa... É a mesma coisa. (MORADOR 1)

Só fizeram uma reunião e falaram pra nós. Ficávamos esperando um lugar pra “nós” ir. Genessias não queria ir pra residência, queria voltar pro Adauto. (MORADOR 3)

Tinha vezes que ela chorava, filha. Pra Deus abrir a porta pra mim, pra alguém cuidar de mim. Porque eu não tinha aposento, não tinha nada, lá eu não podia ficar, nos amigos ninguém queria, né. (MORADOR 5)

Dessa forma, o diálogo entre os sujeitos internados são limitadas, afetando também a transmissão de informações dentro do hospital, assim como acerca do seu destino. A imprevisibilidade remete ao controle exercido dentro da instituição, que se faz “necessária” à equipe dirigente. O sentimento de dependência do hospital é suscitado em muitos, pela falta de conhecimento sobre o próprio destino, correspondendo, após anos de internação, às expectativas institucionais, cumprindo o papel de sujeito institucionalizado, apático (Pestana, 2014). Dessa forma, muitos deles sentem-se impedidos de sair do hospital e se realocar no mundo, seja para o retorno para o lar, ou outra possibilidade de habitar.

Quando questionados com relação ao local preferido dentro do hospital, daqueles que conseguiram apontar algum local possível, foi sempre relacionado ao externo do espaço hospitalar, como por exemplo, a cama perto da janela, o CAPS anexo ao hospital e o pátio. Entretanto, houve uma dificuldade no geral de descrever, sendo que todos tiveram dificuldades de falar do assunto. O preferido no hospital é o fora hospital:

Lugar preferido? Ah... ajega né? Era perto da janela, né? Olhando passarinho... fumando um cigarrinho...tomando um cafezinho... dentro da cela, né? Mas olhando para fora (MORADOR 1)

Dessa forma, a possibilidade de um lugar preferido dentro de um espaço hostil como o hospital psiquiátrico é possível, porém, apresenta-se como uma “ponte” para o externo, para a vida fora dos muros do hospital.

Existe, na saúde mental, a noção de iatrogenia, que, por hipótese, atribuída aos serviços de saúde mental o efeito de favorecer a conservação dos pacientes no que se reconhecia como patologia (Vechi, 2004). Esta noção ainda é utilizada no discurso científico atual, fazendo com que os fatores envolvidos no atendimento em saúde mental estejam associados à produção de patologias, diferentes da inicial que motivou a procura de tratamento. Dessa forma, de acordo com o autor, a internação passa a produzir efeitos adversos ao terapêutico proposto, estimulando a “conservação” da patologia.

Na lógica da internação, a geração de iatrogenia está relacionada aos modos de compreender, classificar e definir a loucura, para além de um resultado de uma assistência insuficiente, mas sim como um subproduto de uma atuação profissional que favorece a patologização da clientela (Vechi, 2004).

Sendo assim, a lógica da internação, ao invés de recuperar e de reintegrar o sujeito na sociedade, reforça a doença mental. Neste processo, acontece o lento progresso de mortificação do ego (Amaral, 2005). A perda do contato com a sociedade, perda de seus pertences, fatores controlados pela administração do espaço hospitalar, o ócio e a atitude autoritária dos funcionários, o ambiente característico das enfermarias, e a própria perda de perspectivas fora da instituição, são fatores que demonstram o caráter da iatrogenia (Rossato, 2006).

4.5 A transição para a Residência Terapêutica

A maioria dos participantes relata que queria sair do hospital enquanto estavam internados, relatando solidão, saudades de pessoas queridas:

Sentia solidão. Saudade de algumas pessoas. Eu pensava muito na minha filha... [...] Aí eu falei: será que eu não vou sair daqui, meu Deus? (MORADOR 2).

Os relatos apontam para a angústia dos moradores que ressaltam não ter para onde ir e onde morar, e que por isso estão na RT. As falas também trazem o medo de perder a vaga:

Porque eu não tenho casa, né? Então é tão bom porque lá tem comida boa... tem cigarro... [...] Porque eu não tenho casa, né. Não tenho casa. Mas quando eu deito assim... eu fico pensando assim... “oh meu deus... se eu perder esse lugar aqui, pra onde é que eu vou?” (MORADOR 2)

Eu queria morar na casa da minha irmã, lá tem uma casa alta do lado onde ela mora. E está alugando aquela casa... (MORADOR 3)

Eu agradeço todos os dias essa porta que ele me deu, né. E se não fosse ela eu já estava na rua. [...] Graças a Deus o governo fez isso com a gente. (MORADOR 5)

Os dados apresentam que há uma impossibilidade de escolha ao sair do hospital, e que, ao se deparar com a oportunidade de residir na RT, há um contentamento com a residência, justificado pela inexistência de outra possibilidade de morar. Dentro dos afetos envolvidos sobre a RT, existe na fala dos moradores, a necessidade de se contentar com o que tem, visto às impossibilidades e a inexistência de outra escolha.

Não, eu não acho ruim não... porque a gente não pode cuspir no prato

que come não [...] Não, no momento está bom né? Deus está me ajudando, né? Tô comendo, dormindo, tomando remédio... sempre vou na igreja... (MORADOR 2)

Porque eu não tinha aposento, não tinha nada, lá eu não podia ficar, nos amigos ninguém queria, né. E essa casa aí que eu tô aguentou. (MORADOR 5)

Meu dinheiro que eu recebo, que eu recebi já tinha dado pra comprar... alugar uma casa. Fazer o que, tem que se virar com o que tem. (MORADOR 1)

O sentimento de contentamento diferencia-se do que Saraceno (2001) aponta como o significado de habitar um espaço. O estar e o habitar, para o autor, diferencia-se pela forma de apropriação do espaço. O estar, não há apropriação mesmo que material, simbólica ou emocional, como acontece com os participantes. O habitar é a possibilidade de ocupar o espaço onde se vive, com as apropriações necessárias.

Para além do local de abrigo, Saraceno (2001) aponta que a casa para a pessoa com sofrimento psíquico é um lugar a ser conquistado, ou seja, é necessário voltar-se para o espaço real de abrigo para identificar como o sujeito habita, para a partir disso, promover a conquista deste espaço e o desenvolvimento dos desejos, habilidades e emoções que circundam o habitar, além do vínculo com os demais moradores daquele espaço.

