

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

RITA DE CÁSSIA FERREIRA RABELLO

HISTÓRIAS DE VIDA DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS
EGRESSOS DE INTERNAMENTO DE LONGA PERMANÊNCIA EM HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO

RECIFE

2014

RITA DE CÁSSIA FERREIRA RABELLO

HISTÓRIAS DE VIDA DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS
EGRESSOS DE INTERNAMENTO DE LONGA PERMANÊNCIA EM HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Osvaldo Cruz para obtenção do
grau de mestre em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Tereza Maciel Lyra

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R114h Rabello, Rita de Cássia Ferreira.

Histórias de vida de moradores de Residências Terapêuticas egressos de internamento de longa permanência em hospital psiquiátrico/ Rita de Cássia Ferreira Rabello. — Recife: [s.n.], 2014.

72 p.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Tereza Maciel Lyra.

1. Saúde Mental. 2. Desinstitucionalização. 3. Hospitais Psiquiátricos. 4. Instituições Residenciais. I. Lyra, Tereza Maciel. II. Título.

CDU 616.89

RITA DE CÁSSIA FERREIRA RABELLO

**HISTÓRIAS DE VIDA DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS
EGRESSOS DE INTERNAMENTO DE LONGA PERMANÊNCIA EM HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública

Aprovada em: 22/ 08/ 2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria do Socorro Veloso de Albuquerque
DMS/ UFPE

Prof. Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes
CPqAM/FIOCRUZ

Profa. Dra. Tereza Maciel Lyra
CPqAM/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela fé que me faz acreditar que nada acontece por acaso, e por me mostrar que, muitas vezes, o melhor caminho para chegar aonde se quer é uma trilha desconhecida.

À Prof. Tereza Maciel Lyra, por ter aceito a missão de me orientar, pela acolhida, pelas conversas, e pelo estímulo. Você foi fundamental nesse desafio!

Ao Prof. Djalma Agripino, pela enorme ajuda na busca dos caminhos do conhecimento.

À Ana Lúcia da Hora, amiga “jurássica” que sempre acreditou no meu trabalho e me apoiou na decisão de cursar o mestrado.

À Megine, Mácia e Semente, pela disponibilidade em nos ajudar.

Aos queridos Ana Isi Maia, Fúlvia Assunção, Marcela Lucena, Norma Cassimiro, Ricarda Samara, Rui Ribeiro, Simone Brito e Solange Mendonça, que viveram junto comigo momentos de grande transformação na saúde mental em Pernambuco.

Aos colegas do mestrado, grandes parceiros, unidos por um objetivo em comum.

À Kaene, por tentar entender minha ausência e por me provar que voar não é só para pássaros.

Ao meu filho Thiago, por me mostrar todos os dias que valeram a pena as escolhas que eu fiz.

A todos os profissionais que participaram desse momento único na história da Reforma Psiquiátrica pernambucana.

Aos moradores das residências terapêuticas.

À Lírio, Régia e Rosa...

RABELLO, Rita de Cássia Ferreira. **Histórias de Vida de Moradores de Residências Terapêuticas Egressos de Internamento de Longa Permanência em Hospital Psiquiátrico**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

A reforma psiquiátrica trouxe mudanças no tratamento do portador de transtorno: a desinstitucionalização dos usuários internados por longos anos nos manicômios, e retorno desses ao convívio com a sociedade. A presente pesquisa teve como objetivo conhecer como o usuário portador de transtorno compreende sua história de vida após anos de internamento dentro de um hospital psiquiátrico. A população de estudo foi formada por três usuários que permaneceram entre 20 e 40 anos internados no Hospital José Alberto Maia. Todos participaram do processo de desinstitucionalização e hoje são moradores de residências terapêuticas do município de Camaragibe, Pernambuco. Foi utilizada a abordagem qualitativa, através do método história de vida, que é uma entrevista aberta onde o pesquisador introduz a temática, e o sujeito tem a liberdade de falar. Esse método busca através do discurso do sujeito, coletar e analisar fatos relevantes de sua vida, do ponto de vista pessoal, familiar, social ou histórico. Visa aferir os significados que o sujeito atribui aos fatos de sua vida. O estudo só foi iniciado após liberação pelo Comitê de Ética. Diante do que foi observado, concluímos que apesar das várias formas de violência sofrida pelos três usuários antes e durante a internação hospitalar, com a desinstitucionalização, os princípios e diretrizes do projeto terapêutico singular das residências terapêuticas, com ênfase na construção da autonomia do usuário na vida cotidiana e ampliação da inserção social, foram seguidos e o objetivo da reabilitação psicossocial foi alcançado.

Palavras-chave: Saúde Mental, Desinstitucionalização, Residências Terapêuticas, História de Vida.

RABELLO, Rita de Cássia Ferreira. **História de Vida de Moradores de Residências Terapêuticas Egressos de Internamento de Longa Permanência em Hospital Psiquiátrico**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

ABSTRACT

Psychiatric reform brought changes in the treatment of mental user: the desinstitutionalisation of users admitted for long years in asylums and their return to the contact with society. This research aimed to know the disorder bearer, and embraces his life story after years of internment in a psychiatric hospital. The studied population was comprised of three members who remained between 20 and 40 years at the José Alberto Maia Hospital. All of them participated in the deinstitutionalization process and are now at residents therapeutic homes at Camaragibe, Pernambuco. A qualitative approach was used, through the life story method, which is an open interview where the researcher introduces the topic and the subject has the freedom to speech. This method aims to collect and analyze relevant facts of his life through the discourse of the subject, from his personal, familiar, social or historical perspective. It also aims to assess the meanings that the subject assigns to the facts of his life. The study was initiated only after release by the Ethics Committee. Faced with what was observed conclude that despite the various forms of violence suffered by three users before and during hospitalization, with deinstitutionalization, the principles and guidelines of the unique design of therapeutic therapeutic residences, with emphasis on building user autonomy in life daily and increasing social inclusion, were followed and the goal of psychosocial rehabilitation was achieved.

Keys words: mental health, deinstitutionalization, residential therapeutic, life story

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 MARCO TEÓRICO	15
3.1 A construção de novas formas de cuidar	18
3.2 Histórias de Vida	24
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
4.1 Processo de trabalho de campo	30
4.2 Coleta e análise de dados	32
4.3 Considerações éticas	33
5 RESULTADOS	34
5.1 O início da desinstitucionalização	34
5.2 Lírio, Régia e Rosa	37
5.3 A infância e a adolescência vividas	38
5.4 O internamento ...para sempre!	40
5.5 Construindo uma nova moradia	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	67
ANEXO A - Carta de Anuência	69
ANEXO B – Parecer do CEP	70

1 INTRODUÇÃO

O portador de transtorno mental sempre foi o diferente, aquele que era incapaz de se manter na coletividade.

A doença mental, conceito construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da razão plena e, portanto, da liberdade de escolha, pré-requisito da cidadania, e se não era livre não poderia ser cidadão. O asilo tinha a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio de tratamento moral, restituir-lhes a Razão e a Liberdade (AMARANTE, 1995).

O conceito de tratamento moral disseminou-se no meio médico da época, levando a superlotação dos asilos, e, como consequência, à queda da qualidade da assistência prestada e a degradação desses espaços, transformando-os em depósitos de seres humanos.

O hospital psiquiátrico foi criado com o intuito de tutelar as pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas, uma forma velada de segregar aqueles que incomodavam as famílias, a comunidade. Até a metade do século XX, os hospitais psiquiátricos eram habitados não só por portadores de transtornos mentais, mas também pelos inadaptados e marginalizados da sociedade. Nesse sentido, assumiram a função de custodiar pessoas indesejadas e perturbadoras da ordem (PEREIRA, 1997).

Ao ser admitido em uma unidade destinada às pessoas portadoras de transtorno mental, o indivíduo não tinha a menor possibilidade de escolher seu modo de viver, ficando a mercê do controle, julgamento e planos dos dirigentes (GOFFMAN, 2010). Sofriam uma desfiguração pessoal, na medida em que lhes atribuía um número, guardavam os bens pessoais, os obrigavam a usar roupas da instituição. No momento da admissão, era feito um dossiê, principalmente com fatos negativos da vida do indivíduo, que ficavam a disposição da equipe. Qualquer pessoa que manipulasse o prontuário tinha acesso às informações, que poderiam ser usadas mais tarde contra o internado. Quando o internamento ocorria por um longo período, poderia ocorrer um "desculturamento" quando ele voltasse ao mundo exterior, ou seja, se tornaria temporariamente incapaz de enfrentar a vida diária. (GOFFMAN, 2010).

Na segunda metade dos anos 1940, centrada na crítica da internação asilar, a idéia de setor passa a ser difundida como uma política a ser criada na França. A desinstitucionalização francesa foi conduzida pelos psiquiatras dos hospitais públicos insatisfeitos com a prática asilar de caráter carcerário a que ficaram reduzidos os manicômios (PASSOS, 2009).

O processo de desinstitucionalização da Itália começou em 1961 quando Franco Basaglia, professor universitário, assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, e introduz a comunidade terapêutica. Um grupo de jovens profissionais se interessou pelo trabalho e se uniu a Basaglia, formando o núcleo do movimento autodenominado Psiquiatria Democrática (BASAGLIA, 1995). Enquanto na França se criaram serviços psiquiátricos alternativos articulados aos hospitais, a desinstitucionalização italiana foi muito mais conflituosa, pois começou com a experiência de comunidade terapêutica restrita a um manicômio, e o resultado dessa experiência foi tão marcante, que acabou por expor a realidade perversa da psiquiatria pública do país. O movimento da Psiquiatria Democrática se expandiu rapidamente pelo país como ideário de uma reforma, lutando contra o manicômio e pela reforma jurídico-normativa, com a recuperação da cidadania pelos portadores de transtornos mentais. Um fator importante que contribuiu para o avanço da desinstitucionalização italiana é que todo o processo se deu no âmbito da psiquiatria pública, entendida como responsabilidade sanitária do Estado (PASSOS, 2009).

Enquanto na Europa se difundia a idéia de mudança na forma de tratamento do portador de transtorno, o Brasil, nas décadas de 1960 e 1970, financiou a abertura de inúmeros hospitais psiquiátricos privados (PASSOS, 2009).

Na década de 1970, começaram as críticas ao modelo assistencial hospitalocêntrico vigente no Brasil. A Reforma Psiquiátrica brasileira veio se contrapor a esse modelo. Desde 1980, com a influência das experiências que estavam acontecendo em diversos países, e após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico na construção do SUS, foi implementado o processo de mudança da assistência ao usuário portador de transtorno mental, priorizando sua proteção e seus direitos. O modelo médico-psiquiátrico, centrado no hospital era dispendioso e ineficaz, além de violar direitos humanos.

A Declaração de Caracas em 1990, marco dos processos de reforma da assistência psiquiátrica em Saúde Mental nas Américas, destacou que a reestruturação dessa assistência ligada ao atendimento primário em saúde, permitiria a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e em redes sociais. Além disso, enfatizava que toda forma de cuidado deveria priorizar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis (BRASIL, 2004).

O esboço de um novo modelo assistencial e de uma nova forma de cuidar na perspectiva da cidadania foi formalizado em 1992, quando se ressaltou a importância da implementação dos chamados Lares Abrigados para reestruturação dessa assistência (CAMPOS, 2000).

No início da década de 1990, experiências nas cidades de Santos, Campinas e Ribeirão Preto (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) tiveram sucesso na iniciativa de reinserção dos pacientes na comunidade. O fechamento da Casa de Saúde Anchieta em Santos e a criação de espaços alternativos do cuidado, foi a primeira experiência exitosa em desospitalização (CAMPOS, 2000). A cogestão a que foi submetido o Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira, com a instalação de um hospital dia, foi outra inovação (MEDEIROS, 1994). Outra experiência exitosa, também em 2000 ocorreu na cidade de Carmo (RJ). O Hospital Teixeira Brandão, que chegou a ter 400 leitos, foi fechado, e os pacientes encaminhados para a rede substitutiva, criada para lhes atender (BRASIL, 2007).

Em 2000, duas portarias ministeriais regulamentaram os serviços residenciais terapêuticos, essenciais para o processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos: a Portaria 106/ 2000 e a 1.220/2000. Essas portarias definiram não só a parte estrutural, a população assistida, como também os princípios e diretrizes dos projetos terapêuticos, a forma de financiamento (BRASIL, 2000).

A Lei 10.216, de abril de 2001, também conhecida como Lei da Saúde Mental ou Lei Paulo Delgado, sancionada após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi um importante avanço na Reforma Psiquiátrica brasileira, porque que tratava da proteção e direitos das pessoas portadoras de transtorno mental (BRASIL, 2001). O projeto original, apresentado em 1989, incentivou a discussão sobre o tema em todo o país, e fez com que oito estados elaborassem e aprovassem leis estaduais que regulamentavam a assistência com uma perspectiva de substituição ao modelo manicomial (TENÓRIO, 2002). Entre esses estados, Pernambuco, com a Lei n. 11.064/94, instituiu a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental (PERNAMBUCO, 1994).

A Lei nº 10.708, que institui o Programa de Volta para Casa, publicada em julho de 2003, criou o auxílio-reabilitação psicossocial para os pacientes egressos de internações hospitalares por um período igual ou superior a dois anos (PINHEIRO et al., 2007). Esse auxílio estimulou algumas famílias a receberem seu paciente em casa, já que este poderia contribuir com seu sustento.

No segundo semestre de 2004, o Ministério da Saúde resolveu intervir judicialmente em 10 hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, após denúncias de maus tratos feitas por movimentos organizados como OAB, Conselho de Psicologia, Movimento da Luta-antimanicomial, movimentos de familiares de pacientes e após os resultados negativos do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares PNASH/Psiquiatria, dos anos 2002 e 2003/2004 (BRASIL, 2007).

O PNASH foi o programa criado com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados pelo SUS através avaliação estrutural, de recursos humanos, nutricional e do tratamento dos pacientes, uniformizando parâmetros de análise para todos os hospitais. A estratégia era trabalhar em parceria com gestores estaduais e municipais, utilizando formulários padronizados, onde a avaliação técnica corresponde a 40% da pontuação e a avaliação dos usuários representa 60% da pontuação. Para os hospitais psiquiátricos, por suas características específicas, houve adequações na avaliação técnica e na avaliação dos usuários dos serviços. Entre os itens específicos da psiquiatria estavam: avaliar a existência do projeto terapêutico/ prática institucional; projeto terapêutico/alta hospitalar e encaminhamento; existência ou não de espaços restritivos, punitivos e contenção física; uso de eletroconvulsoterapia, e avaliação de vinculação e direitos dos internados. Através do PNASH/Psiquiatria foram estabelecidas normas e diretrizes para a assistência hospitalar, reclassificando os hospitais psiquiátricos, e definindo a porta de entrada para as internações psiquiátricas (BRASIL, 2001).

Em Campina Grande (PB), em 2005, o Hospital João Ribeiro, após a constatação das péssimas condições de funcionamento, teve o processo de desinstitucionalização de 176 pacientes concluído em quatro meses, graças ao envolvimento das diversas instâncias governamentais e dos municípios no entorno que passaram a responsabilizar-se por seus pacientes. Em um ano, o município conseguiu reestruturar a assistência em saúde mental (BRASIL, 2007).

Até 2006, haviam sido fechados seis hospitais. Entre os indicados para o descredenciamento estava o Hospital José Alberto Maia (HJAM), situado em Camaragibe, Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, que naquele ano mantinha oitocentos e setenta internados e era considerado um grande desafio para o processo de desinstitucionalização. O Ministério da Saúde teve seu pedido de intervenção judicial negado em várias instâncias, o que atrasou o processo (BRASIL, 2007).

O município de Camaragibe, desde 2001, já desenvolvia supervisões nos internados do HJAM, e foi por meio delas que se constatou que as altas só ocorriam por óbito. Esse fato, juntamente com a baixa pontuação no PNASH, provocou o fechamento da porta de entrada em 2002. O Decreto Municipal 500/2002 deixou clara a posição do gestor em relação à redução gradual de leitos psiquiátricos e à implementação de serviços substitutivos ao hospital (LUCENA, 2011).

Camaragibe inaugurou a primeira Residência Terapêutica em julho de 2003, com pacientes masculinos procedentes do HJAM. Foram inauguradas outras três unidades em

2006, sendo uma mista, uma feminina e uma masculina, com um total de 29 pacientes (DANTAS, 2010).

No período entre 2005 e 2007, houve poucos avanços em relação à desinstitucionalização dos pacientes, embora tenham ocorrido por meio da sociedade civil organizada, denúncias de existência de violação de direitos humanos. Em 2008 foram retomadas as negociações entre os gestores e a direção do HJAM. Apenas em 2010, após convenio tripartite, houve contratação de equipe multidisciplinar, e foi efetivado o processo de desospitalização.

Todo esse processo de desinstitucionalização produziu alguns estudos. Em um deles, foram analisadas as estratégias envolvidas na operação de descredenciamento do Hospital José Alberto Maia nas três esferas governamentais, identificando as ações na dimensão da clínica, da política e da gestão. Foram abordados aspectos históricos e paradigmáticos da saúde mental, além dos aspectos diversos envolvidos na engrenagem de desconstrução do hospital psiquiátrico e da construção da proposta de “cuidado territorial considerando a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial como eixos” (LUCENA, 2011), porém não foram estudados aspectos relacionados diretamente com os usuários. Outro estudo buscou o ponto de vista dos profissionais inseridos no cuidado desenvolvido nos serviços residenciais terapêuticos criados para receber os usuários vindos do HJAM, identificando principais potencialidades e limitações dessas residências (DANTAS, 2010), no entanto não foi avaliado a elaboração subjetiva do novo espaço de moradia por parte dos usuários e a construção de uma nova rede social.

Foi realizada também uma avaliação da política de saúde mental na atenção básica em Camaragibe, comparando-se entre os princípios e diretrizes nacionais com aqueles utilizados pelo município. Esse estudo apresentou a evolução histórica da saúde mental no município de Camaragibe (PE) que desde o ano de 2002 implantou o Programa de Saúde Mental na comunidade, e que se mantém com as mesmas diretrizes, apesar da troca de nomenclatura, como a desconstrução do tratamento da doença mental, a mudança do tratamento asilar para a comunidade, da equipe multidisciplinar substituindo o poder médico. A pesquisa fez uma abordagem, através de entrevista semi-estruturada, de gestores, profissionais de saúde, familiares e usuários, mas estes não tinham histórico de longa permanência em hospital psiquiátrico (DONATO, 2010). Não foram ouvidos os usuários desospitalizados na época da pesquisa.

O hospital psiquiátrico tem usurpado do indivíduo, elementos essenciais de sua existência, levando a perdas materiais e subjetivas, tais como perda de vínculos afetivos e

sociais, aumentando sua vulnerabilidade. A desqualificação contínua do portador de transtorno pode deixar marcas tão profundas que a saída do hospital não é garantia de autonomia e retomada de sua vida. As residências terapêuticas buscam o resgate da cidadania e inserir o indivíduo na comunidade. Diante dessas afirmativas, no presente estudo vamos abordar a vivência do portador de transtorno não só como morador de longa permanência de um hospital psiquiátrico, mas também como participante do processo de elaboração de um novo espaço de moradia e de construção de uma nova rede social numa residência terapêutica. Esse estudo buscou ouvir como o usuário compreende a sua história de vida após anos de internamento dentro de um hospital psiquiátrico: sua trajetória de vida antes do internamento, os fatos vividos dentro de um manicômio, a construção de uma nova vida na residência terapêutica.

A relevância desse estudo foi ouvir o que o portador de transtorno tinha a dizer de si mesmo e dos acontecimentos de sua vida, o ponto de vista dele. Enquanto o usuário conversa com o entrevistador, ele faz uma reflexão sobre sua vida de forma inconsciente. Buscamos investigar através de seu depoimento se tem a consciência do empobrecimento material e subjetivo a que foi submetido durante o período em que esteve internado nos serviços hospitalares psiquiátricos, se o usuário tem a percepção da mudança na forma do cuidado e como esta sendo o processo de reapropriação da própria vida. Ouvir quem até pouco tempo não tinha voz.

O voltar para casa ou a mudança para uma residência terapêutica não é garantia de aceitação familiar, de aceitação social e retomada de uma vida produtiva. Dificuldades com os cuidados básicos da vida diária como organizar espaço, cuidar da higiene e aparência, andar sozinho, são desafios que os indivíduos desospitalizados enfrentam sejam na casa da família, seja numa residência terapêutica.

Conhecer como eles enfrentaram esses desafios, e de que forma se relacionam com a comunidade onde habitam poderá contribuir para melhor utilização de recursos administrativos, financeiros, organizacionais, técnicos, subjetivos que estão envolvidos na produção de novas formas de viver e de reinserção social.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer como o usuário compreende sua história de vida após os anos de internamento dentro de um hospital psiquiátrico.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar as causas que levaram o usuário ao internamento em hospital psiquiátrico;
- b) Analisar a vivência do usuário dentro do hospital psiquiátrico;
- c) Identificar qual o significado para o usuário de sua saída do hospital psiquiátrico para uma residência terapêutica;
- d) Conhecer a vida cotidiana como morador da residência terapêutica.

3 MARCO TEÓRICO

Na segunda metade do século 19, em 1852, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro inicialmente para 300 pacientes de ambos os sexos. Em 1898 foi inaugurada a Colônia do Juquery em São Paulo e em 1903 o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. A população desses hospitais era formada por portadores de transtornos, mendigos, prostitutas, jovens rebeldes para os padrões da época, epiléticos. No início dos anos 1940, existiam 24 mil leitos públicos e 3 mil privados. Após 1964, o número de leitos privados subiu para quase 56 mil: a indústria da loucura era bastante lucrativa.

Em 1978, começaram as denúncias de violação de direitos humanos nos hospitais psiquiátricos no Brasil por trabalhadores de saúde. Franco Basaglia, responsável pela reforma psiquiátrica italiana, após uma visita ao Hospital de Barbacena declarou: "estive num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta" (ARBEX, 2013, p.207). Naquela época, morriam em média dezesseis pacientes por dia em Barbacena. A denúncia teve repercussão mundial, porém não foi suficiente para mudar o cenário da ocasião. Só a união entre os trabalhadores de saúde e a sociedade civil organizada pode estimular e implementar as mudanças necessária para a reforma psiquiátrica, sua mudança de paradigma (ARBEX, 2013). O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, formado por profissionais e simpatizantes, juntamente com seus fundamentos: humanismo, ciência, técnica, comunidade, afeto e história, foram fundamentais para estimular a mudança de paradigma de tratamento vigente dos portadores de transtornos (DELGADO, 2011).

A discussão da violência envolvendo o portador de transtorno geralmente se concentrava em apenas um aspecto: se a pessoas com transtorno mental era mais susceptível de ser violenta contra si ou outra pessoa (MARLEY et al., 2001). Essa premissa começou a mudar a partir de estudos que indicaram que os indivíduos portadores de transtorno mental eram mais propensos a serem vítimas do que autores de uma ação violenta, ressaltando a vulnerabilidade dessa população (CAMPBELL et al., 1994; CHOE et al., 2008; FUNK et al., 2010; McPHERSON et al., 2007; MANIGLIO, 2008; MARLEY et al., 2001; OLIVEIRA, 2012; TEASDALE et al., 2009).

A Organizacao Mundial da Saude (OMS) define violência como sendo o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio ou outra pessoa ou grupo, e que essa ação possa resultar em lesão, morte, dano psicológico ou privação. O exercício do poder amplia a natureza do ato violento, e acaba por incluir ameaças,

intimidações, negligência ou atos de omissão como formas de violência (KRUG et al., 2002). As pessoas portadoras de transtorno são consideradas vulneráveis e são com frequência, objeto de estigma e discriminação e podem ser vítimas de violência física, psicológica e sexual (FUNK et al., 2010).

O estigma, situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena (GOFFMAN, 1981) e que acompanha o portador de transtorno, deve-se principalmente aos conceitos errôneos sobre suas causas e natureza ao redor do mundo. Geralmente se acredita que o portador de transtorno é uma pessoa preguiçosa, pouco inteligente, difícil e incapaz de tomar decisões. Também se pensa que são violentas (FUNK et al., 2010).

Choe, Teplin e Abram revisaram artigos publicados no período de 1990 à 2007 sobre perpetração da violência e vitimização entre pessoas com transtorno mental severo e sua importância na saúde pública. Encontraram trinta e um artigos sobre violência causada por portador de transtorno e apenas dez estudos sobre violência contra essa população. Entre os portadores de transtorno, 35% haviam sido vítima de algum tipo de violência nos últimos seis meses à três anos, contra 12-22% que haviam cometido o ato violento.

Um estudo realizado com pacientes ambulatoriais portadores de transtorno mostrou que esses são vítimas de violência quatorze vezes mais frequente que a população em geral. Os resultados desse estudo mostraram que no ano anterior à pesquisa, quase a metade (47%) desses indivíduos, foram vítimas de diversos tipos de crime, sejam ameaças violentas, agressões físicas, assédio moral ou violência sexual (KAMPERMAN et al., 2014).

Estima-se que 6% da população brasileira, apresente algum tipo de transtorno mental (MELO, 2007). Para os pesquisadores da saúde mental no Brasil, a violência aparece ligada ao sofrimento psíquico, às dificuldades de acesso ao tratamento, à mortificação dos sujeitos causada pelas instituições, a disseminação das drogas e pelas formas invisíveis de dominação (DELGADO, 2012).

A violência autodirigida é aquela que o sujeito faz contra si próprio, como tentativas de suicídio, suicídio e auto-mutilação, e pode ser desencadeada por crises pessoais, econômicas ou uso abusivo de drogas (KRUG et al., 2002; TOLEDO et al., 2013).

A violência interpessoal é bastante abrangente e engloba desde atos desencadeados por familiares e parceiros íntimos no ambiente doméstico, até violência entre indivíduos que não estão relacionados, que podem ou não se conhecer, aqui incluídos a violência no contexto institucional (escola, local de trabalho, prisões, manicômios). A violência interpessoal chamada institucional ocorre dentro das instituições por meio de regras que reproduzem injustiças sociais (KRUG et al., 2002; MINAYO, 2006; TOLEDO et al., 2013).

A violência coletiva é aquela perpetrada por grupos maiores. Caracterizam-se pela dominação de grupos ou do Estado. A violência coletiva é a derivada da exclusão ou restrição relacionadas com raça, classe social, crença religiosa (KRUG et al., 2002; MINAYO, 2006; TOLEDO et al., 2013).

Para facilitar o estudo da violência, foi proposta pela Organização Mundial de Saúde uma classificação da violência quanto a sua natureza: física, sexual, psicológica e negligência ou abandono. Importante ressaltar que essas quatro variáveis da natureza da violência, muitas vezes se sobrepõem. Essa classificação captura a natureza do ato violento, a relevância do local de ocorrência, a relação entre o agressor e a vítima e as possíveis motivações. Na maioria das vezes, ocorrem dois ou mais tipos de violência e muitas vezes a divisão entre os diferentes tipos não estão muito claras (KRUG et al., 2002).

Os pacientes com transtorno mental sofrem proporcionalmente mais violência que a população em geral (CHOE et al., 2008). Um estudo realizado no Brasil mostrou que 79% dos pacientes com transtorno mental entrevistados relataram algum tipo de violência sofrida na vida. Quando se associou a violência física, sexual e psicológica, as mulheres foram mais agredidas que os homens, chegando a um percentual de 82% das participantes da pesquisa. A principal fonte de violência física dessas mulheres foram seus parceiros, com 44%, por esse motivo o ambiente doméstico apareceu como local onde mais ocorreu violência física. Os homens sofreram mais agressões na rua, como na população em geral. Foi observado uma alta proporção de violência física ocorrida dentro de instituições de saúde sofridas por pacientes perpetradas por outros pacientes ou profissionais desses estabelecimentos, chegando a 16% entre os homens (OLIVEIRA, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, violência sexual é todo ato sexual ou tentativa de consumir o ato sexual por meio de aliciamento, violência física ou ameaças, em qualquer lugar, incluindo residência (KRUG et al., 2002). Um estudo com 2475 pacientes portadores de transtorno mental, 19,8% dessa população sofreu violência sexual. Os principais perpetradores nas mulheres foram os parceiros íntimos e nos homens, conhecidos. O período da vida em que a violência mais ocorreu foi na vida adulta para as mulheres e na infância para os homens. A maioria dessas pessoas não comunicaram o fato, seja por medo ou vergonha. Foi observado uma alta proporção de violência sexual ocorrida dentro das instituições de saúde por outros pacientes, funcionários ou por profissionais de saúde, especialmente contra homens, 9,3% (OLIVEIRA, 2012).

A violência psicológica se refere a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar a vítima, restringir liberdade ou isolá-la da sociedade (TOLEDO et al.,

2013). Esse tipo de violência pode estar ligado à violência física ou sexual, e pode ocorrer concomitante. A violência verbal é a forma mais comum de violência psicológica, tendo sido estudada em diversas populações (LUDEMIR et al., 2010; KRUG et al., 2002). Estima-se que na Suécia, 15% dos suicídios ocorram por superposição das diversas violências (KRUG et al., 2002).

Violência relacionada à negligência, abandono e privação de cuidados, caracteriza-se pela recusa, ausência ou falta de atendimento a alguém que necessita de cuidados e atenção. O abandono é a forma mais grave de negligência. Com o portador de transtorno, esse tipo de violência é percebida através da falta de acompanhamento no tratamento, abusos financeiros, rejeição, negação da doença, administração de doses elevadas de medicação com objetivo de diminuir autonomia da pessoa (TOLEDO et al., 2013).

3.1 A construção de novas formas de cuidar

As Conferências de Saúde Mental foram importantes para dar continuidade ao processo de mudança, iniciado no Brasil na década de 1970, de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência e para definir estratégias de implementação da Reforma Psiquiátrica, a partir dos anos 80, com a influência das experiências que estavam acontecendo em diversos países. A I Conferência de Saúde Mental, em 1987, realizada com base nos princípios e diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde mostrou que o modelo médico-psiquiátrico centrado no hospital era ineficaz e oneroso, além de violar direitos humanos (BRASIL, 2002). A legislação específica, juntamente com as Conferências Nacionais de Saúde Mental, foram dispositivos fundamentais para consolidar a participação, o controle social e as diretrizes políticas e operacionais das mudanças na área de saúde no País.

A Declaração de Caracas (1990), documento elaborado na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, é um marco histórico da reforma da assistência em saúde mental, onde os países da América Latina se comprometeram a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever o papel hegemônico do hospital psiquiátrico, garantir os direitos civis, a dignidade pessoal e os direitos humanos dos portadores de transtorno mental, além de estimular sua permanência em sua comunidade (HIRDES, 2009).

A II Conferência, realizada em 1992, formalizou um esboço de um novo modelo assistencial e de uma nova forma de cuidar dos portadores de transtorno, a partir de seus direitos de cidadania. Foi ressaltada a importância da criação e expansão dos chamados Lares Abridados para a reestruturação da assistência em saúde mental. A finalidade desses lares

abrigados localizados dentro da área dos manicômios, era o resgate da cidadania dos portadores de transtornos. (BRASIL, 2002).

O fechamento da Casa de Saúde Anchieta em Santos teve como principal objetivo acabar com a violência instituída contra os pacientes, a desconstrução da forma tradicional de tratar a loucura e a criação de espaços alternativos do cuidado (CAMPOS, 2000). No início da década de 1990, experiências de reinserção dos pacientes nas comunidades ocorreram em três municípios de São Paulo, e nas capitais do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2004) e mostraram que era possível uma nova forma de cuidar.

Em Pernambuco, no início de 1999, foi inaugurado dentro do Hospital Alcides Codiceira, na cidade de Igarassu, um lar abrigado, onde oito pacientes passaram a residir sob a supervisão de uma equipe multidisciplinar. No mesmo ano, em novembro, foi inaugurado o lar abrigado do Hospital Ulisses Pernambucano, antigo Hospital da Tamarineira, com sete pacientes sem vínculo familiar. No ano seguinte, os lares abrigados foram substituídos por outra forma de morar fora dos limites do hospital: as Residências Terapêuticas.

No ano 2000, duas portarias ministeriais regulamentaram as residências terapêuticas, essenciais para o processo de desinstitucionalização de pacientes moradores de hospitais psiquiátricos. A Portaria nº 106/2000 criou e regulamentou o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, para o atendimento ao portador de transtornos mentais, com a função clara de substituir a internação psiquiátrica, de localização exclusiva fora do âmbito hospitalar e inserida na comunidade (FIGUEIREDO, 2007). Entre os objetivos, destacou-se a promoção da inclusão social dos portadores de transtornos desospitalizados que não possuem suporte social ou laços familiares para sua inserção (WEBER, 2012).

Definiu também que a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para uma residência terapêutica, será reduzido ou descredenciado do Sistema Único de Saúde, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da autorização de internação hospitalar correspondente para os tetos orçamentários do Estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

O projeto terapêutico singular das Residências Terapêuticas é baseado em princípios e diretrizes que estimulam a construção progressiva da autonomia do usuário nas atividades da vida cotidiana e a ampliação da inserção social, priorizam a reabilitação psicossocial, através de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, estímulo à autonomia para as atividades domésticas e pessoais, interação com a comunidade, além de respeitar os direitos

do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário (BRASIL, 2000). As Residências Terapêuticas são uma das maiores estratégias da Reforma Psiquiátrica brasileira no processo de inclusão social, pois oferecem a possibilidade de reabilitação a partir de espaços de sociabilidade, possibilitando o acolhimento de pacientes sem laços familiares que necessitem de uma moradia assistida (FIGUEIREDO, 2007).

A Portaria GM nº 1.220/ 2000, regulamentou a Portaria/GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS (BRASIL, 2000). Em 6 de abril de 2001, foi aprovada a Lei nº 10216, a lei da Saúde Mental também conhecida como Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A lei redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica, regulamentou o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e previu a possibilidade de punição para a internação involuntária, arbitrária ou desnecessária. Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, abordados nesta lei, foram assegurados sem qualquer forma de discriminação (BRASIL, 2001). O cuidado é o princípio que norteia a política. Essa lei não questiona a doença, mas a forma de tratá-la. “Ao inscrever o doente mental na história da saúde pública, aumenta sua aceitação social, diminui o estigma da periculosidade e incapacidade civil absoluta e contribui para elevar o padrão de civilidade da vida cotidiana” (DELGADO, 2011, p.4704).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que ocorreu após a aprovação da Lei da Saúde Mental, apontou a necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares. (BRASIL, 2002). Priorizou a construção da rede de atenção integral em saúde mental, além de ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença, além de ter integração com outras políticas sociais como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando o pleno exercício da cidadania. Conferiu aos Centros de Apoio Psicossocial o valor estratégico para a mudança do modelo assistencial (WEBER, 2012).

A reorientação do modelo assistencial deveria seguir o conceito de saúde compreendida como um processo, e não ausência de doença, visando produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde (BRASIL, 2002).

A Lei nº 10.708/ 2003 instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações de longa permanência. O benefício

consiste em pagamento mensal de auxílio pecuniário. A Lei do Programa de Volta Para Casa estabeleceu um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental (BRASIL, 2003; PINHEIRO et al., 2007).

A IV Conferência de Saúde Mental realizada em 2010 enfatizou a necessidade de garantir e ampliar o acesso aos Serviços Residenciais Terapêuticos e ao Programa de Volta para Casa às pessoas com transtornos mentais que deles precisem, com ampliação do processo de financiamento. Sugeriu-se ampliar estratégias para fortalecer o protagonismo das famílias e dos usuários dos serviços de saúde mental, tendo em vista a necessidade de lutar contra o estigma e de favorecer a inclusão social das pessoas com transtornos incluindo aqueles em medida de segurança. Todos os atores assumiram o compromisso de não admitir nenhum tipo de postura ou incentivo que contrarie os princípios da reforma psiquiátrica, assim como não admitir políticas públicas discriminatórias e excludentes aos cidadãos com sofrimento psíquico (BRASIL, 2010).