As pessoas com sofrimento psíquico que não possuem uma casa, ou sua rede social é fraca, ou elas não possuem capacidade de produção social relevante. Dessa forma, o poder de contratualidade, de acordo com o autor, tende a ser zero, e é na troca, no poder contratual do sujeito, que se criam as relações entre os membros da comunidade. Para o autor, as funções da reabilitação psicossocial se referem a uma conquista concreta, que seria a casa, e a ativação de desejos e habilidades ligadas ao habitar, sendo este último eixo, o do habitar, o primordial para a reabilitação. Partindo das políticas públicas que implementam as RTs, este serviço

está direcionado para sujeitos que “[...] não possuam suporte social e laços familiares” (Brasil, 2001, s/p). Dessa forma, para pessoas que possuem a fragilidade do abandono e da exclusão social, e assim, mesmo que o serviço seja para possibilitar a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, essas pessoas retornam para a sociedade com esta dificuldade já determinante.

A expectativa de sair do hospital e poder conseguir “um canto” para viver, torna-se significativo na perspectiva de se obter um local de referência e proteção, conforme exposto pelo Morador 5. O desejo de sair do hospital é acompanhado da insegurança de não saber para onde ir:

Ah minha filha... era um horror. Me sentia mal. Mas nós não “sabia” pra onde ir. [...] Eu perguntava pro Dr Silvio, arranja um lugar pra mim... ele falava: não, vou dar um jeito, acho que o governo vai arrancar um canto pra vocês. [...] Ela orava sempre pra Deus arrancar um canto pra mim, um caminho. Tinha vezes que ela chorava, filha. Pra Deus abrir a porta pra mim, pra alguém cuidar de mim. Porque eu não tinha aposento, não tinha nada, lá eu não podia ficar... (MORADOR 5)

Este relato traz a necessidade de habitação como proteção, reafirmando a teoria de Bachelard (1974). O autor afirma que a casa é nosso ponto de referência, não só tendo como função a habitação, mas também de proteção. Isso indica a necessidade em pensar a casa para os ex-internos como local em que se sintam protegidos. Nesse sentido, a dimensão individual na produção de subjetividade desses sujeitos precisa ser considerada e o objetivo de proteger essas pessoas deve considerar o que é “sentir-se protegido” para cada um deles, trazendo a necessidade de envolver os ex-internos nesse processo de escolha deste lugar.

No entanto, os relatos sobre a notícia da saída do hospital revelam que, ela foi dada, em sua maioria, por profissionais do hospital, evidenciando de que eles iriam conseguir “um canto” para os internos, independente de ser o local desejado por

eles, sem que eles participassem desse processo.

*Doutor... arrumou um lugar, né? Falou que ia arrumar um lugar pra mim, né? Aí Daniele falava assim: "Gildo, já já a gente arranja um lugar pra você!". Daniele... Vanessa... aí falou assim: "tem uma vaga lá". (MORADOR 2)
Ficávamos esperando um lugar pra "nós" ir. (MORADOR 4)*

Os participantes relatam que não poderiam permanecer no hospital e que também não escolheram o local para onde iriam, mesmo com a garantia da saída deles do hospital.

Porque eu pedi pra sair... porque eu era de lá... então falaram que eu tinha que passar um tempo nas casas... que eu ia sair de lá também... porque ninguém ia ficar mais lá né. E ficar sozinho não podia lá, né. (MORADOR 1)

Um participante aponta que, para ser uma casa de verdade, a casa precisa ser própria, não alugada ou emprestada. Assim como os demais, que sugerem que sua casa é a casa em que viveram por mais tempo e/ou casas que um dia foram proprietários.

*Lá não é casa não. Casa coisa nenhuma. Casa, casa... quando a gente fala... é casa própria, né. Aquela casa não é minha porque é alugada a casa... é alugada... (MORADOR 1)
Eu nasci em Jaguaré, né? Mas a minha casa que meu pai deixou é lá de Sooretama. [...] Eu morava... Lá no fundo da casa do meu pai, né? Meu pai morava na frente da casa e eu construí a casa... [...] Eu morava sozinho. Tinha a... a mãe do meu filho que ia lá de vez em quando na minha casa [...] Aí comprou a casa. E eu disse: "ah, essa casa aqui eu fico!" (MORADOR 2)
Eu queria morar na casa da minha irmã, lá tem uma casa alta do lado onde ela mora. E está alugando aquela casa. (MORADOR 3)*

A casa é um local a ser conquistado, para além de um espaço para o

abrigo da loucura, assim como os hospitais. Ou seja, a discussão do local de vivência para estas pessoas, vai para além do espaço físico, mas sim, como locus de existência. Bachelard (1957) propõe a função primordial de proteção da casa, tendo em vista os “espaços felizes” como “espaços de posse”. Os espaços construídos e possuídos pelo homem é defendido dessa forma contra as forças adversas da natureza. “Todo espaço realmente habitado traz a essência da noção de casa (...). Ela mantém o homem através das tempestades do céu e das tempestades da vida. Ela é corpo e alma. É o primeiro mundo do ser humano” (pág. 200).

Assim, reiterando-se a idéia de Saraceno (1996), é importante focalizar o espaço real da casa e identificar a forma como os sujeitos habitam o espaço, e então, articular a conquista da casa a partir dos desejos, habilidades e emoções com relação ao habitar, assim como os vínculos com as demais pessoas que ali habitam. No entanto, considera-se a importância da Residência Terapêutica que surge como uma possibilidade para além do hospital psiquiátrico, visto que é um local que se encontra externo aos seus muros, inserido no território. Entretanto, a RT, mesmo como uma possibilidade de local de moradia, ainda que temporária, só será possível ser habitada a partir do momento em que ela for verdadeiramente aceita como um real espaço de vivência possível, um espaço de habitar. A RT é proposta como a finalidade de habitação, e que possa se assemelhar as demais moradias, ou seja, um lar (Martins, Peres, Souza & Almeida Filho, 2012), porém, não sendo possível afirmar que as RTs sejam, contudo, um lar para todos os moradores, mesmo que sua proposta seja de interação social e valorização da subjetividade e individualidade dos moradores.

A legislação das Residências Terapêuticas traz, no Art. 2º, parágrafo 3º da Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011, a definição de que “as duas modalidades

de SRTs mantem-se como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados à rede de serviços de saúde”. O serviço, dessa forma, é descrito enquanto unidades de moradias, entretanto, não há garantias de que a mesma seja considerada, de imediato, um lar por todos os moradores. As residências terapêuticas apresentam-se enquanto um espaço possível, evidenciando a dualidade enquanto entender a Residência Terapêutica como um serviço e/ou como uma moradia, sustentada desde a sua legislação. Contudo, sustenta-se no fato de que ela é uma casa em movimento, em construção.

A impossibilidade de escolha – de ir para a RT - elucida a exclusão que a loucura, praticada dentro dos locais de internação. Pois, apesar do discurso da reforma e da superação do hospital psiquiátrico, a lógica de exclusão, separação e de indiferença para com a subjetividade e desejo dos sujeitos permanecem. Assim, é necessário estar atento para que esses espaços não sejam a reprodução do manicômio. Vieira (2007) aponta que o número de loucos nos asilos diminui, mas não pela ressignificação da loucura na sociedade, mas, pela criação de casas destinadas a receber exclusivamente os insensatos.