A consolidação da política de saúde mental do Sistema Único de Saúde orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica, exige estimular, ampliar e garantir os programas de desinstitucionalização, com o conseqüente fechamento dos leitos psiquiátricos e a criação ou aumento da rede de serviços substitutivos que favoreçam a inclusão e proteção a todos os cidadãos com sofrimento psíquico.

A Portaria nº 3.090/2011, que alterou a Portaria nº 106/2000, estabeleceu a classificação das Residências Terapêuticas em tipo I e II de acordo com o perfil de morador. Os usuários com transtorno mental e mais independentes devem ser inseridos nas residências do tipo I e aqueles com transtorno e acentuado nível de dependência, especialmente física, que necessitem de cuidados permanentes nas residências tipo II. Nessa portaria, foi reforçada a necessidade da presença de uma equipe multidisciplinar para apoiar cada módulo residencial (BRASIL, 2011). Todo esse suporte é de fundamental importância para evitar falha no tratamento não só do transtorno mental, como também das possíveis patologias que possam existir e que são passíveis de controle.

Apesar de toda normatização que envolve a instalação das residências terapêuticas, algumas situações podem comprometer a gestão. O ideal para se instalar residências terapêuticas é que elas estejam inseridas em bairros diversos do município e distantes do manicômio no qual esses moradores haviam morado, mas nem sempre isso é possível.

Alguns municípios e estados tiveram graves problemas na instalação de suas residências, pois não dispunham de imóveis legalmente documentados e que os proprietários estivessem dispostos a locar para servirem de moradia para os portadores de transtorno mental. Na ausência de participação social, as residências terapêuticas tornam-se pouco efetivas na reabilitação psicossocial dos moradores.

O hospital psiquiátrico São Pedro, localizado em Porto Alegre, desospitalizou oito pacientes para suas primeiras duas residências terapêuticas em dezembro de 2002. Essas moradias foram construídas entre os fundos do hospital e uma vila, resultado de uma invasão, num bairro de classe média. Essas construções foram o resultado de tentativas frustradas de locação de imóveis em áreas urbanas distintas na cidade. A negociação feita com os moradores da invasão foi cumprida parcialmente e só foram entregues trinta casas do tipo embrião, misturadas às casas dos usuários egressos do hospital. Não foi realizada qualquer melhoria de infraestrutura. A finalidade era que os usuários assumissem as residências em convívio com a comunidade e aos poucos deixassem a assistência institucional do hospital. Após três meses de funcionamento, a Morada São Pedro já tinha péssimas histórias de invasão de domicílios, assaltos, agressões aos moradores das residências. Não houve por parte da população o engajamento necessário para que o portador de transtorno se sentisse parte da comunidade. Os moradores apesar de estarem fisicamente fora do hospital continuaram trancados em suas residências por absoluta falta de segurança (WEBER, 2012).

As atividades da vida diária como ser responsável pelo autocuidado, pelo uso de sua medicação, saber circular na comunidade, tão necessárias para a reconstrução da autonomia do usuário é uma das finalidades do projeto terapêutico, devem ser estimuladas e a equipe responsável deve estar alerta para evitar que o cuidado se transforme em controle.

No município de Cuiabá, no ano de 2008, a alimentação das residências era fornecida pelo nível central. Os portões das residências terapêuticas eram trancados e a chave de responsabilidade dos cuidadores, as visitas eram autorizadas ou não pela coordenação de saúde mental. Os moradores só podiam circular pela cidade para atendimento médico, nos Centros de Apoio Psicossocial ou em atividades sociais programadas pela equipe (OLIVEIRA; CONCIANI, 2008).

Felizmente as duas experiências citadas anteriormente não são a regra vigente entre os serviços. A maioria dos municípios que dispõem de residências terapêuticas, contam com uma rede de serviços substitutivos e com o apoio da atenção básica, além de uma equipe multidisciplinar. Essa equipe através de múltiplas formas de olhar consegue adequar as residências de acordo com o perfil de seus moradores e pode aproxima-los da comunidade ,

estimulando-os a buscar cada vez mais a autonomia. Uma pesquisa realizada em Campina Grande / Paraíba com a população dos bairros onde as residências terapêuticas estão localizadas mostrou que apesar de não conhecerem a proposta de funcionamento de uma residência, alguns discursos combatem o modelo hospitalocêntrico, e reconhecem que os moradores podem “ir e vir”, sair de casa quando quiserem, são tratados como outros cidadãos (VELÔSO et al., 2011).

O município de Camaragibe, situado na região metropolitana do Recife, possuía em 2010 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, uma população de 144.466 habitantes. A saúde mental do município tem como base o atendimento integral ao indivíduo e sua família, buscando melhorar a qualidade de vida e incentivando o controle social. Desde o ano de 1996, se trabalhou em oficinas oferecidas a todos os profissionais inseridos na atenção básica, visando a mudança na forma de cuidar do portador de transtorno morador. Já em 2002 era possível perceber uma maior aceitação do portador de transtorno pela comunidade, ano em que foi oficializado o Programa de Saúde Mental na Comunidade (DONATO, 2010).

Em 2001 começam os primeiros contatos com os familiares dos munícipes internados que tinham perfil de continuar tratamento em serviço extra-hospitalar e semanalmente a rádio comunitária do município esclarecia a população sobre transtorno mental e as novas formas de cuidar (CAMARAGIBE, 2013).

A primeira residência terapêutica do município de Camaragibe foi inaugurada em julho de 2003 para moradores do sexo masculino. Pautada na ampliação, estruturação e melhoria na qualidade da assistência e buscando a autonomia e independência do usuário, até julho de 2014, o município dispunha de dez residências tipo I, distribuídas em três masculinas, três femininas, quatro mistas e quatro residências terapêuticas masculinas tipo II. Essas residências tiveram de se adaptar, com a autorização do Ministério da Saúde e Gerência de Saúde Mental Estadual, ao fato de inexistir imóveis no município em situação regular e acessibilidade adequada para oito moradores. Assim, a quantidade de moradores varia de sete a treze pessoas, sendo que nesta última são dois módulos residenciais em um mesmo terreno. Nas residências tipo II habitam os portadores de transtornos com maior comprometimento cognitivo e físico, sendo dependentes da equipe nas atividades da vida diária. Devido ao fato do município ter uma grande população de portadores de transtorno longamente institucionalizada, todas as residências foram destinadas exclusivamente à esses usuários, apesar da legislação incluir moradores de rua com transtornos mentais graves e também os

usuários de Centros de Apoio Psicossociais com problemas de moradia (CAMARAGIBE, 2013).

Além de quatorze residências terapêuticas, a rede de saúde mental de Camaragibe possui um Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS II Casa da Primavera, Projeto Oficinas de Geração de emprego e renda “Mentes que fazem”, quatro ambulatórios de psiquiatria e psicologia, quatro equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, um Centro de Apoio Psicossocial Álcool e outras drogas – CAPS AD Campo Verde e um Centro de apoio infantil – CAPS i Camará Mirim. Atualmente o município não possui hospital psiquiátrico conveniado ao Sistema Único de Saúde em seu território (CAMARAGIBE, 2013).

Diante de tanto investimento em melhoria na qualidade da rede de atenção a saúde mental, seria importante saber como estão os usuários desinstitucionalizados que habitam as residências terapêuticas de Camaragibe. Decidimos nessa pesquisa, adotar o método história de vida por possibilitar que o participante relate, além dos fatos que achar importantes em sua vida, como esta se processando o resgate de sua autonomia, sua aceitação pela comunidade onde habita. Permite a partir da singularidade de cada sujeito que vive situações sociais semelhantes, extrapolar para o coletivo.

3.2 História de Vida

A história do ser humano é composta de diversas fases, que vão da infância à vida adulta. Essas etapas são constituídas de acontecimentos, experiências que nos tornam sujeitos históricos, favorecendo uma interpretação e narração das experiências de acordo com nossas crenças e valores. As histórias que contamos desde o início de nossa existência são meios que encontramos para tentar capturar e traduzir o que vivemos (SILVA; COSTA, 2010).

A entrevista, pouco importa a sua forma, sempre foi considerada como um meio adequado para levar uma pessoa a dizer o que pensa, como viveu ou o que ouviu, ou narrar aquilo que foi testemunha. Alguns princípios têm o objetivo de dar conta da experiência do entrevistado: obter a melhor colaboração do sujeito, colocá-lo mais a vontade possível na entrevista; ganhar sua confiança e fazer com que ele fale espontaneamente e aceite se envolver (POUPART, et al., 2011).

Uma entrevista é formada pelo discurso do sujeito, e é composta pelo o que ele deseja revelar, o que deseja ocultar e a imagem que quer projetar de si mesmo. Essa entrevista pode ser estruturada, semiestruturada ou aberta (GOLDENBERG, 2011).

Numa abordagem qualitativa na qual se prioriza as informações do entrevistado, é necessário que exista uma aproximação, uma relação de confiança entre pesquisador e pesquisado (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

Há vários meios de se conhecer uma realidade, seja informalmente, seja com o intuito de uma investigação científica. Um das formas mais simples, porém eficaz, é ouvir o que os indivíduos que vivenciaram a situação em questão têm a dizer sobre ela. Essa abordagem propicia uma aproximação maior com o sujeito ou grupo analisado, já que privilegia a apreciação das experiências de interesse interpretadas pelos próprios participantes (SANTOS et al., 2004).

A História de Vida é uma metodologia de pesquisa qualitativa que busca através do discurso de um sujeito, coletar e analisar fatos relevantes de sua vida, do ponto de vista pessoal, familiar, social ou histórico. Visa aferir os significados que o sujeito atribui aos fatos de sua vida. Surgiu como método investigativo no início do século 20 no Departamento de Sociologia da Universidade de Chicago, Estados Unidos, para estudar o aumento desordenado da população, junto com o aumento da imigração e violência, que surgiram a partir da industrialização. Ficou conhecida como Escola de Chicago. Sua primeira grande obra publicada entre 1920 e 1927, em cinco volumes, foi *The Polish Peasant in Europe and America* de William Thomas e Florian Znanieck, e reuniu um grande número de depoimentos, histórias de vida, cartas de pessoas que viviam na Polônia e das que haviam migrado para os Estados Unidos. A inovação foi estudar um território através da ótica daquele que nele residia. Após a Segunda Guerra Mundial, a Escola de Chicago começou a trabalhar a sociologia quantitativa (BECKER, 1996).

O método História de Vida foi abandonado até a década de 1960, quando Oscar Lewis o utilizou com viés antropológico e etnográfico para estudar “a cultura da pobreza” em famílias pobres da Cidade do México. Ainda nos anos 60, Franco Ferraroti, sociólogo italiano, começou a utilizar histórias de vida em suas pesquisas, privilegiando a subjetividade. O método foi utilizado como forma de perceber as entrelinhas da fala do sujeito pesquisado, e criticava o uso de materiais secundários, ou seja, jornais, cartas, documentos oficiais, aqueles que não resultantes do relato desse sujeito (PINTO, 2010).

No método biográfico, é necessário valorizar os materiais primários e sua subjetividade. “Não é só a riqueza objetiva do material primário que nos interessa, mas sua pregnância subjetiva no quadro de uma comunicação interpessoal complexa e recíproca entre narrador e observador” (FERRAROTI apud BUENO, 2002). Para Ferrarotti a interpretação do

pesquisador na história de vida esta ligada à microrrelação estabelecida entre ele e o sujeito pesquisado.

Na década de 1980, o sociólogo francês Daniel Bertaux começou a utilizar o método história de vida em seus estudos, e o desmembrou o método em dois tipos. O primeiro, "Life history" é um estudo aprofundado da vida do sujeito, e seu depoimento é complementado com dados secundários contidos em documentos, testes psicológicos, depoimento de outras pessoas. O segundo, "Life story", é a história da vida tal qual o entrevistado narrou, não se verifica a autenticidade dos fatos, pois o que interessa é compreender a vida pela ótica do sujeito e não são utilizados dados secundários.

O Método História de Vida, também denominado como Método Biográfico ou Relato de Vida, é uma situação de intervenção social, de comunicação, onde se defrontam o pesquisador com um projeto definido e o pesquisado que, aceitando a proposta, faz um relato de sua existência onde está contida uma mensagem destinada ao seu interlocutor. O que o entrevistador ouve é um discurso no qual o sujeito fala da representação que tem dos fatos de sua vida, segundo suas categorias de valores e seus códigos temporais. O narrador conta sua vida, hierarquizando, valorizando e reforçando aspectos, imprimindo a sua visão pessoal e subjetiva. É uma narrativa onde o narrador dá a interpretação pessoal sobre os fatos de sua própria vida (DIAS; SANTOS, 2005).

Ao se multiplicarem os relatos de vidas de sujeitos que se acham ou se achavam em situações sociais semelhantes, e ao centrar seus testemunhos nessas situações, apesar do caráter singular inevitável, podemos extrapolar para o coletivo. Ou seja, ao relacionar diversos testemunhos sobre a experiência vivida de uma mesma situação social, se pode superar sua singularidade para alcançar, mediante uma construção progressiva, uma representação sociológica dos componentes coletivos da situação vivenciada (BERTAUX, 2005).

O método História de Vida permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa, o que vai ao encontro do objeto de estudo. Se quisermos saber a experiência e perspectiva de um indivíduo, não há melhor caminho do que obter estas informações através da própria voz da pessoa. Esse método tem como característica respeitar a opinião do sujeito, não vendo-o como objeto passivo, visto que é o entrevistado quem direciona o estudo a partir de sua visão de mundo, de como vivenciou os fatos e como interage com o presente. O método História de Vida utiliza as trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas. Busca conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou de vários informantes, fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema (MEDEIROS, et al., 2008).

O método de História de Vida distingue-se de outras formas de investigação envolvendo depoimentos — como questionários ou entrevistas semiestruturadas — pois nessas, apesar da intenção de "ouvir o sujeito", o pesquisador seleciona e restringe os temas que abordados. A História de Vida, por outro lado, ao utilizar a entrevista aberta, permite que a condução do estudo seja dada pelos próprios participantes, a partir de sua visão de mundo. Sem perguntas pré-determinadas, os sujeitos são livres para divergir sobre aquilo que consideram relevante em sua experiência, a forma como vivenciaram os fatos narrados e como esses interferem no presente (SANTOS; GLAT, 1999).

O procedimento básico de coleta de dados no método de História de Vida consiste em uma entrevista aberta, isto é, sem um roteiro pré-determinado, na qual se pede ao sujeito para falar livremente sobre sua vida, um determinado período ou aspecto dela. A partir de suas colocações, o entrevistador pode formular novas questões ou tecer comentários para esclarecer ou aprofundar determinado ponto, porém a direção da conversação e os tópicos a serem abordados são escolha espontânea do entrevistado (GLAT; PLETSCHE, 2009).

A característica mais importante desta abordagem, portanto, é que a estrutura geral da entrevista e, conseqüentemente, as informações ou dados obtidos, não é determinada pelo pesquisador através de perguntas padronizadas e / ou previamente formuladas, mas sim pelos informantes: pela maneira como eles selecionam, interpretam, valorizam e transmitem suas experiências de vida (SANTOS et al., 2004).

A história é contada da maneira do sujeito, e existe uma preocupação com o vínculo entre pesquisador e pesquisado, pois quanto mais à vontade se sentir o sujeito, melhor será a captação da informação (SILVA et al., 2007).

Esse método é utilizado em diversas áreas de pesquisa na saúde. Medeiros em 1997 utilizou o método para compreender o itinerário terapêutico de quatro mulheres com câncer de mama e Almeida (2009), para compreender a experiência de adoecimento de uma pessoa com câncer. Trindade (2005) o utilizou com o objetivo de compreender o significado da maternidade na adolescência, no contexto de vida dessas mães. Nascimento e Marques (2011) pesquisaram pela história de vida, o isolamento compulsório sofrido pelos hansenianos.

No Brasil, poucos estudos abordam a visão do mundo ou autopercepção de portadores de transtorno. Glat (1989) introduziu o método de História de Vida na pesquisa em Educação Especial e trouxe a discussão sobre concepção de mundo e vivências de pessoas com deficiência mental. Pereira (1997), visando identificar representações sociais da loucura, utilizou o método história de vida com quatro portadoras de transtorno moradoras de hospital psiquiátrico. Damolin e Vasconcelos (2008), através do método história de vida, analisaram

como os portadores de transtorno vivenciam suas necessidades e interagem com a comunidade.

Para melhor compreender os depoimentos, utilizamos nesta pesquisa o método história de vida, onde foram utilizadas entrevistas abertas, onde o sujeito teve a liberdade de falar, de como ele interpretou sua vida.

Segundo Bertaux (1980), é possível transformar a singularidade de uma história em conhecimento científico, porque por mais individuais que sejam, estarão sempre inseridas no coletivo, são relatos de práticas sociais.

A História de Vida devolve a palavra aos silenciosos e aos esquecidos da história e projeta uma iluminação particular ao social. “Ouvir relatos de impensáveis dores, violências ou injustiças, é um modo de dar voz aos silenciados da história”(MENEGHEL, 2007, p. 125).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta pesquisa foi realizado um estudo qualitativo que utilizou a abordagem História de Vida, com base na “Life Story” de Daniel Bertaux (2005), onde através de entrevistas abertas, o sujeito tem a liberdade de se expressar sobre determinado assunto sem interferência do entrevistador. O método foi escolhido por possibilitar que na escuta individual, se tenha uma maior aproximação com a realidade vivida e sentida pelo sujeito.

Não utilizamos dados secundários, ou seja, não foram utilizadas informações adicionais para confirmação da história do entrevistado, como prontuário, relato de familiares ou qualquer outro meio. O importante nessa pesquisa foi a compreensão do indivíduo acerca dos fatos relevantes de sua vida. Baseado nos estudos de Pereira (1997) e na experiência pessoal da pesquisadora, os prontuários dos usuários internados usualmente, não contêm informações relevantes que acrescentem dados importantes a pesquisa.

Em pesquisa realizada com mulheres portadoras de transtorno internadas em hospital psiquiátrico, a escassez de informações dos prontuários, não trouxe acréscimos significativos à pesquisa, do ponto de vista da história de vida das pacientes (PEREIRA, 1997).

Os participantes da pesquisa foram selecionados por equipe multidisciplinar, formada pela pesquisadora juntamente com os técnicos de referência das residências terapêuticas do Município. Foram excluídos como possíveis participantes do estudo os oligofrênicos moderados e graves, pacientes com dificuldade de fala, pacientes com patologia agudizada.

Foram entrevistados três usuários, duas mulheres e um homem, cujas idades são quarenta, cinquenta e oito e oitenta e três anos respectivamente, e eram interlocutores capazes de narrar suas experiências vividas ao longo de suas existências. Os três usuários tiveram histórico de vida institucional, com passagem por vários internamentos antes de serem levados para um hospital psiquiátrico de longa permanência, onde se mantiveram por um tempo que variou entre vinte e quarenta anos. Atualmente eles moram em três residências terapêuticas diferentes, localizadas no Município de Camaragibe, região metropolitana do Recife.

Seguimos o roteiro de entrada de pesquisador baseado no formulado por Minayo, que descreveremos no processo de trabalho de campo. As conversas foram realizadas nas residências terapêuticas onde os participantes moravam. Eles escolheram o local que quiseram para a realização das conversas. Após os participantes ficarem cientes que iriam falar sobre suas histórias de vida, as entrevistas começaram estimuladas por questões norteadoras como: “O que você lembra da sua vida...como era sua vida antes do internamento?” Apesar de ter

sido dado um norte, as entrevistas transcorreram de acordo com a vontade de cada entrevistado, o que determinou o curso de cada uma delas. Foi necessário fazer algumas perguntas para esclarecer alguns assuntos que eles abordaram.

No método história de vida, o entrevistado é o foco do trabalho: foi ele que se estendeu sobre determinado assunto que julgou importante, como também encerrou a entrevista quando achou que nada mais tinha a falar. A média de duração das entrevistas foi de 35 minutos, e transcorreram em um ambiente de informalidade. Foram necessárias duas novas visitas a dois dos usuários, para esclarecer dúvidas surgidas quando da transcrição e leitura flutuante e tiveram duração média de 20 minutos.

Segundo Bertoux (1980, p. 209), para que “uma historia de vida se desenvolva completamente, e preciso que a pessoa seja apreendida pelo desejo de contar” e que “seja uma combinação de escuta atenta e de questionamentos”.

4.1 Processo de trabalho de campo

O estudo foi iniciado após a liberação do parecer do Comitê de Ética e publicação na Plataforma Brasil. De acordo com o cronograma do projeto, em novembro de 2013, fizemos contato com a Coordenadora de Saúde Mental do Município de Camaragibe para comunicar a liberação do projeto e agendamos a reunião com todas as profissionais responsáveis pelas residências terapêuticas desse município, as chamadas técnicas de referência.

Para otimizar o tempo disponível, a reunião foi agendada no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Primavera, local onde semanalmente essas profissionais se encontram para resolver as demandas das residências terapêuticas. Nesse encontro apresentamos o projeto completo, e após terem sido esclarecidas todas as dúvidas, cada profissional analisou quem poderia se encaixar na pesquisa. Foram apresentadas sugestões de quem poderia participar da mesma. Ficou acordado que as visitas seriam acompanhadas pelas responsáveis técnicas das residências. Foram identificados doze usuários que potencialmente preenchiam os critérios definidos pela pesquisa em ordem decrescente de quem poderia e teria condições de participar da pesquisa. Na época da pesquisa, Camaragibe tinha 133 moradores de residência terapêutica. De posse dos nomes dos possíveis participantes, foi agendada a primeira entrevista para o dia seguinte. Os contatos foram feitos apenas no momento na entrevista para evitar causar ansiedade ou qualquer outro sentimento que desequilibrasse o usuário. Houve recusa por parte de um usuário em participar da pesquisa, alegou que não gostaria de lembrar sua história.

O roteiro traçado no projeto foi um facilitador do trabalho, uma vez que não trabalhamos com questionários estruturados. Seguimos um roteiro de entrada de pesquisador baseado no formulado por Minayo (2010). Foram seguidas as etapas abaixo, para entrada em campo:

- a) Apresentação da pesquisadora por parte do técnico de referência responsável pelo usuário;
- b) Após as apresentações, informamos a instituição que representamos, mostrando a credencial;
- c) Explicamos o motivo da pesquisa e a forma como ela iria transcorrer, em linguagem simples de fácil entendimento e informamos a importância do estudo para o sujeito e para a comunidade. Explicamos o método que seria utilizado. Informamos que a qualquer tempo ele poderia desistir de participar da pesquisa;
- d) Explicamos porque ele foi escolhido, mostrando as características da população de estudo;
- e) Informamos que caso ele aceitasse participar da pesquisa, seu depoimento seria gravado, mediante sua autorização, e depois transcrito logo após o término do mesmo. Asseguramos que tudo que fosse dito seria mantido em sigilo e ele nunca seria identificado, garantido o anonimato;
- f) Depois dos esclarecimentos, perguntamos ao sujeito se restava alguma dúvida, para que fosse esclarecida de imediato;
- g) Após o usuário aceitar participar da pesquisa, apresentamos o convite formalizado, e solicitamos que o termo de consentimento livre e esclarecido fosse assinado em duas vias. A técnica de referência assinou como testemunha. Entregamos uma via ao participante;
- h) O participante escolheu o espaço dentro da residência terapêutica que morava, para ser entrevistado. Em duas das entrevistas, o terapeuta de referência estava presente no recinto, mas não houve interferência da mesma.

Antes de iniciar a conversa, procuramos deixar o entrevistado à vontade. Na metodologia que foi aplicada, o pesquisador tem a função de ouvir o sujeito. A condução foi dada pelo usuário a partir do estímulo inicial “Como era sua vida antes do primeiro internamento em hospital psiquiátrico?” Depois, cada um teve a liberdade de abordar o assunto que achasse importante sobre sua vida. Foi necessário a nossa intervenção para esclarecer algumas dúvidas geradas pelas falas dos sujeitos, mas em nenhum momento foram utilizadas perguntas pré-determinadas.

4.2 Coleta e análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e realizadas pela pesquisadora. Foi realizada uma entrevista por semana para que a transcrição fosse feita de imediato. Optamos por fazer pessoalmente as transcrições por respeito à pessoa a qual nos permitiu entrar em sua intimidade e também porque alguns gestos, expressões fisionômicas e silêncios, só poderiam ser entendidos por quem tivesse presenciado. Todas as entrevistas e transcrições foram concluídas na primeira semana de dezembro de 2013. Foi necessária, uma segunda visita a dois usuários, para esclarecer algumas informações dadas na primeira entrevista. Foi previsto no projeto que poderiam ocorrer vários encontros com cada usuário devido a singularidade dos mesmos. Para manter a veracidade dos depoimentos, as falas foram transcritas na forma como foi verbalizada pelo sujeito, salvo nos casos em que dificultasse o entendimento do leitor.

Para análise e interpretação dos dados desse estudo, utilizamos a primeira parte da técnica da Análise de Enunciação proposta por Bardin (2010): a análise temática. A análise temática “consiste em reportar em cada relato de vida, as passagens concernentes a tal ou qual tema, com o objetivo de comparar depois os conteúdos dessas passagens de um relato a outro” (BERTAUX, 2005, p. 99). A análise temática é transversal, recorta os depoimentos através de temas projetados nos conteúdos. Não se leva em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas que aparecem nos discursos, e esses são comparáveis. Consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência pode significar algo para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2010).

Após a coleta do material gravado, seguimos os passos propostos por Bardin (2010):

- a) transcrição do material gravado com registro dos silêncios, pausas prolongadas, sorrisos e alterações de voz. Quanto mais rápida for a transcrição, melhor a qualidade desses registros, pois estará claro na memória aquelas falas, o que poderá auxiliar no caso de dúvida sobre o que esta sendo ouvido (SANTOS; SANTOS, 2008);
- b) após a transcrição dos depoimentos, realizamos uma “leitura flutuante”, selecionando os temas mais marcantes e os pontos relevantes. Leitura flutuante consiste em ler varias vezes a transcrição, comparando-a com o áudio, lembrando o encontro, a impressão da palavra não dita. É ter contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo conteúdo (BARDIN, 2010);
- c) o emprego da análise temática permitiu a construção de categorias analíticas a partir do discurso dos sujeitos. O cuidado durante a seleção dos temas foi importante para

que não modificássemos o significado que cada sujeito atribuiu a sua própria vida. As categorias de análise emergem dos depoimentos prestados por meio das entrevistas abertas (SANTOS, 1995). Para fins dessa pesquisa, tomamos como categorias a natureza das violências.

A leitura flutuante, proposta por Bardin, nos permitiu construir as categorias de análise a partir das histórias de vida dos entrevistados.

4.3 Considerações éticas

No presente estudo, foi observado o princípio da autonomia dos indivíduos, que foram convidados a participar do estudo, não havendo prejuízos para aqueles que não quiseram participar. Não houve desistência dos que participaram da pesquisa. Os participantes, após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, abordaram o tema de forma livre, com o mínimo de interferência, pelo tempo que acharam conveniente. Foi dada a opção aos participantes de terem suas entrevistas acompanhadas ou não pelas Técnicas de Referência responsáveis, por serem as profissionais que os acompanham no seu projeto terapêutico singular, além da pesquisadora, em local onde foi mantida a privacidade do sujeito. O local foi escolhido pelo participante. A técnica de referência do participante assinou o termo de consentimento livre e esclarecido como testemunha. O depoimento foi interrompido e retomado posteriormente, quando o participante desejou. Se mesmo sem queixas do entrevistado, a técnica de referência ou a pesquisadora percebesse alguma alteração seja física, mental ou emocional, o depoimento seria interrompido, e só seria retomado, caso o entrevistado concordasse, mas não houve qualquer alteração com os usuários na hora da entrevista. O usuário poderia desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo, mas não houve desistência após iniciar a entrevista. Foram observados os princípios da confidencialidade e privacidade. Os depoimentos foram tomados pela pesquisadora, gravados em meio magnético com aquiescência dos depoentes, estando sob a guarda da mesma e as transcrições dos relatos foram realizadas logo após o término dos mesmos. As gravações e transcrições estão sob a responsabilidade da pesquisadora. Todas as informações obtidas estão mantidas em acervo exclusivo da pesquisadora, resguardados os princípios da confidencialidade e privacidade. Em consonância com as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as atividades de pesquisa em seres humanos, este estudo somente foi executado após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em

Pesquisa, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, com o número CAAE 21280413.7.0000.5190.

5 RESULTADOS

5.1 O início da desinstitucionalização

“Os lugares mais quentes do inferno são destinados aos que em tempos de crise, mantêm-se neutros”
(Dante Alighieri)

O cotidiano de um manicômio é caracterizado pela presença de sofrimento psíquico e pela ausência de perspectivas de melhora, ocasionando nos indivíduos desesperança, já que não vislumbram possibilidades de melhoria das intervenções, que deveriam ser efetivas, propiciadoras de mudanças. As perdas sofridas acontecem em momentos difíceis na história de vida dessas pessoas, levando-as a exclusão em todos os níveis (PEREIRA, 1997).

Foi esse cenário que encontramos, em 2008, a primeira oportunidade de nos aproximar do Hospital José Alberto Maia, para avaliar se alguns pacientes teriam condições de voltar para casa ou de ir para uma residência terapêutica, já que o hospital estava sem receber pacientes desde 2002, quando foi interditado após realização do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares, o PNASH. Encontramos alguns pacientes que não tinham qualquer justificativa de permanecer internados. Alguns iam sozinhos para casa nos finais de semana. No final do período de seis meses, dezessete pacientes receberam alta.

No final de 2009, saiu o convênio tripartite, que possibilitou a contratação de uma equipe multidisciplinar para avaliar todos os internos com o intuito de fechar definitivamente o manicômio (LUCENA, 2010).

No primeiro dia útil de janeiro de 2010, assumimos a coordenação médica do processo de desinstitucionalização e iniciamos nosso trabalho. A equipe foi formada por médicos clínicos, psiquiatras, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem. Ao chegarmos na unidade hospitalar nos deparamos com o que Franco Basaglia em seu livro *A Instituição Negada* descreve do interior de um manicômio: um cheiro insuportável dos pavilhões fechados, a baba na boca dos internados, as cabeças raspadas, sujeira por todo lado. Pacientes nus perambulavam pelo pátio. A imagem confirmava o total descaso para com a saúde dos internados. Nós nos dividimos entre os oito pavilhões e fomos apoiados por alguns membros pertencentes a equipe do hospital, principalmente psicólogas e assistentes sociais. O convênio também garantiu alimentação e medicamentos para os internos.

Encontramos usuários internados por oligofrenia grave desde a infância, epiléticos, alcoolistas, neuróticos, esquizofrênicos. Para trabalhar a singularidade numa população tão diversa, foi necessária a interação e dedicação da equipe. Precisamos abordar o fato de que eles iriam passar por uma mudança radical em suas vidas. A desconfiança e o medo de viver sem muros foram os maiores desafios para os usuários. E nós tínhamos prazo para finalizar o processo de fechamento da unidade.

Durante o processo de desinstitucionalização, iniciou-se a construção do projeto terapêutico singular. Nele, os primeiros fatores a serem conhecidos foram os principais elementos da história do usuário. Analisamos a capacidade do autocuidado, de se alimentar sem ajuda, além do quadro clínico e psiquiátrico. As relações familiares foram estudadas com a finalidade de identificar os pontos de conflito, para que se trabalhasse terapêuticamente.

Enfrentamos a oposição dos diretores da unidade, de algumas famílias e curadores, principalmente aqueles que só cuidavam do benefício dos internos. A equipe esteve presente todos os dias, durante todo o ano. Todos os internados tiveram avaliação clínica, psiquiátrica, psicológica e social realizadas pela equipe multidisciplinar. Houve um trabalho de busca ativa dos familiares, articulado com alguns municípios. Muitos desses familiares, mesmo sendo curadores, não visitavam seus parentes. O trabalho de negociação com essas famílias foi fundamental para a definição de quem teria condições de voltar para casa ou ir para uma residência terapêutica.

O primeiro passo dado para melhorar nosso relacionamento com os usuários foi estabelecer vínculos, onde foram usadas diversas estratégias para trabalhar os medos, confiança, desejos. Ao mesmo tempo, buscou-se o estreitamento de laços afetivos com outros pacientes, técnicos da rede e membros da equipe, para que em caso de não aceitação da família em ter seu parente de volta em casa, já teríamos como inserir o usuário no grupo. Foi nesse período de escuta que tivemos a oportunidade de conhecer melhor a história dessas pessoas, o que os levou a um internamento de longa permanência.

Através das atividades de grupo, das rodas de conversa, do estímulo ao autocuidado, podemos conhecer o cotidiano desses indivíduos. Aos poucos, ganhamos a confiança dos usuários, que começaram a participar mais ativamente do processo de construção de uma nova etapa de suas vidas, nos questionando o porquê de nosso trabalho, o fechamento do manicômio, sobre como seria morar na "casinha" - era assim que chamavam inicialmente as residências terapêuticas.

Houve participação da maioria dos usuários na elaboração dessa nova etapa de vida. Apesar dos longos anos de internamento, muitos ainda conservavam lembranças de suas vidas

antes de adoecerem. Alguns visitavam as famílias, mas se sentiam discriminados pelos familiares, ou porque fumavam muito, ou porque falavam alto. O voltar para casa não era garantia de aceitação familiar ou social. Os usuários reclamavam que não podiam passear na rua porque a vizinhança demonstrava medo de forma tão visível que eles próprios notavam. "Dizem que doido joga pedra nas pessoas, mas de verdade quem joga pedra é quem não é doente", falou um usuário; "Não quero voltar a morar com minha família, o povo é muito complicado. Eu quero ir pra casinha", retrucou outro.

Nós trabalhamos com duas principais alternativas de condução dos casos: o Programa de Volta para Casa ou as Residências Terapêuticas. Tínhamos uma população de indivíduos abandonados pelas famílias, alguns já nessa condição desde o internamento. Outros, pelo longo período de internamento, os parentes mais próximos haviam falecido. Muitos usuários tinham parentes, mas não recebiam visitas. Portanto, para esses casos, a solução seria a implantação de Residências Terapêuticas que promovem a inclusão social, não só no Município onde se encontrava o manicômio, mas também naqueles que tinham munícipes internados.

Enquanto os pacientes eram preparados para retomarem suas vidas, pessoas de vários Municípios se engajaram ao nosso trabalho, se responsabilizando por estruturar os serviços substitutivos, entre eles os Centros de Apoio Psicossociais, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, as Residências Terapêuticas, montando as equipes de retaguarda e treinando seus cuidadores. Os Serviços Residenciais Terapêuticos, se bem dimensionadas e administradas, garantem o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania.

Os pacientes tiveram diversos destinos de acordo com suas condições de saúde: alguns voltaram para casa, outros foram para hospitais clínicos e psiquiátricos estaduais, outros para as residências terapêuticas. Nem todas as residências pactuadas entre os municípios envolvidos no processo e a gestão estadual ficaram prontas no prazo, assim 257 pacientes foram transferidos para dois locais provisórios chamados Centro de Saúde Mental Km 14 e Km 9,5, idealizados para dar aos pacientes um morar digno, onde eles, enquanto esperavam o término da montagem das Residências Terapêuticas, poderiam reaprender a viver sem muros, a resgatar a cidadania escondida por longos anos nos pavilhões daquele manicômio.

Até julho de 2013, todos os pacientes já haviam sido transferidos para residências terapêuticas ou voltaram para casa (CAMARAGIBE, 2013). As residências estão inseridas em bairros distintos ao do hospital, importante para que as lembranças do tempo vivido no manicômio não interferissem no projeto terapêutico singular dos usuários.

Ao iniciar as entrevistas, esperávamos que o principal achado fosse o preconceito em relação ao morador de hospital psiquiátrico. No entanto durante a pesquisa nos chamou a atenção os relatos, nas histórias de vida dos três usuários, de diversas formas de violência a que foram submetidos antes de serem institucionalizados e nos hospitais psiquiátricos durante o período em que estiveram internados. Fomos buscar na literatura subsídios para entender a ocorrência das diversas formas de violência sofrida pelos portadores de transtorno participantes dessa pesquisa.