Os participantes relatam que receberam a notícia da ida para a RT no mesmo dia ou em dias próximos em que saíram do hospital:

Foi... três dias. Eles fizeram uma reunião, onde cada um ia ficar com um, com outro... quem se dá “mais bem” do outro... eu não gosto disso não. (MORADOR 1)

No dia mesmo, nem deu tempo de me despedir do pessoal... tenho uns colegas lá que ficaram até chateado... porque eu não me despedi... me despedi só dos que estavam lá dentro comigo. Na cela, né. (MORADOR 2)

Não, foi elas chegaram, falaram que a gente ia se mudar e sair dali, aí falaram no dia, no mesmo dia a gente saiu. (MORADOR 5).

Nenhum dos participantes lembra como foram para a RT, não sabiam quando seria a saída.

*Não sabia não. Eu sabia que ia um dia. Tava perto já... [...] Ah, eu perguntava direto... Aí levaram né. (MORADOR 2)
Ficávamos esperando um lugar pra “nós” ir. (MORADOR 3)*

Os relatos apontam a ausência de participação dos ex-internos no processo de passagem para a residência, assim como a ausência de preparação para o processo de desospitalização. Peres, Oliveira, Stipp e Almeida Filho (2013), apontam que a transferência dos sujeitos às RTs exige destes, condições psíquicas para o estabelecimento de novos vínculos para a reinserção social, pois se deparam com um ambiente diferente do que conheciam antes da internação, discrepante com sua casa, a qual tinham expectativa de retornar. Entretanto, ao pensar na ida da RT como uma transição, o sujeito passaria de um cuidado absoluto para seguir em direção à uma vivência social, mesmo que limitada, encontrada na ida para a RT. Sztajnberg e Cavalcanti (2014) apontam a importância de pensar na RT como um local de passagem, apontando para outras possibilidades que não apenas a RT, e dessa forma, oferta-se ao morador, um ambiente facilitador para que ele crie seu próprio modo de viver.

Para além do local de abrigamento, Saraceno (2001) aponta que a casa para a pessoa com sofrimento psíquico é um lugar a ser conquistado, ou seja, é necessário voltar-se para o espaço real de abrigamento para identificar como o sujeito habita, para a partir disso, promover a conquista deste espaço e o desenvolvimento dos desejos, habilidades e emoções que circundam o habitar, além do vínculo com os demais moradores daquele espaço.

As pessoas com sofrimento psíquico, que não possuem uma casa, ou sua

rede social é fraca, ou elas não possuem capacidade de produção social relevante. Dessa forma, o poder de contratualidade, de acordo com o autor, tende a ser zero, e é na troca, no poder contratual do sujeito, que se cria as relações entre os membros da comunidade. Para o autor, as funções da reabilitação psicossocial se referem a uma conquista concreta, que seria a casa, e à ativação de desejos e habilidades ligadas ao habitar, sendo este último eixo, o do habitar, o primordial para a reabilitação.

É importante considerar nesse processo que os sentimentos referentes à saída do hospital, relacionam-se ao desejo de retornar para a sua casa, e não ir para a RT ou para outro lugar, independente de terem a informação de que teriam “comida boa” e poderiam passear.

*Pode ter... [opção] só se for pra morrer né. A morte. (MORADOR 1)
Ah, fiquei alegre né. Ela disse que ia ter comida boa, que eu ia encontrar meus colegas [...] Pra casa. Pra casa da minha mãe. Aí a psicóloga disse que “oh você pode sair daqui, mas não vai voltar mais pra casa não. Não tem lugar pra você aqui mais não”. (MORADOR 2)
Ah... porque eu queria sair de lá... mas ir embora pra outra... casa... pra outro lugar. (MORADOR 3)*

O desejo de retorno à casa que é considerada, por eles, o seu lar, é consoante com que Bachelard (1974) aponta com relação às lembranças da casa. Estas lembranças estão no inconsciente do ser humano e sempre quando vamos para uma nova casa, retomamos lembranças das antigas moradas, vivenciando fixações de felicidade, através de lembranças de proteção. O autor salienta: “Quando se sonha com a casa natal, na profundidade extrema do devaneio, participa-se desse calor primeiro, dessa matéria bem temperada do paraíso material” (Bachelard, 1974, p.211). Ainda sobre as lembranças e desejos relacionados à casa primordial, o autor afirma que todas as casas em que moramos e aquelas em que

desejamos morar, possuem uma essência íntima e concreta que acaba por justificar a singularidade que atribuímos a todas as nossas imagens (Bachelard, 1974, p.213). Para Bachelard, a primeira casa é o nosso primeiro universo, assim como a nossa família é a nossa sociedade inicial, o nosso mundo particular.

Nesse processo, a lógica manicomial de mortificação do eu (Goffman, 1961), em que as necessidades e desejos do sujeito são desconsiderados ou mesmo inexistentes para a instituição, faz-se presente em falas dos participantes quando relatam terem saído do hospital sem seus pertences pessoais, roupas e documentos de identificação. As relações dentro das instituições tendem a adequar o sujeito, através da mortificação do eu. E assim, são utilizados mecanismos que permitam essa anulação, através de ações que os igualam perante aos outros – mesmas posições, mesmos uniformes herdados, mesmas regras - o sujeito perde sua identidade, sendo impedido de exercer os direitos e desejos que eram conferidos em sociedade. Passando a depender, assim, da instituição para atividades comuns, como tomar banho, tomar sol, e demais atividades privativas e pessoais.

Não tinha nada lá. Vestia a roupa da casa lá. [...] Da clínica. Nossa roupa ficava na casa da família, né. Aí vestia aqueles shorts da clínica, horrroso, sabe. Alguns amarrados com aquelas luvas. A gente ficava lá sem calcinha. Não tinha. E se alguém tivesse alguma coisa, alguma roupa, eles roubavam. (MORADOR 5)

4.6 A vivência na residência terapêutica

A maioria dos participantes prefere a RT ao hospital, relatando que é melhor do que na internação:

Eu esqueci até um pouco de lá, eu tava tão preso... eu tava vendo a minha filha... e, aqui eu penso mas não penso tanto, né? Eu ficava preso e pensava muito. Com saudade... (MORADOR 2)
Eu queria ficar na residência mesmo. Gostei. (MORADOR 3)

Prefiro [a RT]. Porque ali é melhor. (MORADOR 5)

No entanto, estar na RT não significa estar satisfeito em relação à moradia, ao seu lugar de habitação, à sua casa:

No Aauto eu já ficava com muito homem, homem... nas casas esse monte de homem... Oriente um monte de homem... Ah, aí não... [...] Porque fiquei ali no Aauto. O Aauto é ali perto, não mudou nada. [...] É perto do Aauto. Logo ali em cima. Vai até a pé. Agora eu posso ir lá subindo no Aauto... as mesmas pessoas do Aauto estão na casa... aí não dá. [...] Podia ser mais... melhor né? Assim mais... agora é melhor porque fica assim mais solto... no Aauto também, se for assim fica no Aauto. (MORADOR 1)

Na fala do Morador 1, ao comparar a RT ao hospital, e não compará-la à outras opções de moradia, o participante aponta para a realidade da RT distante do seu ideal de casa. Ao discutirmos o lar quanto um local de habitação, de acordo com Bachelard (1957), habitar um espaço é uma função, e sem ela, o estar dentro de um espaço físico considerado casa, não garante que o sujeito "se sinta em casa".