5.2 Lírio, Régia e Rosa

“Rasguem os manuais de psiquiatria, leiam Machado de Assis”!
(Nise da Silveira)

Antes de iniciar as entrevistas perguntamos qual o nome que o participante gostaria de ser identificado. Dois deles disseram que não gostariam de mudar o nome, denotando que apesar de desapoderamento contínuo sofrido dentro do hospital, depois que saíram desse ambiente, houve resgate da autonomia e reapropriação da própria vida: “ Eu sou ...e não quero ter outro nome”, disse um dos participantes da pesquisa. Para que os usuários não fossem denominados por letras e números, resolvemos identificá-los por nome de flores: Lírio e Rosa, e pelo nome que uma das participantes escolheu: Régia. No primeiro internamento, Lírio e Rosa receberam o diagnóstico de esquizofrenia e Régia de oligofrenia.

Apesar de terem familiares, os três optaram por morar em residência terapêutica, e estão nelas há mais de dois anos. Apenas uma das participantes mudou de residência, por problemas familiares que serão abordados posteriormente.

As duas mulheres têm mãe e filhas e o homem só tem parentes de segundo grau. Em relação à renda, os três recebem o benefício “De volta para casa” desde que foram morar nas residências. Dois trabalharam antes de adoecer, e são aposentados por invalidez. Uma recebe pensão da família. Quanto à escolaridade, dois concluíram o ensino médio, e uma não foi alfabetizada.

5.3 A infância e a adolescência vividas

“Não tinha felicidade porque minha vida era sofrida”
(Rosa)

Toda relato é uma reconstrução da situação vivenciada. Nos histórias seguintes, não foram feitas qualquer verificação dos fatos, porque o que nos interessa é o como o sujeito se percebe, seu ponto de vista. Iniciamos as conversas perguntando como era a vida antes da hospitalização, se tinha ido para a escola, se morava com família:

Eu lembro da minha infância. Eu era uma pessoa que não tinha felicidade, porque minha vida era sofrida. Eu quando era criança era uma pessoa que não tinha noção. Depois que eu cresci, cheguei a ser adulta, foi que eu vim conhecer o mundo”[...] “Estudei, aprendi! Fiz segundo grau completo no (diz o nome do colégio). Morava no Fundão, Recife, ali perto do Arruda. Eu estudava, trabalhava, mas a mente forçou demais e eu adoeci. Tinha vinte e um anos. Trabalhava na fábrica de porcelana em Beberibe (Rosa).

A esquizofrenia é um transtorno causado pela junção de fatores biológicos ligados a genética ou anormalidades de estruturas cerebrais, e fatores psicológicos que sofrem a interferência do ambiente social onde vive. Ou seja, indivíduos predispostos podem desenvolver a doença a partir de estímulos biológicos, psicológicos e ambientais (GIACON; GALERA, 2006). O fato de Rosa ter adoecido aos vinte e um anos de idade, não significa inexistência sintomas, apenas não foram detectados. Outro usuário conta sua história:

Quando era pequeno morava em Campo Grande, Recife. Morei mais de treze anos. Pai ainda era vivo. Estudei na Escola de Belas Artes de Pernambuco na Encruzilhada, onde hoje é a Escola Técnica Agamenon Magalhães. Fiz curso de artes e ofícios. Foi lá que aprendi a pintar. Depois fomos para São Paulo. O irmão de pai estava bem de vida. Tinha um bar que possuía um primeiro andar e nos chamou para morar lá (sua voz tem um tom pesado). Depois Dr...arrumou um emprego para mim no Departamento de Obras e Saneamento, mas não passei nem um ano...estado emocional (Lírio).

A terceira participante não conseguiu ser alfabetizada:

Morava em Caixa D'água com meu irmão quando era vivo, meu irmão adotivo, meu pai adotivo, minha mãe adotiva. Cheguei a ir para a escola não porque eu era muito abusada. Não sabia ler, não pegava na caneta para escrever. Não tomava remédio, minha filha, aí ficava muito aperreada. Aprontava muito e queria ir para a rua, quando eu era pequena. Queria ir para o meio do mundo, para a rua. Só vivia na rua empinando aquelas pipas de papel (Régia).

Pessoas portadoras de oligofrenia leve muitas vezes são mais incapacitadas do que sua real condição de saúde. Fatores sociais e educacionais são os principais responsáveis pelo não desenvolvimento intelectual em sua plenitude. Geralmente são estimulados a se perceberem em desvantagem, afetando sua identidade (GLAT, 2009). Régia apresenta um comportamento infantilizado. É provável que nunca tenha sido estimulada a se perceber capaz, ou mesmo tenha se acostumado com o estímulo negativo de que não iria aprender.

Perguntamos como a doença apareceu:

Foi assim: eu gostava de um rapaz que prometeu casar comigo...e disse que ia me fazer feliz. Eu cai na conversa dele...botou aliança no meu dedo. Fui para a igreja, de véu, capela e haja eu esperar esse homem. Deu seis, sete, oito horas e nada dele

aparecer. Nisso chega um amigo dele com um recado dizendo que ele não ia mais casar comigo...e que estava com outra dentro do carro [...] Nisso eu me desembestei, sai doida pelo mundo afora. Não sei onde estava, em que lugar fui. Cheguei num lugar, tinha uns homens bebendo e eu pedi um copo de cerveja. Ele disse: - Não. Eu posso levar a senhorita pra casa. Diga onde é sua casa e eu levo, mas cerveja eu não dou. Sei que esta desesperada, mas isso eu não faço [...] Quer dizer, esse homem teve consciência. Eu disse onde morava e ele me levou até minha casa...(pausa e choro). Fui cair dentro do (diz o nome do hospital)... trinta anos! Trinta anos é uma vida (Rosa).

Os traumas psicológicos não são resultado de fatos isolados que aconteceram num determinado tempo e que marcaram a vida do sujeito. É o resultado de um conjunto de acontecimentos similares que vão transformando gradativamente o comportamento e o emocional do indivíduo (GLAT, 2009). Rosa afirmou que na infância era uma pessoa triste, teve uma vida sofrida, mas não deu detalhes do motivo dessa afirmativa. É provável que já tivesse algum sinal do transtorno, mas que não foi percebido.

Lírio informou que adoeceu depois da morte do pai:

Eu tinha vinte anos...síndrome esquizofrênica. Meu pai morreu de desastre de trem. Ele vinha lendo jornal, não viu. O trem pegou ele, jogou contra a parede. Perdeu muito sangue e morreu.

Quanto mais jovem o indivíduo apresenta sintomas psicóticos, pior o prognóstico. O final da adolescência é uma fase que envolve transformações físicas, emocionais. O aparecimento do primeiro surto muitas vezes ocorre por pressão sofrida por esse jovem.

Sabe-se que anos antes do aparecimento do primeiro surto, sintomas inespecíficos como ansiedade, insônia, dificuldade de concentração, distúrbios de comportamento, distanciamento social, sintomas paranóides, podem fazer parte da vida do indivíduo e passarem despercebidos ou serem interpretados como típicas da adolescência e com isso não procuram ajuda especializada, retardando o início do tratamento (LOUZÃ NETO,2000).

Régia disse que foi internada por que não obedecia a mãe. Ela fugiu do padrão de comportamento idealizado pela família:

Eu não obedecia, não tomava remédio...quando eu era pequena, eu ia para as danças, eu ia para as boates e aí minha mãe fazia isso (puxa a própria orelha) Truck na minha orelha e me trazia para dentro de casa (Régia).

O grau de desenvolvimento de um indivíduo portador de oligofrenia não depende unicamente de fatores internos. Não lhes é ensinado que eles são capazes de tomar decisões, e assumir responsabilidades. Devem existir estímulos externos como forma de incentivar essas pessoas a se tornarem cidadãos com direitos e deveres. Não se dá espaço para que o indivíduo expresse seus desejos, sentimentos, como se esses não existissem. Segundo a sociedade, eles devem ser passivos, calados, infantilizados (GLAT,2009).

5.4 O internamento...para sempre!!!

“Deixai toda esperança, vós que entráis”
(Dante Alighieri)

Lírio, Régia e Rosa tiveram o primeiro internamento por volta dos 21 anos, e histórico de passagem por diversos hospitais psiquiátricos antes de serem internados em hospital de longa permanência. As mães foram responsáveis pelo internamento dos filhos. Nenhum dos entrevistados guarda qualquer ressentimento, pelo contrario ao se referirem as mães, sempre fizeram com muito carinho.

Os três guardam lembranças das primeira internações, sabem os nomes dos hospitais, mas foi Lírio quem contou com mais detalhes suas primeiras experiências:

Eu fiquei internado na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, São Paulo, porque meu tio pagou. Fiquei só uns três meses internado, aí ele me tirou. Tio deu dinheiro e a gente veio embora. Vim direto para o hospital. Meu primeiro médico aqui foi Dr.(diz o nome do médico), o famoso...(risadas) [...] Depois fiquei em um em Casa Forte(bairro do Recife). Fiquei lá, mas eu tomava muita insulina...(Lírio).

Um ponto em comum nas histórias de vida dos três usuários é o fato de que os profissionais médicos que os acompanhavam na época, associarem o internamento no hospital colônia, a uma sentença de prisão perpétua. Talvez de modo inconsciente, exerceram o poder da forma mais cruel:

Eu fui cair dentro do Hospital...trinta anos! Trinta anos é uma vida! Cheguei lá com vinte e um anos. Aí o Dr. Y que era diretor me disse: aqui é uma colônia. Daqui você não sai mais...aí eu disse: matei alguém por acaso para ficar presa? Rosa; “Depois o Dr.(diz o nome do médico) foi lá e disse: você vai ficar lá no Alberto Maia...(pausa) permanente! (Lírio).

Diferente do tratamento vigente na época das primeiras internações dos usuários, hoje a intervenção adequada é formada pela junção do tratamento farmacológico, psicossocial e o envolvimento familiar. A família desempenha um papel fundamental para evitar o internamento do portador de transtorno. Ela deve ser cuidada, acolhida nas suas demandas. Se a família não for ajudada, pouco vai contribuir para a estabilização do portador de transtorno. Essa intervenção visa contribuir para melhorar a qualidade de vida de toda família. Quando questionados como era a vida dentro do hospital, os três relataram o que não gostavam, mas o depoimento a seguir resumiu o sentimento de todos:

Eu ficava pensando. Não tinha direito de sair para a rua, para nada. Eu não tinha liberdade. Só vivia ali dentro. Eu olhava assim, um bocado de paciente tudo nu...Vi muita coisa. Era gente morta...eu não sei não. Eu dizia meu Deus, me mostra a saída daqui, porque tô vendo a hora ficar louca (Rosa).

Rosa expressa de forma clara, que não se conformou com a sentença de prisão perpétua que ouviu do diretor da unidade no primeiro dia de seu internamento. Apesar de ter coincidência que é portadora de esquizofrenia, ela nunca se achou louca, que na sua visão eram os pacientes que apesar do tratamento continuavam a apresentar comportamento inadequado para os padrões do manicômio. Outro depoimento nos mostra as dificuldades enfrentadas no cotidiano do manicômio:

A comida era ruim. A dormida era péssima. E quem dormia? Eu dormia com a sandália embaixo do braço para ninguém levar. Pegava o colchão, colocava no chão e me deitava de noite”[...] “ Lá não era vida de ninguém. Lá era um sofrimento. Quando relembro boto pra chorar (Régia).

Erving Goffman (2010) no seu livro *Manicômios, Prisões e Conventos* mostra muitas vezes de forma cruel, a vida nessas instituições que ele chama de "totais", caracterizada pelo seu fechamento em relação ao mundo externo com proibição de saídas e presença de muros altos, grades, portões fechados. Existem regras, horários rígidos, e as pessoas são obrigadas a realizarem atividades em grandes grupos. Tudo é coletivo. Não existe o individual. As pessoas perdem o "eu", não tem controle sobre seus desejos, ou de seu destino.

Durante as entrevistas, o que mais nos chamou atenção foram os episódios de violência das mais diversas formas, sofridas pelos três sujeitos da pesquisa, nas várias fases da vida. Algumas vezes a violência sofrida esteve diretamente ligada ao tratamento psiquiátrico vigente na época e em alguns episódios eles não perceberam a violência a qual estavam sendo submetidos, com exceção da violência física.

Oliveira (2012) demonstrou em estudo realizado com pacientes com transtorno mental que 79% dos indivíduos entrevistados relataram terem sofrido algum tipo de violência na vida. Para violência física e/ou sexual e/ou verbal, as mulheres apresentaram uma maior prevalência que os homens,denotando maior exposição dessas mulheres.

A vida dos internados foi regulada por limites obrigatórios, burocracia e autoritarismo, anulando-os como indivíduos,sem direito a cidadania. A complexa organização em que o portador de transtorno esteve isolado durante séculos, exigia do médico muito mais o papel de controlador, tutor, de moderador dos excessos do que da doença. Para dividir responsabilidades, se estendeu a concessão de poder aos técnicos, que continuaram a criar, novas formas de violência. O tecnicismo não mudou a natureza da violência, mas fez com que o portador de transtorno, objeto dessa violência se adapta-se a esta, “sem sequer chegar a

ter consciência dela e sem poder, com isso reagir a ela, tornando-se por sua vez violento” (BASAGLIA, 1985, p. 102).

A entrada de técnicos de diversas áreas da saúde, teve num primeiro momento, a tarefa de convencer os indivíduos a aceitarem a condição de objetos da violência, caso rejeitassem as modalidades de adaptação que lhes eram oferecidas (BASAGLIA, 1985).

Muitas vezes, a violência que o portador de transtorno apresenta é um espelho do tratamento que ele recebe dentro do manicômio. No manicômio é nítida a divisão entre os que tem poder e os que não têm, e isso traduz uma relação de opressão e violência entre esses, e que se transforma em exclusão dos que não tem poder (BASAGLIA, 1985). As regras presentes ocorrem num sistema de autoridade escalonada, onde qualquer dirigente tem alguns direitos para impor disciplina a qualquer internado (GOFFMAN, 2010).

O uso do poder fica claro quando se fala em violência verbal, considerada a forma mais frequente de violência psicológica. Pode estar relacionada a violência física e sexual, e ocorrer simultaneamente com estas violências. Na Suécia, entre 10 e 15% dos suicídios que ocorrem na população em geral parecem estar ligados ao acúmulo das diversas violências (KRUG et al., 2002). Na presente pesquisa, ficou clara a violência sofrida dos usuários:

Eu vi um caso, uma paciente enforcada no meu pavilhão. Chamei a enfermeira e ela nem ligou. Ela disse que eu estava vendo vulto. Eu disse: vai lá no quarto, ela tá lá pendurada. Ela foi e a paciente estava morta, roxa... Eu disse: viu que não era mentira minha, não sou mulher de mentir (Rosa).

Um estudo realizado em Minas Gerais mostra que a prevalência de violência psicológica contra o portador de transtorno é de 72,5% nas mulheres e 64% nos homens, sendo os parentes os responsáveis por até 45,5% dessa violência. Apenas 10% dessa população de estudo referiu ter sofrido violência psicológica dentro de instituição psiquiátrica (OLIVEIRA, 2012).

A violência física perpetrada por uma técnica que deveria estar cuidando da saúde da pessoa, foi relatado por Régia:

Olha o que a enfermeira fez no meu dedo (mostrou o polegar torto), quebrou.. Ela fechava os quartos de pau e os pacientes iam repousar. Eu não... E eu falando, falando.. Ela disse -”Vou lhe medicar” e eu respondi a ela. Baixou o sarrafo em mim (Régia).

Esse relato nos mostra, além da violência física, o exercício do poder pelo profissional de saúde em restringir a liberdade do portador de transtorno.

Comum até 1992 quando foi proibida pela Portaria MS nº 224/1992, a cela forte, espaço restritivo para onde as pessoas eram encaminhadas quando estavam agitadas ou agressivas, também serviu para que alguns funcionários o usasse como castigo para os

pacientes. Não havia um tempo médio da reclusão, que poderia ir de algumas horas, até dias. Ha relato de que a pessoa perdia a noção de tempo e espaço e ao sair da cela forte estava confusa e desorientada (GUIMARÃES et al., 2013).

Me trancava no quarto. Passava Natal e Ano lá presa, sem sair pra canto nenhum presaresa dentro do quarto. Batendo, batendo, batendo...aí eu não conseguia dormir... Quem conseguia dormir? Não tem como (Régia).

Outro dado comum as três entrevistas, foram a violência dos tratamentos psiquiátricos a que foram submetidos. A utilização de eletrochoque ou eletroconvulsoterapia sem nenhum critério clínico e sem anestesia era uma prática comum na psiquiatria desde 1938. Somente em 2002, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução nº 1640, que regulamentou o uso obrigatório de anestesia, além da necessidade de avaliação clínica do paciente e autorização desse, da família ou responsável. Caso por qualquer motivo não tenha autorização, o médico que indicar ou realizar o procedimento é o responsável. Determinou também, indicações precisas e específicas (PASTORE et al., 2008).

A descrição do procedimento feita por profissionais que participavam das sessões antes do advento da anestesia, é no mínimo aterrorizante: amarravam o paciente consciente na cama, colocavam uma borracha na boca para não morderem a língua, encostavam dois chumassos de algodão molhados com água e sal que serviam como transmissores de eletricidade, apertavam o botão e o paciente convulsionava na hora. A partir da segunda aplicação, o paciente era pego a força. Algumas vezes, a eletroconvulsoterapia foi usada como castigo: se o paciente ficasse agitado ou fizesse algo fora dos padrões vigentes no manicômio, levava choque (GUIMARÃES et al., 2013).