Destarte, a Residência Terapêutica surge como uma possibilidade para além do hospital psiquiátrico, visto que é um local que se encontra externo aos seus muros. Entretanto, a RT, mesmo como uma possibilidade de local de moradia, ainda que temporária, só será possível ser habitada à partir do momento em que ela for verdadeiramente aceita como um real espaço de vivência possível, um espaço de habitar. A RT é proposta como a finalidade de habitação, e que possa se assemelhar as demais moradias, ou seja, um lar (Martins, Peres, Souza & Almeida Filho, 2012), porém, não sendo possível afirmar que as RTs sejam, contudo, um lar para todos os moradores, mesmo que sua proposta seja de interação social e valorização da subjetividade e individualidade dos moradores.

Mesmo não sendo o lar ideal, afirmam que preferem a RT ao hospital, pois

tomam remédio, se alimentam e dormem, não são maltratados, que não se sentem sozinhos. Além disso, apontam para a comodidade de estarem acostumados com o local e com as pessoas que vivem na RT.

Então é tão bom porque lá tem comida boa... tem cigarro... (MORADOR 2)

Porque lá a gente pode sair a hora que quer e voltar. (MORADOR 3)

Já acostumei. Com tudo. Com todo mundo lá. Vou adoecer se eu sair de lá... [...] Eu to falando que se eu sair de Santana eu vou adoecer... porque já estou acostumada. Com todo mundo. (MORADOR 4)

Diante da descrição, é possível traçar um paralelo com as definições que os participantes apresentaram acerca dos pontos que gostavam em suas casas, anteriormente à internação, que não foi apontado como correspondentes ao que é encontrado na RT. Como por exemplo, os objetos que pertenciam a eles, – som, rede, televisão – além dos espaços preferidos dentro da casa, que sempre remetiam à individualidade, à privacidade: o quarto, a cama, o quintal, a sala.

Em relação ao cotidiano na RT, os participantes relatam que é permeado entre sair e voltar para a RT, sem descrever detalhes de atividades sociais, porém, apresentando algumas delas, que são realizadas diariamente.

Vou falar a verdade...Eu trabalho... eu estendo roupa... estendo roupa... lavar vasilha... prato... panela... [...] Sabe que eu não sei... o que eu faço... ah, eu... as vezes vou no supermercado e volto. (MORADOR 1)

O dia a dia é... eu saio pra catar latinha, né? Eu acordo cedo, saio seis horas e vou catar latinha. Sete horas eu volto... só ali por perto. Eu não saio mais pra longe não. Ontem eu fiz 10 reais de latinha. Os vizinhos que trás “nós”! (MORADOR 2)

A gente sai pra rua. Vou ver meus amigos no supermercado Internacional... (MORADOR 3)

Estou, estou indo no CAPS. Segunda e terça. Lá eu faço... eu lavo os pratos, ajudo. (MORADOR 5)

Estas atividades proporcionam a socialização, a interação com a comunidade.

Entretanto, para a realização destas tarefas, os participantes evidenciam a necessidade de se negociar sua liberdade e a contratualização de sua autonomia. Sendo assim, revela-se um cotidiano marcado por controle por parte dos profissionais, ultrapassando o que é esperado do cuidado. Surge a necessidade da atuação dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito da intersetorialidade para garantir estes direitos com base na autonomia. Assim, evidenciar a busca de intervenções para o desenvolvimento da construção da identidade social, emancipação política, reconhecimento enquanto cidadão de direitos, ou seja, trabalhando na emancipação do sujeito, como preconiza o SUAS (Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993).

O dia a dia na RT de possuir horários e das atividades realizadas pelos moradores por parte do serviço, o que não permite a negociação da autonomia dos moradores, como por exemplo, o acordo sobre horários de sair e voltar para a RT, fazer suas atividades diárias, até mesmo no interior da residência.

Quando eu tinha minha casa era melhor, né. Eu... eu saía na hora que quisesse, ia trabalhar cedo... lá em São Paulo eu acordava quatro horas da manhã... pra pegar dois ônibus pra trabalhar com serviço de pedreiro. [...] Agora... eu saía cedo e voltava né? Catava latinha e voltava né? Ia na pracinha, fumava um cigarro... (MORADOR 2)

É porque tem que avisar pra empresa, né. Quando for beber. Até quando for sair pra casa da minha irmã tem que avisar lá... no Aduato. No escritório. (MORADOR 1)

Tem horário de almoço, de chegar e sair. (MORADOR 3)

Plantão da noite, eu gosto de ajudar ela porque todo mundo dorme cedo, e eu vou dormir sempre mais tarde, aí fico assistindo novela com ela, lavo os pratos. Aí depois ela me pega, sobe as escadas, me leva pro meu quarto, e eu vou dormir. De manhã me pega de novo, me desce as escadas... e é assim... (MORADOR 5)

Dessa maneira, pôde-se identificar a dificuldade de manejo do serviço enquanto substitutivo à internação, visto que há a necessidade de se avaliar e

acompanhar sempre o serviço para que não se corra o risco de prolongar o manejo tutelar dentro das residências, fazendo com que o serviço não se restrinja a uma política insubsistente (Matos & Moreira, 2013).

Em consonância com que Sztajnberg e Cavalcanti (2014) ressaltam, funcionaria como uma transição, uma passagem de um cuidado absoluto para seguir em direção para a vivência, ainda que limitada. Dessa forma, a RT funcionaria como um local de transição, apontando para a oferta de possibilidades para além da RT, facilitando a construção e manejo de sua autonomia, com um ambiente facilitador para que ele possa criar seus modos próprios de vivência.

Assim, os participantes relatam que ajudam na limpeza e organização da casa, indicado também como atividades diárias dentro da RT.