Os três relataram suas experiências:

O doutor pegava a máquina, mexia no botão, ligava na tomada. Ele rodava três vezes...o Dr.(diz o nome do médico)...(silêncio)...Aí eu demorava, ficava assim (começou a rodar o tronco). Me acordava, não via mais nada..Aí todo dia era isso tia. Todo dia era choque em jejum, com a barriga sem comer nadinha. Choque cru... É um negócio que bota na tomada e liga o botão e aí aplica. BZZZZZ. Ficava se tremendo, se babando. Botava um negócio aqui (mostra com a mão na boca o que faziam) subia aqui e amarrava...morreu muita gente. Tomou choque de barriga cheia morria. Tomei muito. Ficava o mundo rodando. E quando me levantava, passava muito tempo... E dormia. Quando acordava ficava caindo por cima das coisas. Era ruim (Régia) ;

Tomei muito, nos hospitais. Quando a pessoa toma eletrochoque as veiazinhas do cérebro fica pulsando. Tem que tomar cuidado para não cair (Lírio);
 Todo mundo tomava, de homem a mulher. Tomei cinco (Rosa).

A eletroconvulsoterapia à seco como é conhecida aquela realizada sem uso de anestésico, necessitava de muitos profissionais pois era necessário conter o paciente nos membros e cabeça para evitar que, durante a convulsão, não ocorressem quedas ou fraturas. O

preparo antes do procedimento era realizado com o paciente consciente, o que trazia medo para o mesmo (CAMPOS et al., 1997).

Entre os efeitos adversos, o mais importante é o deficit de memória, caracterizada por amnésia retrógrada e/ou anterógrada, que podem persistir por até seis meses após o término das sessões. Podem ocorrer laringo-espasmo, apnéia prolongada, convulsões prolongadas, danos dentários, insuficiência cardíaca. As arritmias cardíacas são frequentes, mas geralmente se resolvem sem tratamento. Apesar da taxa de mortalidade ser de 2 a 4 óbitos por 100.000 procedimentos (MOSER et al.,2005), Régia e Rosa referiram terem presenciado óbitos durante ou após o procedimento.

Outro tratamento utilizado pela psiquiatria foi a insulino-terapia ou choque insulínico. O excesso de insulina pode levar ao coma e convulsões devido ao deficit de glicose nas células cerebrais (BORENSTAIN et al., 2007). Apenas Lírio referiu ter se submetido a sessões, no segundo hospital que foi internado. Mas uma vez houve referência a violência física. É provável que o paciente não aceitasse o tratamento, por esse motivo era contido no leito.

Tomava muita insulina. Não era para diabetes, não. A pessoa ficava empregnada. Muita insulina. Tomava para esquizofrenia. Naquela época se fazia. Eu tomava e Dr. X me amarrava lá na cama, chega ficava aquelas trilhas de sangue. Depois tomava glicose, passava e tomava banho. Tá vendo os tratamentos daquele tempo? (silêncio) (Lírio).

O Método de Sackel ou terapia por choque insulínico foi utilizada até metade da década de 1970. Sackel, neurofisiologista e neuropsiquiatra polonês, após provocar convulsões com doses excessivas de insulina em pacientes psicóticos, descobriu a possibilidade de remissão de sintomas. Comunicou oficialmente tal fato em 1933. Os estudos iniciais mostravam que uma média entre 52 e 63% tiveram melhora do quadro clínico. No entanto, estudos controlados mostraram que a melhora era temporária (GUIMARÃES et al., 2013; SABBATINI, 2012).

Há relatos no Brasil, do uso de insulino-terapia em crianças. No período de 1949 a 1971, foram utilizados em sete crianças no Hospital de Neuropsiquiatria Infantil de Belo Horizonte. Outra experiência ocorreu no Centro de Estar do Centro de Habilitação da APAE-SP, no período de 1973 a 1975, quando a insulino-terapia foi utilizada em cinco pacientes com idade acima de dez anos e diagnóstico de esquizofrenia infantil. Não houve melhora do quadro clínico dessas crianças (ASSUMPCÃO Jr., KUCZYNSKI ,2006).

Outra forma de violência detectada nos depoimentos foi a ocorrência de violência sexual com uma das usuárias participantes. Apesar de não saber que se tratava de violência , Régia verbalizou em seu depoimento:

Namorei o pai da minha filha...ele não queria mais e me deixou. Ele só me queria.Me tentava tanto para eu querer...fazia coisa comigo dentro do refeitório. Quando eu não queria, ele dizia que ia me enforcar, me matar, a´eu deixei ele”. Depois falou de outra pessoa: “ Eu ia namorar ...atrás da lavanderia. Ele me chamava toda noite. Eu tinha medo que escorpião e cobra me mordesse..eu ia..E podia fazer nada?

Esse depoimento esta de acordo com o encontrado na pesquisa de Oliveira (2012), onde a maior parte da violência sexual contra mulheres portadores de transtorno era perpetrada por parceiros íntimos e não era denunciada. Um estudo realizado com 322 mulheres usuárias de um serviço de saúde de São Paulo, mostrou que 11,5% delas disseram ter sido forçadas a ter relações sexuais pelo menos uma vez na idade adulta e desse grupo, 30% não considerou esse ato como violência (SCHRAIBER et al., 2003). A postura de submissão me levou a questionar se ela havia se envolvido com algum funcionário do hospital, e ela negou. Disse que só tinha namorado pacientes, e que estava namorando um morador de outra residência.

No seu depoimento, Régia fala das agressões sofridas por uma moradora da residência ,por pacientes homens dentro do hospital. Apesar de se caracterizar violência de gênero, não foi informado se a gestão do hospital tomava alguma providência diante desses casos :

A menina (moradora da mesma residência) apanhava muito. Um dia (diz o nome de um paciente) pegou ela, pegou a cabeça dela e fez TUM na parede. Bateu a cabeça dela na parede e de trancou ela no quarto de cadeado. Ela só saiu sabe que horas? Na hora do almoço, ficou presa (Régia).

A violência relacionada a negligência, abandono e privação de cuidados foi explicitada por um dos entrevistados. Régia disse que a família ia visitar no hospital, mas não verbalizou a lembrança de qualquer festa familiar que tenha participado.

Quando perguntado com que se ocupavam dentro do hospital, as respostas foram bem diferentes, apenas Régia não informou a cerca das atividades que desenvolvia durante o internamento :

Eu ajudava a enfermeira chefe, fazia mandado. Chamava as pessoas, pegava coisas. Não gostava das oficinas de arte. Eu apenas fazia mandado de chefe, de médico. Tinha umas festas. Eu fui a “Garota Verão”. Eu tirei o primeiro lugar. Quem me coroou foi Sr.(diretor) e quem passou a faixa em mim foi Dra (diz o nome). Não lembro o nome. Ainda não tinha filho (Rosa).

Voltei a pintar quando fui para o Alberto Maia, quando estava lá internado. Dra.(diz o nome) me incentivou. Pintei muitos quadros para ela, a sala era cheia. A maioria era cópia...Eu fiz um quadro para ela, de uns macacos sacudindo pedra nos outros (sorri). Achei aquele quadro bonito. O quadro da portaria era Philipe Pinel, uma cópia. Dra (diz o nome) tinha um pequeno e eu copieei. É fácil! Naquele tempo era, hoje não (mostra a mão direita deformada pela artrose). Parei de pintar, sem vontade, desanimado. Não dava mais.Esse é um cavaleiro da idade média (quadro que esta na sala da residência) (Lírio).

Além de Lírio ter sido incentivado a voltar a pintar após o internamento, outro fato nos chamou atenção durante seu depoimento foi que sua mãe chegou a morar numa casa dentro do terreno do hospital:

Eu não tinha irmão. Mãe ficava sozinha. Quando eu já estava no Alberto Maia, ela comprou uma casa em Timbi, próximo ao hospital e eu as vezes ia para lá. Me chamava e eu ia para lá. Até que Dra.(diz o nome) disse para mãe vender a casa. Ela botou um avaliador, vendeu a casa e botou a gente numa casinha dentro do hospital. Aquela casinha...ali eu vivia com ela (na segunda visita ele mostrou foto de uma festa de aniversário da mãe na sala da direção do hospital). Mãe morreu com noventa e nove anos.

Não encontramos na literatura relato de fato semelhante ao referido acima. É provável que por morar com a mãe separado dos outros internos, mesmo dentro do terreno do hospital, tenha facilitado as saídas de Lírio:

Sempre sai e me trataram bem. Naquele tempo eu era moço e aí quando eu queria sair, saía. Eu ia para Recife, para isso, para aquilo. Você sai, não diz nada a ninguém...(risos)...e depois chega...(risadas). Quando se é moço se faz. Andava. Ia para Recife, passear por aquele lugar todo...gosto de restaurante.

As duas usuárias entrevistadas ficaram grávidas de portadores de transtorno que se encontravam internados na época no mesmo hospital. Desconhecem o paradeiro de ambos. As filhas de ambas foram criadas por familiares. Apenas Régia falou sobre a gravidez. Rosa se refere a filha de uma forma muito ríspida, é usuaria de droga e vive com um traficante. Foi criada pela avó, desde o nascimento, uma vez que a mãe estava internada no hospital psiquiátrico:

Eu tenho uma filha de quatorze anos. Eu estava com um barrigão deste tamanho (mostra com a mão o tamanho da barriga). Foi, grávida lá! De vez em quando a menina queria dar pezada, eu não deixava não (Régia).

Não sei dele. Ele ficou nervoso quando soube que a filha usa droga. E ela tá numa vida...Eu estava morando em outra residência e ela chegou com dois homens para me matar. Por isso vim para cá...ela quer que eu assine para vender a casa. E eu vou fazer isso? Eu não sou doída. Eu não assino...Ela tem vinte e cinco anos, pode trabalhar. Não trabalha porque não quer. Porque uma mulher de vinte e cinco anos que tem dois filhos de macho maconheiro pode trabalhar. Eu não trabalhei? (Rosa).

E ela num segundo momento falou da relação de sua filha com a mãe:

Minha mãe tá tão velha, doente, acabada, com tanto aperreio dela. Ela faz mãe dá dinheiro, ameaça mãe. Isso é neta? Isso é um bicho. Não gosto dela como filha. Gosto dela não, de jeito nenhum. O que ela fez comigo, jamais considero ela. Nem que ela chegue aqui dizendo mamãe me perdoe, eu digo não. Não tem perdão. Vá pedir perdão a Nosso Senhor. Eu não sou Cristo (Rosa).

Essa fala traz uma questão do sofrimento e vulnerabilidade dos filhos de portadores de transtorno. Crianças geneticamente vulneráveis, que recebem cuidados maternos e paternos inadequados, têm maior risco de apresentar transtorno no desenvolvimento. Um estudo

prospectivo realizado com 137 famílias londrinas de portadores de transtorno e que tinham filhos com idade inferior a 15 anos, mostrou que filhos de pacientes psiquiátricos tiveram um aumento na taxa de distúrbio comportamental persistente, quando comparado com a população em geral, o que tende a envolver distúrbios de conduta (RUTTER et al., 1984) Um estudo realizado no Brasil, apontou como resultado a presença de transtorno mental das mães como a variável de maior relação com psicopatologia nas crianças (ALMEIDA FILHO et al., 1985).

Durante as conversas o assunto da saída do hospital emergiu sem precisar ser abordado:

Aí foi, foi, as pessoas conversaram comigo. A psicóloga disse: - Rosa você vai sair daqui. Você tem fé em Deus? Vou dizer quem tem fé consegue tudo. Foi quando fecharam o hospital todo, abriram um bocado de residências e botaram os pacientes. Eu gostei, porque todo mundo preso ali, parecia um bocado de...era gente! (Rosa).

Lá era uma tristeza tia...Só vendo na pasta quantos anos eu passei, perdi as contas. Eu desisti e pedi para ir para Aldeia (Régia).

A desinstitucionalização significa a desconstrução da prática asilar, substituindo-a por um novo modelo voltado para o cuidado inserido no território. É considerada uma estratégia quando se utiliza os recursos disponíveis para garantir a cidadania e o cuidado dos portadores de transtorno, como a inserção dos usuários nos Centros de Atenção Psicossociais e nas residências terapêuticas. Cada vez mais é necessária a consolidação de uma rede de cuidados de base comunitária, com práticas capazes de valorizar o indivíduo, que desenvolvam a autonomia dos usuários, que estimulem a circulação das pessoas e que resgatem a cidadania (SOUZA et al., 2007)

5. 5 Construindo uma nova moradia

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar. Só assim é possível mudar a realidade”
(Nise da Silveira)

A reforma psiquiátrica se propõe a ofertar o cuidado universal e integral ao portador de transtorno, independente de seus vínculos familiares, financeiros e sociais. Esse cuidado deve ter um caráter singular, onde se considera o sujeito como único, dentro do coletivo. A saída do hospital e a mudança para um novo espaço sem as limitações até então vividas, não garantem que o usuário abandone definitivamente os hábitos asilares. É preciso estar alerta para que o morador não reproduza o antigo cotidiano de clausura.

Os três moradores, após saírem do hospital, foram para um espaço temporário bastante amplo, que funcionou como uma casa de passagem, onde, enquanto aguardavam a mudança

definitiva para uma residência terapêutica, puderam reaprender a viver sem muros. Passaram entre três e seis meses antes de se mudarem. Lírio foi convidado a ir morar numa residência já existente pelos moradores e continua nela até hoje. Divide o amplo quarto com um amigo de longa data. Régia mora numa residência mista com quatro homens e três mulheres e Rosa foi inicialmente para uma moradia, mas devido aos problemas com a filha, precisou se mudar e hoje mora numa residência feminina. Ela referiu que a filha foi ameaça-la na residência porque queria vender uma casa de propriedade da usuária.

O fato de não morarem mais em uma unidade hospitalar psiquiátrica, serviu para reencontrar velhas amizades. Após sair na mídia reportagens sobre o fechamento do hospital, uma amiga de Lírio da adolescência procurou a Secretaria de Saúde do município para saber notícias dele, e através da técnica de referência pode reencontra-lo. No nosso segundo encontro, ele mostrou uma foto recente dela.

Passei pouco tempo em Aldeia, (diz o nome de quem o chamou) e Sr.(nome) veio me trazer aqui. Gosto muito daqui. Sempre saio. Ela era minha vizinha lá em Campo Grande quando Sr. (tio) veio chamar a gente para ir pra São Paulo. Ela sempre vem me buscar de carro. É a filha quem dirige. Ela comprou um terreno em Aldeia, disse que vai construir uma casa e que eu vou ficar almoçando lá (risadas). Ela vem agora no Natal pra gente comer feijoada...e ninguém quer que eu coma feijoada por causa da barriga...(risadas) (Lírio)

Régia e Rosa têm mãe e filha. Perguntamos como achavam que seria se tivessem voltado para a casa das mães:

Na minha casa tem muito agito, na minha família tem muita gente. Eu queria que minha filha crescesse para ver se pegava eu...Lá perto de Olinda tem residência? (Régia).

Tava bem nada menina! Acho que nem dinheiro eu via. Via não! Olha, porque só aquela minha filha, passava a mão em tudo. Ela quer que eu assine para vender a metade da casa. E mãe vai morar onde? É danado! Eu disse que não assino (Rosa).

No relato de Régia existe um sentimento dúbio: não quer voltar a morar com sua família, mas deseja que a filha cresça e que a assuma. A família não a visita com frequência, mas ela sente falta da filha. Quando pergunta se tem residência perto de Olinda, é porque a filha mora lá. Rosa, apesar do carinho demonstrado pela mãe e irmãos, um deles também portador de transtorno mental, não pensou na possibilidade de voltar para casa por causa da filha, com quem ela tem inúmeros problemas de relacionamento.

Em pesquisa realizada no Paraná onde foi avaliada a dinâmica da vida em família do portador de transtorno, a análise dos depoimentos dos familiares mostrou a presença de relações conflituosas. Existe dificuldade em lidar com as crises, culpa e pessimismo por não conseguirem resolver os problemas, dificuldade no relacionamento com o portador de

transtorno, frustração com a cronificação da doença. Muitas famílias demonstraram esgotamento físico e mental durante os depoimentos, além de sentimento de pena do portador, o que só aumenta o sofrimento de todos (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Lírio vem de uma família nuclear. Sua família hoje se resume há um primo de segundo grau, cujo contato telefonico se dá com frequência. O resgate desse vínculo ocorreu no ano de 2010, durante o processo de desinstitucionalização. Foram realizadas algumas visitas ao primo :

Sempre nos falamos. Ele está com muitos problemas, a mulher está cega de um olho e a enteada perdeu uma perna e a visão por conta de diabetes (Lírio).

Quando questionados se estavam satisfeitos em morar em uma residência terapêutica, apareceram sentimentos distintos:

Eu não gosto de morar aqui porque tem vez que a menina implica comigo, me chama de macaca, diz que não gosta de nego, diz que não gosta de...(risadas). Não quer comer junto com a gente. Mas eu não me incomodo muito com isso (Régia).

Oxe, vida boa! Parece que eu tô lá no céu. Quando recebo meu dinheiro, minha aposentadoria, eu vou lá em Bairro Novo (centro de Camaragibe), compro minhas coisinhas, compro minha roupa, perfume, compro tudo o que preciso. Graças a Deus! (Rosa).

Novamente Régia demonstra dualidade de sentimentos. Inicialmente ela demonstra que se incomoda por estar sendo vítima de preconceito racial por parte de outra moradora, mas em seguida ela afirma que não liga muito para tal fato. Rosa se sente feliz por ter a liberdade de sair. Pode escolher o que quer consumir, utilizando o dinheiro da pensão, fruto de seu trabalho.

O Município de Camaragibe criou o projeto “Geração de Renda Mentas que Fazem”, voltado para a capacitação profissional de portadores de transtorno e familiares. O objetivo é mostrar o potencial criativo e produtivo dessas pessoas, promovendo sua auto-estima e criando mecanismos de se sustentarem através da arte. Lírio e Rosa não frequentam o projeto. Régia falou com entusiasmo da participação nas oficinas:

Ja fiz um tapete, um tapete bem grande na Geração de Renda. Vou na terça-feira dançar. Mas eu danço ,viu? E na sexta-feira vou fazer tapete. Tudinho para vender. Gosto de fazer. Eu boto num buraco assim e dou um nó. Tá ficando bonito! Terça mesmo eu vou participar das danças todinhas...Lá na Geração de Renda vai ter ensaio da dança da festa (Natal) (Régia).