Eu dou fumo pra eles... e a mulher hoje não foi, eu comprei fumo... dei pra eles... eu encho pote de água... fui dormir mais de 9 horas da noite. Pra ter água gelada. Porque eles não enchem... eu lavo as coisas, lavei lá na frente... na área... eles pedem. Mas não posso pegar no pesado. (MORADOR 2)

Lá eu faço... eu lavo os pratos, ajudo. (MORADOR 5)

Vou falar a verdade... Eu trabalho... eu estendo roupa... estendo roupa... lavar vasilha... prato... panela... (MORADOR 1)

Ao pensar as atividades enquanto estímulo de autonomia dentro da RT, os moradores relatam, como nas falas acima, que ajudam por solicitação dos funcionários da residência. No entanto, Sprioli e Costa (2011) ressaltam a importância de se pensar no cuidado em saúde mental desde o interior das residências, as dificuldades encontradas pelos profissionais, a falta de capacitação, incentivo e orientações para lidar com os moradores e as dinâmicas de trabalho existentes dentro da RT.

Sobre as relações interpessoais, apontam como positivas entre os demais

moradores, entretanto, não recebem visitas dos parentes e nem de amigos na RT. Apontam para seu distanciamento para com os entes queridos e amigos.

Minha mãe vendeu a casa. Agora estou sem lugar pra ir. A mãe morreu, a irmã diz que não pode ir lá, não pode. [...]: Ah hoje em dia é difícil né... minha mãe morreu, né. Meus irmãos morreram tudo... só se eu fosse casado, né. (MORADOR 1)

Eu tenho vontade... as vezes eu penso nela, será que ela tá passando fome, ou não... eu penso nisso. (MORADOR 2)

Ah porque fico perto, estou muito longe delas [irmãs]. É perto delas. Mas é muito caro. [...] Eles batem em mim. Quando eu morava com eles. (MORADOR 3)

Sozinha eu não consigo. Eu teria com meu marido. Se ele voltasse pra mim né, mas eu não sei se ele tá morto, em alguma igreja, alguma clínica... deixa mais pra frente, deixa eu ficar melhor que aí eu vou procura-lo... (MORADOR 5)

A retomada da aproximação e dos laços familiares e de pessoas queridas se faz muito importante no processo de reinserção social que a residência terapêutica propõe. Ao pensarmos a RT enquanto um processo transitório é importante repensar o percurso da reabilitação psicossocial através do trabalho de reaproximação e fortalecimento dos vínculos afetivos (Matos & Moreira, 2013). Posto que, nesta perspectiva, a família pode ser um quarto vértice dos que centralizam a reabilitação psicossocial proposta por Saraceno (1996), juntamente com o trabalho, lazer e a casa, mesmo que, por muitas vezes, como foi observado, os participantes já não possuem mais os vínculos familiares preservados. Fazendo, desta forma, que seja necessária a tentativa de reaproximação e fortalecimento dos laços sociais.

Ainda sobre a convivência com as pessoas da RT e com a comunidade, os participantes relatam não terem muito contato com vizinhos e demais pessoas do bairro, apesar de um deles relatar convivência harmoniosa.

Eu não saio mais pra longe não. Ontem eu fiz 10 reais de latinha. Os

*vizinhos que trás pra “nós”! (MORADOR 2)
Hoje em dia mesmo foi mudar um vizinho lá perto de “nós”. Mora do
nosso lado. (MORADOR 3)
Ah é legal, faltou água esses dias e a vizinha encheu dois baldes de
água da casa dela e levou pra gente. Só tem uma que eu conheço, o
resto não conheço não. (MORADOR 5)*

Este fato aponta para que Ribeiro Neto e Avellar (2016) descrevem como duas vertentes contraditórias, em que se faz necessário pensar com a contradição em relação às RTs. Os autores afirmam que apesar de que existam também aspectos favoráveis à reintegração social de ex-internos de hospitais psiquiátricos, a desinstitucionalização ainda encontra barreiras e pouca adesão social.

Dessa forma, os participantes também apresentam dificuldades de se considerar a RT enquanto um lar.

*Mas se eu tivesse uma casa eu já tinha saído da residência há muito
tempo. Mas tá difícil aluguel. (MORADOR 1)
[onde é a sua casa?] É lá na residência que eu to, né? [...] Minha casa?
... A casa que eu tinha era lá em Sooretama que eu ia comprar...
(MORADOR 2)
Eu gosto dali. O pessoal lá é legal, não maltrata a gente nem nada.
(MORADOR 3)
[onde é sua casa] Só essa de Guarapari. Eu pagava aluguel lá.
(MORADOR 5)*

Os dados apresentam-se como um questionamento de pensar a clínica da moradia, sob o olhar das novas práticas de saúde mental e de cuidado produzidos pela desinstitucionalização e os demais dispositivos de tratamento tradicionais. Existem dificuldades com relação a um processo inovador como o SRT, ainda que o projeto prossiga construindo idéias e respostas para os desafios encontrados no serviço (Argiles, Kantorski, Wellrich, Antonacci & Coimbra, 2013).

As falas dos participantes direcionam-se para o fato de que eles se acostumaram com tudo e com todos na RT, e que por isso, aceitam estar naquele

espaço e viver com aquelas pessoas.

De casa? Ali perto mesmo de Tabuazeiro... pra lá eu não conheço. [...] Será que não sai muita confusão não, ir pra outra residência? (MORADOR 2)

Na residência. Porque ali a gente pode adoecer e tem médico e tudo. E lá [hospital] não tem. (MORADOR 3)

Eu gosto de todos lá [RT] como se fosse minha família. Mora junto, né? (MORADOR 3)

Gosto. Já acostumei. Acostumei com as meninas de lá. Acho que se eu sair de lá vou adoecer... (MORADOR 4)

Em relação ao que se oferece como residência aos moradores, é importante questionar se seria possível alcançar o idealizado por eles. De acordo com Matos e Moreira (2013), não é possível afirmar que a RT seja o ideal de assistência a pessoas com sofrimento psíquico, entretanto, a busca incessante pelo modelo de desinstitucionalização deve estar presente para que haja mudança e a viabilização da reinserção e relações sociais.

4.7 O lar: Entre o real e o ideal

Os participantes relatam que possuem vontade de sair da RT para cuidarem de suas vidas, deles próprios. Isso caso pudessem comprar uma casa ou se ainda tivessem a casa que um dia foi deles, apesar de que relatam não possuírem condições de pagar as contas e de se sustentarem sozinhos. Entretanto, a condição que é apresentada para que pudessem sair da RT, é de não morar sozinho. Dentre as opções, estão morar com algum familiar, a retomada ou início de algum relacionamento amoroso, ou sair da RT somente se for para retornar para a sua casa.

Ah. Sair... comprar uma casa. Morar sozinho, cuidar da minha vida. [...] Não. Essa casa [RT] é assim... é um lugar que encontraram pra eu ficar emprestado. Emprestado. [...] Não... se fosse pra sair daqui eu sairia pra ir pra casa. Morar sozinho. Mas falou que morar sozinho... quer morar sozinho, mas tem que pagar água, luz... pegar roupa pra lavar, pegar alimentação, aí não dá. Aí já ganho salário que ganho, vou chegar na casa e pagar. (MORADOR 1)

Se eu arrumasse uma pessoa... é, mas assim, eu sozinho não... porque eu não conheço nada, lugar perigoso a noite, né... sozinho não dá. [...] Se eu fosse aposentado... e com uma mulher... não pode sem ser aposentado né? [...] Eu gostava de morar perto lá dos meus irmãos... da minha mãe... eu tomava conta da minha mãe. (MORADOR 2)

Eu queria morar em um lugar bonito. Que tem pássaro cantando e tudo. [...] Ah, por aí. Mas tem que ter muito dinheiro pra pagar. (MORADOR 3)

Dessa forma, é importante frisar de que as possibilidades futuras que estão em questão para os participantes, como planos futuros e desejos, aparecem como gatilhos para enxergar estes sujeitos como protagonistas de suas vidas, e que a convivência social se torna essencial neste processo. Fonte (2013) afirma que o trabalho nas RTs alcançaria os objetivos da desinstitucionalização, em sua complexidade, que é um processo para além da desospitalização. Entretanto, o autor afirma que enquanto sujeito tutelado, ao passar a viver em uma RT, muitas vezes esta passagem ao protagonismo agrega um sentido de ruptura, muitas vezes ignorado. Assim, a passagem pela RT, o sujeito é encaminhado a sair do espaço que estava para outro lugar, muitas vezes diferente de seus desejos e decisões próprias.

O desejo dos moradores de poder sair da RT e morar em suas casas, próximos de parentes ou de cuidarem de si sozinhos, aponta para a necessidade de se olhar o serviço enquanto transição, como aponta Sztajnberg e Cavalcanti (2014). Os autores ressaltam que há a necessidade de se avaliar e acompanhar sempre o serviço para que não se corra o risco de prolongar o manejo tutelar dentro das residências, ao se negar o desejo dos sujeitos que ali vivem. Entretanto, como

aponta Castilho, 2013; Matos & Moreira, 2013, é possível visualizar a afirmação da RT como um avanço ao modelo tutelar, sendo um serviço que possibilita o cuidado no manejo social, troca entre pares, ampliando relações sociais.

Os dados mostram que os participantes gostariam de morar com a família, mas de alguma forma, em algum momento – principalmente durante a internação - foram impedidos.

Eu ia pra SP... mas agora ela disse que eu não posso ir mais não, porque os filhos delas... por causa dos filhos dela... (MORADOR 1)

Até quando... eu tava lá, tia disse que ela estava viva... e eu não tive contato mais com a tia não...e ela já estava já com quase 90 anos, com esposo doente... se a gente for em Linhares, eu sei onde é a casa da minha prima. (MORADOR 2)

Eles não gostam que eu fico lá não. Gosta de ficar sozinha. Ela tem filha, um irmão pra levar pro médico e tudo. Ela não gosta que eu vou pra lá não. Eu só vou lá fim de ano. Passo natal e ano novo e venho pra cá de novo. (MORADOR 3)

É importante, entretanto, de que os laços com os familiares e com as pessoas com que os sujeitos tenham algum vínculo afetivo sejam fortificados, para fortalecer o percurso da reabilitação psicossocial (Matos & Moreira, 2013). Entretanto, existe neste processo um risco de idealizar o serviço ao pensar na RT enquanto substitutivo à internação psiquiátrica. Pois, enquanto unidade de suporte e lar, pode-se perder o objetivo (Martins, Moraes, Santos, Peres & Almeida Filho, 2012; Oliveira, 2013; Silva & Azevedo, 2011; Silveira & Santos, 2011).

Ao serem questionados sobre o lar, os participantes sentiram dificuldades de descrever o que é ou onde é o seu lar. E quando definiriam, retratam o lar como conforto, como um canto.

A casa... é um conforto pra gente... e... o que é o lar... significa... [...] Um lar... eu gostava tanto da minha filha... que quando eu comecei o

serviço, ela veio pequenininha com a mãe dela... junto comigo. (MORADOR 2)

Depois de eu tomar o remédio eu ficava tranquila, não fazia arruaça com ninguém... mas aí elas batiam, aplicavam injeção, ficavam dois três dias amarrada... lá. Aí meu anjo... o meu lar foi lá. Eu não tive casa. (MORADOR 4)

Agora eu vou ficar sem responder, filha... não sei não. (MORADOR 5)

Ao considerarmos o lar como Bachelard (1957) descreve, enquanto função de proteção, como o ninho, um abrigo seguro, os dados expõem uma divergência em relação ao que os participantes relatam. Entretanto, ao descreverem a casa enquanto conforto, remete à primeira morada, ao abrigo seguro, assim como o autor afirma a casa, enquanto ninho no mundo.

Ainda nesta perspectiva, os participantes discursam sobre o desejo de comprar uma casa, no futuro. Além disso, citam terem desejo de se casar, namorar e voltar a trabalhar.

Ah. Sair... comprar uma casa. Morar sozinho, cuidar da minha vida [...] Eu tenho. Meu dinheiro que eu recebo, que eu recebi já tinha dado pra comprar... alugar uma casa. (MORADOR 1)

É, eu tenho vontade de ter um... lugarzinho pra mim né? (MORADOR 2)

Eu queria morar na casa da minha irmã, lá tem uma casa alta do lado onde ela mora. E está alugando aquela casa. (MORADOR 3)

Meus irmãos morreram tudo... só se eu fosse casado, né. (MORADOR 1)

Se eu arrumasse uma pessoa... é, mas assim, eu sozinho não... [...] É bom... ficar sozinho é ruim demais, né... O Ubirajara tem namorada. Mora ali perto do ferro velho. Queria uma namoradinha... dar uns abraços... (MORADOR 2)

Dessa forma, o habitar, para os participantes corrobora com que Bachelard (1957) e Saraceno (2001) propõem, como uma condição da existência humana, para além das questões físicas e estruturais. Ocupar um espaço, uma residência, não confere os significados possíveis do habitar. Portanto, o habitar é habitar o mundo,

ser no mundo, existir. O habitar é conquistar espaços de vivência, espaços possíveis de nos identificarmos subjetivamente através dos valores construídos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo explorou o significado sobre o lar o habitar, a partir das concepções de cinco ex-internos de hospitais psiquiátricos, hoje moradores de residências terapêuticas. Longe da pretensão de esgotar o assunto, este estudo trouxe para discussão o lugar da casa e do habitar para além de um espaço físico, mas como uma função no processo de subjetivação desses sujeitos, um espaço a ser ocupado na relação com o mundo. Para os participantes deste estudo, a casa aparece de um lado, atrelada à presença da família, à liberdade, à autonomia, à proteção e, por outro lado, o sofrimento psíquico e a internação como marcos do rompimento desse lócus de existência.