O trabalho como forma de tratamento para os portadores de transtorno apareceu no início do século 20, através de colônias rurais. Para o sujeito era uma terapia, sem remuneração e a produção servir à instituição ao qual estava ligado.

Na década de 1940 Nise da Silveira foi responsável pela introdução da terapia ocupacional para portadores de transtorno, como forma de reabilitação psicossocial. Respeitando a individualidade do sujeito, as atividades eram escolhidas livremente, e abrangiam desde oficinas laborativas, à aquelas ligadas a recreação, cultura e artes. O produto dessas oficinas não eram utilizados para pagamento de despesas das instituições. No ano de 1946, Nise criou a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação do Centro Psiquiátrico Pedro II, o STOR, e foi o atelier de pintura que o tornou famoso. Sua produção artística com vasto material sobre imagens da psicose, ganhou notoriedade mundial com várias exposições e depois com a criação do Museu de Imagens do Inconsciente (CÂMARA, 2010).

Com a Reforma Psiquiátrica, o trabalho passou a ser valorizado como forma de estimular a autonomia dos portadores de transtorno e uma forma de reintegração social através das oficinas de geração de renda. Nessas oficinas, as relações interpessoais estabelecidas são fundamentais para evitar o isolamento desses indivíduos. Importante lembrar que apesar do objetivo ser a geração de renda, o limite de cada pessoa envolvida deve ser respeitada.

Apesar dos preceitos que regem os serviços residenciais terapêuticos, esses variam de acordo com a população que os habitam. Podem ser considerados únicas, pois por maior que sejam os objetivos comuns, a singularidade de cada morador faz com que essas residências se adaptem as necessidades deles. As três residências visitadas têm dinâmicas diferentes. A masculina tem treze usuários e dois módulos residenciais no mesmo terreno, com cozinha coletiva. Diariamente duas cuidadoras em regime de plantão diurno e uma no noturno se revezam porque os homens tem dificuldade de lidar com trabalho doméstico e alguns fazem tratamento clínico externo e precisam de acompanhante. Na residência feminina e a mista, com sete e oito moradores respectivamente, os usuários dividem o trabalho doméstico e têm apenas uma cuidadora por turno. Os três entrevistados tem pequena participação na rotina doméstica da residência onde moram:

Eu não cozinho, porque tenho medo de me queimar. O fogo bater em minha roupa e me queimar. Eu ajudo a cuidadora, tiro o lixo. Eu enxugo prato. A menina lava e eu enxugo (Régia).

A cuidadora organiza. Mas vou te dizer, quando melhorar minha vista, eu vou fazer tudo. Quando a cuidadora sai eu fico olhando a casa para ninguém mexer em nada. Porque tem panela no fogão e o fogão é elétrico. Se mexer já sabe, é um desastre. Aquela moradora lava as roupas dela, os panos de prato e os de chão. Eu lavo as minhas (Rosa).

Encontramos em duas residências animais de estimação: duas cadelas bem cuidadas. Ambas são de responsabilidade de seus donos. Nise da Silveira chamava os animais de co-

terapeutas. Ela introduziu animais no Centro Psiquiátrico Pedro II com o intuito de atrair a afetividade dos psicóticos. Ao cuidar do animal, o portador de transtorno estabelecia um vínculo afetivo e se mantinha mais próximo da realidade. Infelizmente no Brasil, essa postura não foi bem aceita e os terapeutas continuaram a afastar o animal do portador de transtorno.

Essa é Pretinha. Ela é braba! Teve sete filhotes, já dei injeção nela. Dei banho nela hoje. Eu digo assim: minha Pepe, vem cá meu amor. Ela vem balançar o rabo. O que ela vê, ela late (Rosa).

Perguntamos sobre o que eles gostam de fazer. Lírio costumava receber os profissionais da equipe de desinstitucionalização com um “bonjour”. Os três gostam de sair para passear, comer fora ou ir as compras:

Gostava muito de ler, mas não tenho mais paciência. Apreendi muito nos livros. Gosto de passear, de ir para restaurante [...] Psicoterapia é sair, passear (Lírio).

As festas! Tem o encontro da saudade. É uma dança que tem lá no Caps AD (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas). Tem dança, bolo, brinde. Eu vou dar alisante no cabelo. Eu uso quando vou para as festas aquele negócio rímel, aquilo que passa na sobrancelha...sombra. Fui jantar no Galettus com (nome da técnica). Ele (nome do morador) pagou Galettus para todo mundo. Ele pagou pizza, ele pagou guaraná! (Régia).

Tenho lençol de cama, tenho meu colchão novo que comprei um dia desses. Aquele guarda roupa comprei a dinheiro, mil e cem. Tá vendo? Estou muito satisfeita. Gosto de (diz o nome da técnica de referência e da coordenadora). Aqui eu estou melhor, tenho tudo. Quando eu quero uma coisa da cuidadora, ela faz. Amanhã vou para o shopping com a terapeuta e a cuidadora. Vamos todas da casa (Rosa).

Durante o período de internação hospitalar, com exceção de Lírio que morava numa casa com a mãe dentro do hospital, Régia e Rosa seguiram um cotidiano durante anos de normas e regras estabelecidas. Com a saída do hospital, elas deixaram de ser pessoas incapazes e resgataram a cidadania, um sujeito com direitos e deveres, com possibilidade de inserção na comunidade. Apesar dos vinte anos vividos dentro de um manicômio, Régia continua a gostar de dançar, segundo ela um dos motivos de sua internação. A diferença é que hoje a sua paixão pela dança é vista como uma atividade benéfica a sua saúde mental e ela tem oportunidade de frequentar aulas de dança. A coordenação de saúde mental de Camaragibe promove festas comemorativas e outros eventos, entre eles a participação dos usuários da Geração de Renda Mentos que Fazem em grandes feiras de artesanato.

Os trinta anos que Rosa passou no hospital deixaram marcas profundas. A necessidade de ter seus pertences novos e ter direito de escolha é muito evidente em sua fala. Durante o internamento, sua mãe comprava o que ela precisasse e levava ao hospital. Só que até para ter uma sandália, como explicitou Régia anteriormente, era preciso escondê-la.

É comum a família do interno traga objetos de uso pessoal, roupas ou comida, e mesmo assim os pertences acabam sendo divididos entre outros pacientes. Devido a grande quantidade de pessoas, e a falta de organização, as roupas se tornam coletivas, inclusive peças íntimas.

Eles não tem acesso a garfos ou facas, se alimentam utilizando uma colher. Quando querem fumar, hábito comum entre os internos, se submetem a pedir aos funcionários que acedam seus cigarros (SALLES; BARROS, 2006).

Apenas Régia e Rosa estão tomando “remédio controlado”. Uma das preocupações na desinstitucionalização foi avaliar clinicamente a saúde dos internos, buscando identificar patologias que pudessem interferir no processo de retomada da cidadania. Rosa foi vítima de uma dessas patologias, que esta interferindo no seu dia a dia. Ela não caminha pela rua sozinha com medo de quedas. Diz ter catarata.

Minha vista, essa catarata...Eu vou operar e é logo as duas. O médico disse que foi cigarro. Eu fumava demais e prejudica. Ele perguntou e eu disse que fumava bastante. Ele disse que eu ia piorar e podia ficar cega. Ele encaminhou para cirurgia. Fui duas vezes lá. Vou com a cuidadora. Sou bem tratada e bem acolhida lá no médico. Cirurgia só em janeiro, ele disse que vai fazer tudo. Tem um posto ali (aponta para uma unidade do programa de saúde da família do outro lado da rua). Dentista a gente vai para outro posto...de carro porque não posso andar porque não enxergo o lugar. Eu saio topando, feito bêbada. Eu saio com a cuidadora. Fui para uma festa no Caps, não vi o batente e cai. Na outra casa não estava assim. Eu cheguei aqui final do ano passado (Rosa).

Perguntei se tinha parado de fumar:

Comecei a fumar com treze anos de idade. E beber? Não gosto de mentira, de vez em quando eu bebia. Tudo isso juntou com a bebida, pronto! Agora uma doutora que tem no posto disse que eu estou com o colesterol alto. Ela perguntou se eu ainda estou fumando. Eu disse que não. Desde que estou nessa casa, eu só fumei uma vez e (técnica de referência) pegou (Rosa).

Rosa tem consciência de sua situação de saúde, e de como o hábito de fumar contribuiu negativamente para seu atual quadro. Apesar de ter sido diagnosticada como esquizofrenica no passado, ela não apresenta as características da doença como perda de associações de idéias, alucinações, afeto embotado, pensamento ilógico pobre em acontecimentos entre outros.

Lírio conta, com muita alegria, sua atual condição clínica. Ele não toma mais os psicotrópicos que o deixavam impregnado:

Só estou tomando remédio clínico, há mais de dois anos sem psicotrópico!... (sorri de felicidade)...O médico quer que eu vá lá de três em três meses, tomar injeção de hormônio (mostra a barriga), porque nasceu um carocinho na próstata...(pausa). Eu fiz uma operação com raio laser há muito tempo, tratamento no IMIP (hospital escola). Só vou tomar injeção em fevereiro (Lírio).

Régia é a mais animada dos três. Esta namorando um residente:

Arranjei um namorado alto, vou te mostrar ele. É morador de outra residência, da residência dos homens. As vezes de noite eu quero ir pra lá e a cuidadora não deixa. Só não posso dormir com ele porque a cuidadora da em cima...para eu não dormir com ele lá (Régia).

Perguntamos se tem vontade de ter sua casa, de morar com o namorado. A resposta foi enfática:

Eu não, eu não! Eu não tenho vontade não, que ele diz que o quarto dele não é que nem o meu. Não sei cozinhar não! Não sei fazer comida pra ele, nem sei cortar carne, eu corto o meu dedo. Mas eu queria dormir com ele lá. Aqui não pode dormir com ele, tem mulher. Aí vamos para um motel (Régia).

Relacionamentos amorosos ou sexuais entre portadores de transtorno devem ser encarados com naturalidade. Para muitos profissionais que trabalham em unidades de internamento psiquiátrico, a sexualidade do portador de transtorno é vista de forma preconceituosa, sendo exagerada ou descontrolada como o próprio usuário. Buscam controlar o excesso para manter a ordem, e para isso fazem uso de medicação. A sexualidade é vista como algo patológico, e portanto é negada e reprimida pelos profissionais. Estes não enxergam o internado como sujeito que tem desejos, negando a sexualidade desses indivíduos (BRITO; OLIVEIRA, 2009).

Segundo Glat (2009), a sexualidade de um portador de deficiência mental não é diferente das demais pessoas. Sexualidade independe de deficiência física e mental, e não pode ser analisada como um fenômeno em si. Esta ligada a aspectos de relacionamento entre seres humanos. Muitas vezes a dificuldade em aceitar a sexualidade desses indivíduos como algo “bom, saudável e normal é apenas uma extensão de nossas próprias dificuldades sexuais” (GLAT, 2009, p. 119). O interessante na fala de Régia é que ela percebe claramente que deseja sexualmente o namorado, mas não quer assumir responsabilidades com ele.

As mães de Régia e Rosa são vivas. Indagamos se foram visita-las após a saída do hospital:

Vou lá agora em dezembro. É longe, tia. Vou com (diz o nome da técnica de referência, da cuidadora e do motorista). É em Olinda.É muito longe. Tem...(diz o nome das pessoas que moram lá) (Régia).

Fui. Ela não mora lá (a filha). Mora bem longe. É minha mãe e meus dois irmãos, um deles esquizofrênico. Fiquei lá com minha mãe conversando. Mãe tá velha, magra, chega faz pena. Ela diz que sofre muito na mão de minha filha. Eu disse que se fosse ela, procurava a justiça. Botava ela na justiça e ela ficava presa lá pra dentro (Rosa).

Sobre a nova vida, os três abordaram temas distintos. Régia fala com entusiasmo da possibilidade de escolher o que quer comprar. Rosa faz um contaponto entre passado e

presente e fala com o entusiasmo de ter comemorado seu aniversário como se a muito tempo não soubesse o que era isso. Lírio fala dos direitos dos idosos:

Não sei quantos anos eu tenho, só vendo no registro. Tenho meu registro alí na cômoda. Tenho crachá de passar no ônibus. Vou receber dinheiro dia vinte...eu recebo a pensão e o de volta pra casa...A cuidadora vai comprar meu sapato, vai comprar minha roupa. Vou para a cidade com ela. Primeiro ela leva (diz o nome de um morador) e depois me leva. Eu não vou só não. Quem escolhe sou eu. Vou comprar um sapato lindo de amortecedor. Um tênis com amortecedor bem bonito para andar. Meia eu tenho, meia nova. Vou comprar vestido, calça. Vou para a cidade (Recife) com (diz o nome da cuidadora e de outra moradora). Vou de ônibus. Vai ter praia segunda feira. Olinda! É, vai ter praia mas eu tenho medo de tubarão. A cuidadora vai levar a gente (sorri feliz) (Régia).

Nessa fala, Régia aborda o resgate de sua cidadania perante a sociedade. Ela tem registro de nascimento, existe civilmente como cidadã brasileira, que tem direito ao passe livre nos ônibus. Recebe pensão da família por ser portadora de transtorno e o valor do “De Volta pra Casa” a qual tem direito por ter sido moradora de longa permanência em hospital psiquiátrico. Passou a maior parte de sua vida trancada no hospital. Desfruta de liberdade de ir e vir na comunidade, mas tem a opção de não ir sozinha fazer compras no Recife, provavelmente por não conhecer o local. Faz questão de dizer que vai com a cuidadora, mas quem escolhe o que vai comprar é ela. E ainda refere o passeio a praia que ela gosta tanto, mas sabe que precisa tomar cuidado por causa dos tubarões.

A minha vida...porque você sabe, eu passei tudo isso, mas eu pensei, sabe de uma coisa, eu tenho que esquecer o passado e voltar para o presente. O passado para mim não existe mais. Eu tenho que cair na realidade. Eu estou no presente. Passado, passou, morreu. Foi um dedo que cortou e jogou fora. Doi, mas a gente tem que crescer...(pausa)...Oxente, tá lembrando do passado minha gente? O passado morreu pra tudo. Estou vivendo o presente, vivendo na felicidade. Eu vou dizer, eu sou tão feliz. Eu acho que vivo no...eu estou no paraíso. Eu estou no céu. Eu não tinha felicidade e hoje eu tenho. Esse ano eu completei aniversário. Fiz cinquenta e oito anos...(nome da técnica de referência) mandou fazer um bolinho para mim. Estou muito feliz! (Rosa).

Rosa mostra as marcas do sofrimento ocasionadas pelos trinta anos de confinamento que ela hoje tenta esquecer. Na fala “Foi um dedo que cortou e jogou fora...doi mas a gente tem que crescer” mostra a vontade dela de esquecer o passado de sofrimento e retomar a vida que ficou parada em todos os aspectos enquanto estava internada. A residência terapêutica trouxe alento para alguém que um dia pensou jamais sairia do hospital. Durante a nossa conversa, ficou claro que ela nunca se conformou com a condição de moradora de manicômio, não concordava com o descaso com que era tratada por quem devia cuidar. Ela gostava de “fazer mandado”, uma forma de se sentir útil, e se manter longe da maioria dos internos. Sabemos que ela tem uma filha, mas em nenhum momento falou da gravidez, disse apenas que o pai era interno e que ficou nervoso quando soube que a filha usava drogas. Não

sabemos em que condições essa criança foi gerada e que conflitos teve que enfrentar. A emoção dela quando referiu que fez aniversário foi visível, como se nunca tivessem comemorado. Ela se diz feliz pela nova possibilidade de vida que surgiu na residência terapêutica.

Me tratam bem. A constituição diz que os velhos têm prioridade e as crianças também (Lírio).

Lírio é um sobrevivente. Passou mais de quarenta anos vivendo cercado de todos os tipos de transtorno, mas hoje conversando com essa pessoa tranquila e equilibrada, chega a ser difícil acreditar que ele passou por tantos problemas. O gosto pela leitura e pela arte ajudou a domar os sintomas negativos de sua patologia. A presença familiar foi fundamental para que se mantivesse mentalmente organizado. Nunca se desligou do mundo exterior, sempre saía do hospital para passear. Ainda gosta de almoçar em restaurantes. Quando perguntamos como as pessoas o tratavam quando sabiam que ele havia morado muitos anos em um manicômio, ele falou da constituição, com a propriedade de quem leu ou ouviu a notícia e conseguiu interpreta-la.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desospitalizar. Desinstitucionalizar. Duas palavras apenas com alguma similaridade na escrita, mas que representam duas ações diferentes. Desospitalizar é a simples retirada do internado do hospital, sem qualquer outra medida social. Pode ser considerado um ato meramente administrativo. Desinstitucionalizar é criar possibilidades para o indivíduo. Não é a simples saída do hospital, a extinção do poder institucional, é a reconstrução do eu, em toda sua complexidade.

Os serviços residenciais terapêuticos são, juntamente com os Centros de Apoio Psicossocial, as estratégias mais contundentes da Reforma Psiquiátrica brasileira. A passagem de uma situação de subordinação a que era imposta no ambiente hospitalar ao indivíduo para outra de construção da autonomia pessoal, social, há muito vem sendo estudada, mas pela ótica dos profissionais envolvidos no processo. Não havia sido estudado como o portador de transtorno esta vivendo essa transformação com a reforma psiquiátrica.

Lírio, Régia e Rosa, participantes desse estudo, pertencem a um grupo de pessoas que tiveram a vida interrompida pelo primeiro surto psicótico ou porque não se enquadravam no padrão normal de comportamento.

Inicialmente em cada história, aparecem a decepção, o abuso de poder, a violência nas suas diversas formas, a falta de esperança. Com a possibilidade do recomeço, aparecem novos discursos repletos de desejos, planejamentos futuros, satisfação pessoal.

Essas três histórias singulares, e ao mesmo tempo tão entrelaçadas, retratam a condição de quem, sem escolha, foi trancado numa instituição que deveria cuidar de sua saúde mental, mas que trouxe isolamento, perdas pessoais, e como disse Rosa “uma vida” perdida. Durante os depoimentos eles relataram algumas vivências ocorridas dentro do manicômio. Expuseram o ato terapêutico como ato violento disfarçado, como disse Lírio: “Tá vendo os tratamentos daquele tempo”? Ou como disse Rosa: “Todo mundo tomava, de homem a mulher”.