Foi possível discutir a residência terapêutica, conforme definida pela constituição vigente, como um serviço substitutivo à internação psiquiátrica, um dispositivo de desinstitucionalização e como uma casa ou moradia, mas sem alusão às possibilidades da abrangência do sentido de habitar um espaço que, como os resultados deste estudo ressaltam, ocupa importância fundamental.

Nesta perspectiva, os autores que estudam o sentido e a função do habitar para o ser humano – no caso do presente estudo, Saraceno e Bachelard, proporcionaram parâmetros para compreensão dos significados trazidos pelos moradores (participantes do estudo) e a possibilidade de dialogar com as políticas públicas no que se refere às RTs.

Os resultados apontaram que há divergências entre o que os moradores entendem e esperam de uma residência/casa e o que é vivenciado por eles na

realidade do cotidiano das RTs. Para aproximação deste significado de habitar trazido por estes moradores, e salientado na literatura, com as práticas nas RTs - evitando interposições na medida do possível, dentro da realidade - e permitir com que seja possível caracterizar a RT enquanto lar, são necessárias algumas ações na atenção a essas pessoas, no processo do percurso do morador para a RT. Este estudo aponta a importância da participação do ex-interno do hospital psiquiátrico no processo de passagem da internação para a residência terapêutica, visto que o morador e o território necessitam ser preparados para que a inclusão social se efetue e que seja além de um processo de adaptação ao novo local de moradia.

A apropriação do morador ao espaço da RT é fundamental para permitir o habitar, visto que esta apropriação está para além da estrutura física ofertada e das definições de casa propostas pelas equipes, cuidadores e até mesmo das políticas públicas. Os resultados apontam que sem o sentimento de pertencimento do espaço, o habitar faz-se impossível.

Além disso, o morador necessita de conquistar sua autonomia possível, para que sua liberdade seja parte de seu cotidiano, dentro e fora da RT, inclusive permitindo que o morador elabore planos futuros para a sua vida, mesmo que seja independente da residência terapêutica.

Entretanto, muitas vezes, os planos futuros dos moradores estão associados ao retorno à família, o que aparece enquanto impossibilidade. A maioria deles, por possuírem o perfil necessário para a inserção na RT - não possuir vínculos familiares, por exemplo - trazem a incerteza desta reintegração familiar desde sua inserção na RT. Por estarem inseridos em um serviço de moradia, as famílias apresentam maior resistência em acolher e receber os incentivos das equipes de referência para uma possível reinserção. Ainda assim, existe a possibilidade da

criação de novos laços afetivos, tanto com os demais moradores da residência, quanto das próprias equipes, moradores e trabalhadores do bairro, vizinhos, e usuários dos serviços em que frequentam. O que possibilita, a partir daí, a reintegração do sujeito na sociedade e a criação de novas expectativas de vida.

No entanto, as Residências Terapêuticas são apresentadas pelas políticas públicas enquanto alternativa de moradia para aqueles que não possuem vínculo afetivo ou não possuem mais família. E dessa forma, a RT configura-se enquanto o primeiro caminho a ser percorrido pelos pacientes nestas condições, limitando demais possibilidades de moradia e reinserção social para estes sujeitos. E então, estende-se para a RT a função de readaptação e de elaboração de um plano de vida, ocasionando assim, as dificuldades evidentes no cotidiano dos moradores e das equipes de referência com relação ao habitar, apropriação e modos de vivência, não havendo como garantir que o morador se aproprie do espaço e considere a RT como seu lar.

Os esforços realizados pelas equipes de referência em promover estes processos e, até mesmo o termo proposto pelas políticas públicas, isto é, a RT enquanto moradia, não garantem ao morador o pertencimento ao espaço ofertado, pois a vivência experimentada por cada morador é única. Assim, é imprescindível olhar para a singularidade desses sujeitos, abrir espaço de acolhimento das necessidades dessas pessoas, são ações necessárias para que o processo de construção do habitar aconteça. O movimento contínuo – seja proposto por planos terapêuticos ou por iniciativa do próprio morador - de circulação no território, de inserção em dispositivos sociais disponíveis nos bairros, a frequência em comércios, igrejas, enfim, espaços públicos, é também um facilitador do processo. Em concordância com estas ações, a legislação em saúde mental vigente oferta um

cuidado intersetorial e integral para o sujeito com sofrimento psíquico. A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, e com equipamentos variados de dispositivos, a proposta é garantir a livre circulação destes sujeitos pelos serviços, pela comunidade e pela cidade, facilitando o trabalho em rede.

É necessário atentar-se ao perigo de retomar práticas manicomiais no cotidiano da RT. A liberdade do morador, a circulação social, a autonomia, necessitam ser levadas em conta para além das regras que permeiam a RT enquanto um serviço de saúde. Muitas vezes, por intenção de proteção, zelo e cuidado, pequenas atitudes de cuidadores e até mesmo das equipes de referência, proporcionam o retorno a práticas tutelares. O hospital é um local onde o habitar é negado e o morar é praticado. Assim, as vivências de moradia após a desospitalização, devem permitir a geração de espaços de habitar, evitando a programação de como o viver deve ser experimentado.

A transição do hospital para a RT é marcado pela experiência de passar de um serviço para outro, e assim, a expectativa de retomar a autonomia e orquestrar sua própria vida, proporciona aos moradores uma esperança de recomeço para além do confinamento do manicômio. Dessa forma, em concordância com a literatura, diante dos entraves apresentados, é importante pensar a RT enquanto um local de passagem. Em que as possibilidades do habitar estão para além da desospitalização, da inserção na RT e nos equipamentos de saúde, da estrutura física da residência, do trabalho do morar ofertado pelas equipes e cuidadores. Mas sim, do desejo do próprio morador enquanto sujeito de direitos e maestro de sua própria vida.

O estudo proporcionou uma colaboração para as pesquisas sobre o tema no

sentido de ofertar uma discussão necessária acerca do habitar para o morador da RT, justificando-se por ser, muitas vezes, o motivo de entraves vivenciados no cotidiano das RTs, inclusive do progresso da autonomia dos moradores. Além disso, o estudo expôs uma interlocução entre a prática em saúde mental e as políticas públicas, e as influências causadas pelas divergências existentes.

Diante das questões levantadas por esta pesquisa, aponta-se a necessidade de se expandir os estudos sobre as residências terapêuticas e os modos de vivência dentro de um espaço que se configura enquanto moradia e serviço substitutivo, e, além disso, viabilizar propostas de intervenção e de aprimoramento das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, A. J. (2012). O Processo de implantação de residências terapêuticas em Volta Redonda - Rio de Janeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 86-94.
- _____. (2013). O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda - Rio de Janeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(2), 327-334.
- Amaral, V. (2005). *Reforma psiquiátrica*. Recuperado de <http://psicopatologia.tripod.com.br/reforma.htm>
- Argiles, C. T. L., Kantorski, L. P., Willrich, J. Q., Antonacci, M. H. & Coimbra, V. C. C. (2013). Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2049-2058.
- Bachelard, G. (1957). *La poétique de l'espace*. Paris: PUF.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bourdieu, P. (1998). *O poder simbólico* (2a ed). Rio de Janeiro: Bertrand.
- Campos, P. H. F. & Soares, C. B. (2005). Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 219-237.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (6a ed). São Paulo: Forense Universitária.
- Cardozo, R. M. & Borges, A. C. (2016). As dificuldades de inclusão da pessoa com transtorno mental no mundo do trabalho. Itajaí: [s.n.]. Recuperado de <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Ruti-Mara-Cardozo.pdf>
- Castilho, J. (2013). A terapia ocupacional e o serviço residencial terapêutico no município de Belo Horizonte, MG. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 23(3), 230-236.
- Constantinidis, T. C. & Andrade, A. N. (2015). Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 333-342.
- _____. (2011). *Familiares de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de saúde mental: encontros e desencontros*. (Tese de Doutorado). Programa de

- Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, ES.
- Decreto nº. 6.214, de 26 de setembro de 2007. *Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social*. Diário Oficial da União. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm.
- Felippe, M. L. (2010). Casa: uma poética da terceira pele. *Psicologia & Sociedade*, 22(2), 299-308.
- Fonte, E. M. M. (2013). Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, 1(18), 1-20.
- Foucault, M. (1997). *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14(28), 139-152.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In Bauer, M.; Gaskell, G. (Orgs). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 64-73). Petrópolis: Vozes.
- Goffman, E. (1990). *Manicômios, prisões e conventos*. (3a ed). São Paulo: Perspectiva.
- Kinker, F. S. (2012). O lugar do hospital psiquiátrico na atualidade: da disciplina ao abandono. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 23(2), 172-185.
- Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In Pitta, A. M. F. (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 55-59). São Paulo: Hucitec.
- Lei nº 8742, de 8 de dezembro de 1993. *Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências*. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm.
- Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. *Dispõe sobre os direitos e a proteção de pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Lussi, I. A. O. de & Morato, G. G. (2012). O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. *Cadernos Terapia Ocupacional UFSCar*, 3(20), 369-380.
- Machado, V. (2012) *Reinternação psiquiátrica no campo da atenção psicossocial: a*

- perspectiva dos pacientes reinternantes*, (Tese de Doutorado). Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.
- Martins, G. C. S., Peres, M. A. A., Oliveira, A. M. B. de, Stipp, M. A. C., & Matos, B. G. & Moreira, L. H. O. (2013). Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. *Escola Anna Nery*, 17(4), 668-676.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (10a ed). São Paulo: Hucitec.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32.
- Moreira, M. I. B. (2008). *Se esta casa fosse minha: habitar e viver na cidade a partir de uma residência terapêutica*. (Tese de Doutorado). Programa da Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.
- Oliveira, J. A. (2007). *Querer ficar, querer sair: Os paradoxos da internação psiquiátrica para usuários de serviços de saúde mental*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Oliveira, R. W. (2013). Os caminhos da reforma psiquiátrica: acompanhamento terapêutico, propagação e contágio na metrópole. *Psicologia & Sociedade*, 25 (Spe2), 90-94.
- Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H. L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 569-577.
- Perini, J.F. (2013). Hospital Adauto Botelho: Controle Social e Mulheres (1954-1956). (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em História. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.
- Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. *Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS*. Ministério da Saúde. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>
- Portaria nº 251/GM de 31 de janeiro de 2002. *Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do*

Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm

Portaria n. 3.090, de 23 de dezembro de 2011. *Altera a Portaria n. 106/GM/ MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.htm

Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. *Regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil e da outras disposições*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Ribeiro Neto, P. M., & Avellar, L. Z. (2016). Concepções sobre a interação com moradores de residências terapêuticas. *Psicologia & Sociedade*, 28(1),162-170.

Ribeiro Neto, P. M., Avellar, L. Z., & Tristão, K. G. (2017). Convivência social com moradores de residências terapêuticas. *Psicologia & Sociedade*, 29, e 152335.

Rosa, L. C. S. (2011). Rosa, L. C. S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. (3a ed). São Paulo: Cortez. Serviço Social e Saúde, 12(1), 119-124, jun 2015. Recuperado de <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635761>.

Rossato, V. M. D.; Mello, T. A. P.; Pires, F. B.; Cunha, R. W. P., Silva, A. A. & Freitas, F. F. (2006). Práticas desinstitucionalizadoras em uma unidade de internação psiquiátrica. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 2(2) Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000200004&lng=pt&tlng=pt

Sales, A. L. L. de F., & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 812.

Salles, M. M., & Barros, S. (2009). Vida cotidiana após adoecimento: Desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1),11-16.

Saraceno, B. (1996). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In Pitta, A. (Org). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São

- Paulo: Hucitec.
- _____. (1999). Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In Pitta, A. (Org). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 150-154). São Paulo: Hucitec.
- _____. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidade possível*. Rio de Janeiro: Te Cora.
- Silva, D. S., & Azevedo, D. M. de. (2011). As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. *Escola Anna Nery*, 15(3), 603-609.
- Silveira, M. de F. de A., & Santos Junior, H. P. de O. (2011). Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2089-2098.
- Silveira, F. A. & Simanke, R. T. (2009). A psicologia na História da Loucura de Michel Foucault. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, 21, 23-42.
- Sprioli, N. & Costa, M. C. S. (2011). Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1155-1162.
- Sztajnberg, T. K. & Cavalcanti, M. Ta. (2014). Sob o pé do castanheiro: histórias que perpassam um Serviço Residencial Terapêutico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 265-278.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa* (2a ed.). Petrópolis: Vozes
- Vasconcelos, E. M. (2000). Reinvenção da cidadania, *empowerment* no campo da Saúde Mental e estratégia política no movimento de usuários. In P. Amarante (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 169-164). Rio Janeiro: Fiocruz.
- Vechi, Luís Gustavo. (2004). Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 489-495.
- Vieira, P. P. (2007). Reflexões sobre a História da Loucura de Michel Foucault. *Revista Aulas, Dossiê Foucault*. Recuperado de <http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/24.pdf>