A dinâmica do manicômio não estimula o indivíduo a reencontrar sua trajetória pessoal, pelo fato de acreditar que o internamento é “para sempre”, “permanente”.

A meta da reabilitação psicossocial é o reencontro dos percursos de vida perdidos durante o período manicomial. Na perspectiva de um novo começo, foi necessário reconstruir a vida, repensar conceitos, adaptar possibilidades, resgatar o homem histórico, cultural e psicossocial.

Reconstruir o direito a ter seus objetos pessoais, uma cama confortável, de poder decidir sobre a melhor hora para sua higiene pessoal, de poder ir para a calçada ver o

movimento da rua ou para o shopping. Poder namorar sem esconder das pessoas. Ter a liberdade de escolher o que quer comer. Poder assistir televisão quando quiser e dormir quando tiver sono, sem medo de ser trancado, são algumas das conquistas dos moradores das residências terapêuticas.

Quando iniciamos nosso trabalho, esperavamos encontrar o peso do estigma na vida dessas pessoas. No decorrer do processo e com o aprofundamento da revisão bibliográfica, entendemos porque a comunidade em que as residências estão inseridas, receberam com certa tranquilidade o portador de transtorno em Camaragibe.

Apesar de sua história conter raízes profundas na cultura hospitalocêntrica, desde a segunda metade da década de 1990, o município investiu em ações de saúde em nível primário e com base comunitária, e em 2002 implantou o Programa de Saúde Mental na Comunidade. Envolver a população nas ações de saúde, facilitou o entendimento de que seria necessária uma mudança de postura em relação a assistência do portador de transtorno (DONATO, 2010). Com a expansão dos serviços de suporte à saúde mental espalhados pelos vários bairros do município, a população incorporou a idéia que os usuários fariam parte da vizinhança como qualquer outra família. Houveram alguns problemas no início de funcionamento de algumas residências, mas nada que não tenha sido resolvido.

Os entrevistados circulam pelo município sempre que desejam. Lírio é frequentador assíduo dos restaurantes. Gosta de passear. Retomou uma velha amizade do período de juventude, que lhe rende bons momentos. Não pinta mais por causa da artrose, mas não deixou transparecer qualquer tristeza por isso. Diz ser muito bem tratado nos locais que frequenta.

Rosa gosta de ir ao centro da cidade para comprar objetos de uso pessoal. Dá muito valor a tudo o que consegue comprar para si. Passa a impressão de ser a organizadora da casa. Na nossa segunda visita, ela era responsável pela comida que estava no fogo. Apesar do problema na visão, nada passa despercebido. É uma das mais jovens moradoras, mas age como mãe de todas. Mantem a casa bem organizada.

Régia adora dançar, festas, de se enfeitar. Vive muito arrumada. Depois de várias leituras flutuantes no seu depoimento chegamos a conclusão de que o motivo real dela ter sido internada foi o fato de que ela não tinha o padrão de comportamento que sua família achasse normal. Ela gostava de rua... da mesma forma que hoje. Ou seja, ela não mudou sua essência. Talvez por esse motivo sua família não se dispôs a assumi-la na saída do hospital. Passou mais de 20 anos trancada, e continuou a gostar das mesmas coisas. Tem um namorado que

não precisa esconder das pessoas, mas só quer dormir com ele. Não deseja assumir qualquer responsabilidade. Isso é poder de decisão!

Basaglia (1985, p. 101), no seu livro *A instituição negada*, afirmou :”o manicômio destrói o doente mental”. Essa era uma verdade absoluta até começar a reforma psiquiátrica, e seu processo de mudança na assistência ao portador de transtorno.

Essas três histórias vividas, nos fazem pensar sobre os princípios e diretrizes do projeto terapêutico singular das residências terapêuticas, como construção da autonomia do usuário na vida cotidiana, ampliação da inserção social, reabilitação psicossocial através de alfabetização, reinserção no trabalho, estímulo para atividades domésticas e pessoais, interação com a comunidade e chegamos a conclusão que as metas da reabilitação psicossocial foram alcançadas. Os três usuários, cada um com suas peculiaridades, conseguiram alcançar o objetivo maior da desinstitucionalização. Um conjunto de fatores foram fundamentais para que se alcançasse tais objetivos: vontade política, profissionais competentes e comprometidos e uma comunidade parceira. Apesar da troca de gestores, não houve profundas transformações nas bases das diretrizes da saúde mental do município. Importante agora é investir na sustentabilidade dessas residências, para que cada vez mais sejam autônomas, que não dependam de decretos, nem de futuros políticos.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, R. F. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. SMAD. **Revista eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 4, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1806-69762008000100002&Ing=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 13 abr. 2014.
- ALMEIDA, S. B. **A trajetória da mulher com câncer de mama**: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda. 2009. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ALMEIDA FILHO, N. M. et al. Relações entre a saúde mental dos pais e a saúde mental das crianças em uma população urbana de Salvador, Bahia. **Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina**, Buenos Aires, v. 31, p. 211-221, 1985.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.
- AMARANTE, P. **Rumo ao fim dos manicômios**. Disponível em: < www2.uol.com.br/vivermente/reportagem/rumo_ao_fim_dos_manicômios.html >. Acesso em: 10 dez. 2012.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSUMPCÃO Jr., F. B.; KUCZYNSKI, E. Uso de insulino terapia na psiquiatria infantil brasileira. **Boletim de história da psiquiatria**, São Paulo, jan./ jun. 2006. Disponível em: < <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/artigo.asp?codigo=23> > Acesso em: 13 maio 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa:Edições 70, 2010.
- BASAGLIA F. **A Instituição Negada**. Relato de um hospital psiquiátrico. São Paulo: Graal, 1985.
- BECKER, H. Conferência: A Escola de Chicago. **MANA**: Estudos de Antropologia Social, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 177- 188, out. 1996.
- BERTAUX, D. **Los relatos de vida**: perspectiva etnosociológica. Barcelona: Bellaterra, 2005.
- BORENSTEIN, M.S et al. Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant' Ana: berço da psiquiatria catarinense (1941- 1960). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 665- 669, nov./dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH**. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br> > . Acesso em: 10 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº106, de 11 de fevereiro de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf>. Acesso em: 1 out.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legislacao/leg_detalhes.cfm?id=4304>. Acesso em: 1 out. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 01 out. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm>. Acesso em: 30 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990- 2004**. 5. ed. Brasília, 2004. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2013

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. 1. ed. Brasília, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>> Acesso em: 7 jul. 2013.

BRISCHILIARI, A.; WAIDMAN, M. A. P. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.147-156, mar. 2012.

BRITO, P. F.; OLIVEIRA, C. C. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. **Ciência & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 246-254, 2009.

BUENO, B. O. O método autobiográfico e os estudos com história de vida de professores: questão de subjetividade. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.28, n. 1, p. 11-30, jan./jun. 2002.

CÂMARA, F.P. **Nise da Silveira (1905-1999)**. Biografia. Disponível em: <www.museudapsiquiatria.org.br>. Acesso em: 21 ago. 2014.

CAMARAGIBE. Prefeitura Municipal. **Portaria nº1.796, de 30 de dezembro de 2010**. Camaragibe, 2010.

CAMARAGIBE. Secretaria de Saude. **Projeto dos Serviços Residenciais Terapêuticos 2012**. Camaragibe, 2012.

CAMARAGIBE. Secretaria de Saúde. Coordenação de Saúde Mental, álcool e outras drogas. **Histórico das ações para descredenciamento do SUS dos manicômios de Camaragibe – PE.** Camaragibe, 2013.

CAMPOS, F. C. B. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campina e Santos,** 2000. Tese (Doutorado) - Universidade de Campinas, Campinas, 2000. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000222845>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

CAMPOS, C. J. G. et al. Opinião e conhecimento de pacientes e familiares sobre o uso da eletroconvulsoterapia: implicações para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem Universidade São Paulo,** São Paulo, v. 31, n. 2, p. 191- 205, ago. 1997.

CHOE, J. Y. et al. Perpetration of violence, violent victimization, and several mental illness: balancing public health concerns. **Psychiatr Service,** Washington, v. 59, n.2, p.153-164, Feb. 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2002, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4., 2010, Brasília. **Relatório Final.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relfinal_IV.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2013

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Jornal PSI on line,** São Paulo, n. 169, maio/ jun. 2011. Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br/portal/default.aspx>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

DAMOLIN, B. M.; VASCONCELLOS, M. P. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v. 42, n. 1, p. 49-54, dez. 2008.

DANTAS, A. **Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental:** potencialidades e limitações no município de Camaragibe – PE. 2010. Monografia (Especialização em Gestão) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

DELGADO, P. G. G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4701-4706, 2011.

DELGADO, P. G. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão,** Rio de Janeiro, ano 15, n. 28, p. 187-198, 2012.

DIAS, I. M. V. et al. Método história de vida no campo da Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 278-86, ago. 2005.

DONATO, E. A. **Saúde mental na atenção básica:** avaliação da experiência de Camaragibe. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FIGUEIREDO, A. C. **Os serviços residenciais terapêuticos na rede como novos dispositivos de inclusão social.** Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/pesquisas_em_andamento/figueiredo_servicos_dispositivos.pdf>. Acesso em: 12 ago.2013.

FUNK, M. et al. **Salud mental y desarrollo:** poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2010.

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.2, p. 286-291, jun. 2006. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 20 ago.2014.

GLAT, R. **“Somos iguais a vocês”** Depoimentos de mulheres com deficiência mental. 2. ed. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009.

GLAT, R.; PLETSCHE, M. D. O método de história de vida em pesquisas sobre auto-percepção de pessoas com necessidades educacionais especiais. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 22, n. 34, p. 139-154, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial/>>. Acesso em: 3 jun.2013.

GOFFMAN, E. **Estigma:** Notas sobre manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. São Paulo: LTC, 1988.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GUIMARÃES, A. N. et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial(1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.2, p. 361-369, abr./jun. 2013.

KAMPERMAN A. M. et al. Criminal Victimization in people with severe mental illness: a multi-site prevalence and incidence survey in the Netherlands. **Plos ONE**, Chiba, v. 9, n. 3, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0091029>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, 2002.

LOUZÃ NETO, M. R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 45-46, 2000.

LUCENA, M. A. S. **Descredenciamento de hospital psiquiátrico do Sistema Único de Saúde:** engrenagens da operação. 2011. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

LUDEMIR, A. B. et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **Lancet**, London, v.376, p. 903-910, Sept. 2010.

MANIGLIO, R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. **Acta Psychiatrica Scandinava**, Copenhagen, v.119, n.5, p.180-191, maio, 2009.

MARLEY, J. A., BUILA, S. Crimes against people with mental illness: types, perpetrators and influencing factors. **Social Work**, Ontario, v.46, n.2, p.115-124, abr. 2001.

MEDEIROS, L. H. L. **O significado da experiência do adoecimento por câncer**: um estudo biográfico. 1997. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 1997.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 765-72, dez. 2008.

MEDEIROS, M. H. R. **A reforma da atenção ao doente mental em Campinas**: um espaço para a terapia ocupacional. 1994. Tese (Doutorado) - Universidade de Campinas, São Paulo, 1994. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000082082&idsf=>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

MENEGHEL, S. N. Histórias de Vida – notas e reflexões de pesquisa. **Athenea Digital**. Barcelona, n. 12 p. 115-129, out. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MOSER et al. Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica. **Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.27, n.3, set./dez. 2005.

NASCIMENTO, D. R.; MARQUES, V. R. B. **Hanseníase**: a voz dos que sofreram o isolamento compulsório. Curitiba: UFPR, 2011.

OLIVEIRA, A. G. B; CONCIANI, M. E. Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v.10, n.1, p.167- 178, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a15.htm>>. Acesso em: 20 ago.2014

OLIVEIRA, H. N. **Violência contra indivíduos com transtorno mental**: Projeto Pessoas. 2012. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Salud Mental y Desarrollo**: poniendo El objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Geneva, 2010.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica**: a experiência francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PASTORE, D. L. et al. O uso da eletroconvulsoterapia no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro no período de 2005 a 2007. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n.3, p. 175-181, set./ dez. 2008.

PEREIRA, M. A. O. **Representações sociais de pacientes psiquiátricos sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste passagem e a triste paisagem.** 1997. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde; CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe **Relatório Final do Processo de Desinstitucionalização de Pacientes do Hospital José Alberto Maia.** Camaragibe, 2009.

PERNAMBUCO. **Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994.** Recife, 1994. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/pesquisaGeral.aspx?pagina=0>>. Acesso em: 21 jul. 2013.

PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA, A. G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta de avaliação da relação entre demanda e oferta de cuidado. In: PINHEIRO, R. et al. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

PINTO B. O. S. **Trajetos institucionais e construção de sentidos subjetivos: história de vida de um índio Macuxi.** 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2010.

PITTA, A. M. F. P. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Coord.) **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

POUPART, J. et al. **A Pesquisa Qualitativa Enfoques epistemológicos e metodológicos.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

RUTTER, M.; QUINTON, D. Parental psychiatric disorder: effects on children. **Psychological Medicine**, Londres, v.14, p.853-880, nov. 1994.

SABBATINI, R. M. E. **The history of Shock Therapy in Psychiatry.** Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock.htm>>. Acesso em: 11 maio 2014.

SALLES M.M.; BARROS S. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social. **Imaginario**, São Paulo, v.12, n.13, dez. 2006.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 714-719, Out. /Dez., 2008.

SANTOS, R. S. et al. O método de história de vida na pesquisa em educação especial. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 10, n. 2, p. 235-250 Maio/Ago, 2004.

SANTOS, R. S. **Ser mãe de uma criança especial: do sonho a realidade.** 1995. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1995.

SCHRAIBER, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.7, n.12, p. 41-54, fev. 2003.

SILVA, A. P. et al. "Conte-me sua história": reflexões sobre o método história de vida. **Mosaico: estudos em psicologia**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.25-35, 2007.

SILVA, M. R. F. V.; COSTA, M. L. C. **Narrativas e pesquisa em educação**: possibilidades formativas e investigativas. Teresina, apresentado no GT-01, 4. Encontro de Pesquisa em Educação da UFPI, 2010. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT_01_23.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2013.

SILVEIRA, N. **Gatos a emoção de lidar**. Rio de Janeiro: Léo Cristiano Editorial, 1998.

SOUZA, A. C. et al. Da "instituição negada" à "instituição inventada". In: PITTA, A. (Coord.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?). **Revista Escola de Enfermagem, USP**, São Paulo, v.27, n.2, p.119-126, nov. 2003.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 25-29, jan./abr. 2002.

TOLEDO, L. M. et al. **Violência**: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ, 2013. (Cadernos de Monitoramento epidemiológico e ambiental, v. 3).

TRINDADE, R. F. C. **Entre o sonho e a realidade**: a maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió – Alagoas. 2005. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VELÔSO, T. M. G. et al. Residências terapêuticas e reforma psiquiátrica em produções discursivas da população. In: SILVEIRA M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. (Org.). **Residências terapêuticas**: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EdUEPB, 2011. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

WEBER, C. A. T. **Residenciais Terapêuticos** o dilema da inclusão social de doentes mentais. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Não sou paciente, sou residente”: histórias de vida de moradores de residência terapêutica egressos de internamento de longa permanência em hospital psiquiátrico’ que tem como objetivo conhecer como o usuário compreende sua história de vida após os anos de internamento dentro de um hospital psiquiátrico que será realizado pela médica Rita de Cássia Ferreira Rabello (pesquisadora responsável), sob orientação da professora doutora Tereza Maciel Lyra.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em falar livremente sobre sua história de vida desde antes do internamento em manicômio até os dias atuais, que deverá durar cerca de 60 minutos e será gravada para posterior transcrição. Os riscos possíveis com a sua participação é o de divulgação de seu nome durante a apresentação dos resultados, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais, além do risco de constrangimento ou desconforto diante de algum questionamento que possam lembrar fatos da sua vida ou com a invasão de sua privacidade, mas nós garantimos o seu direito de não responder a qualquer pergunta ou mesmo de desistir da pesquisa a qualquer momento da entrevista sem que isto cause qualquer prejuízo a sua pessoa, retirando o seu consentimento de participação.

Este estudo não trará nenhum gasto para o(a) Sr.(a) e terá como benefício contribuir para a desconstrução do estigma que o portador de transtorno mental carrega perante a sociedade.

As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio científico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAm/ FIOCRUZ Pernambuco) através do telefone (81) 21012639.

Pesquisadora Responsável: RITA DE CÁSSIA FERREIRA RABELLO
 _____(assinatura)

Endereço: Praça Osvaldo Cruz s/n Boa Vista. E-mail: ritarabello10@gmail.com Telefones de contato:

(81) 94882672

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Recife, _____ de _____ de 2013 .

Testemunha: _____

Técnica de Referência. Inscrito no Conselho de _____ com número _____

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA**PREFEITURA DE CAMARAGIBE****Secretaria de Saúde****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que concordamos com a realização do projeto de pesquisa intitulado: Não sou paciente, sou residente: histórias de vida de moradores de residências terapêuticas egressos de internamento de longa permanência a ser realizado pela mestrandia Rita de Cássia Ferreira Rabello, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, sob a orientação da Prof. Tereza Lyra, desde que devidamente aprovado pelo Comitê de Ética que a referida instituição de ensino estiver vinculada. Portanto, será necessário, que a estudante nos apresente a resolução desse comitê para que possamos emitir a autorização de visita aos serviços ou instalações que se fizerem necessários para o desenvolvimento da pesquisa que estiverem sob a responsabilidade dessa Secretaria.

Camaragibe, 05 de agosto de 2013

Caio Mário Mello
Secretário de Saúde

Anexo B - Parecer



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: "Não sou paciente, sou residente: a história de vida de moradores de residência terapêutica egressos de internamento de longa permanência".

Pesquisador responsável: Rita Rabello

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 11/09/2013

Registro no CAAE: 21280413.7.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 424.690

PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 02 de outubro de 2016.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 07 de agosto de 2014.

Vice-Coordenador do CEP/CPqAM