

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE PSICOLOGIA**

CÍNTIA TOURNIER

**HISTÓRIA DE VIDA DE MORADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL
TERAPÊUTICO (SRT): DESAFIOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA
LOUCURA**

**CRICIÚMA
2022**

CÍNTIA TOURNIER

**HISTÓRIA DE VIDA DE MORADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL
TERAPÊUTICO (SRT): DESAFIOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA
LOUCURA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
para obtenção do grau de psicóloga no curso
de Psicologia da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof.^a Ma. Dipaula M. da Silva

CRICIÚMA

2022

CÍNTIA TOURNIER

**HISTÓRIA DE VIDA DE MORADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL
TERAPÊUTICO (SRT): DESAFIOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA
LOUCURA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de psicóloga no curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com linha de pesquisa em Saúde e Processos Psicossociais.

Criciúma, 22 de Novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Dipaula Minotto da Silva – Mestra em Saúde Coletiva (UNESC) - Orientadora

**Priscila Schacht Cardozo – Mestra em Saúde Coletiva (UNESC) – Banca
examinadora**

**Mirsa Elisabeth Dellosi - Especialista em Saúde Mental (Escola de Enfermagem
da USP/SP) - Banca examinadora**

Foi pensando nos usuários do Serviço Residencial Terapêutico que executei este trabalho, por isso dedico a eles, porque sem eles a realização da pesquisa não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço meu pai Ailson e minha mãe Rosângela que estiveram presentes em toda a minha trajetória acadêmica e sem eles nada disso seria possível. Agradeço também a minha irmã Amanda, graças a eles eu sou quem sou. Agradeço também minha madrastra Adriana e meu padrasto Marcio que nunca mediram esforços para me ajudar.

Expresso minha gratidão a minha esposa Micheli que esteve presente desde o início da minha graduação e em toda a construção deste trabalho, me dando apoio em todos os momentos, acolhendo minhas frustrações e desabafos durante a graduação e estágios, me dando apoio nos dias cansativos da reta final da graduação e sendo companheira em cada conquista que tive, sempre me incentivando e acreditando em mim. Sem ela e sem esse apoio que tive em casa durante esse período, nada disso seria possível.

Agradeço as minhas amigas da graduação que sempre estiveram presentes me ajudando no que fosse necessário, inclusive nos nossos diversos encontros fora da graduação. Em especial Isabela e Mariana, que estiveram comigo desde o início da graduação, sem vocês minha formação não seria a mesma. A todas as minhas amigas que estiveram presentes nessa trajetória, me motivando e ajudando a construir uma trajetória mais leve.

Agradeço aos usuários do Serviço Residencial Terapêutico que sempre me acolheram com muito carinho em seu espaço, sem eles essa pesquisa não seria possível. Toda a minha admiração a eles e gratidão por compartilharem suas vidas e angústias comigo nesta pesquisa e durante o estágio obrigatório realizado no SRT. Agradeço também a equipe do SRT que sempre me acolheu muito bem.

Agradeço especialmente minha orientadora Dipaula por ter aceitado me acompanhar neste trabalho. Não só neste, mas em outros momentos da graduação esteve presente, sempre acolhendo minhas angústias e indignações, me ensinando com amor tudo o que sabe sem medir esforços. O empenho que tivemos foi essencial para me motivar nas dificuldades que encontrei ao longo do percurso, e que não foram poucas. Minha admiração pela profissional e pessoa que ela é, sempre acolhedora e cuidadosa em suas falas, sempre entendendo o cansaço e passando tranquilidade e segurança. Nosso companheirismo e reflexões me ajudaram a concluir essa pesquisa com confiança. É uma pessoa inspiradora que

marcou minha trajetória acadêmica e espero continuar sempre trabalhando em conjunto.

Por fim agradeço a banca examinadora Priscila e Mirsa por terem aceitado participar dessa etapa tão importante para mim, é uma honra tê-las presentes neste momento.

“O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. Pense nisso na hora de atender seus pacientes que fazem parte do programa de reabilitação. Porque um esquizofrênico teria que, além da desgraça de ser esquizofrênico ter a desgraça de ser ator, tocador de piano, artista plástico... não necessitamos de esquizofrênicos pintores necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania. O que não quer dizer que uma etapa para reconstrução da contratualidade passe por teatro, por artes plásticas, por fazer cinzeiros, passe *por* não termine *em*”(SARACENO, 2001, p. 16).

RESUMO

Anos de luta constituíram a Reforma Psiquiátrica, que trouxe e vêm trazendo importantes mudanças no cuidado em saúde mental e na forma de olhar para os “loucos”, desconstruindo o estigma da loucura. Além disso, outra forma de desconstruir o estigma da loucura é conhecer o sujeito para além do seu histórico de internação. Para isso, conhecer a história de vida de pessoas invisibilizadas faz com que essa visão seja ampliada. O referencial teórico utilizado se baseia nos autores ativistas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial como Paulo Amarante, Nise da Silveira e Erving Goffman. O local escolhido para essa pesquisa é um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que após experiência de estágio supervisionado, mobilizou o desejo de produzir um estudo que oportunizasse a expressão da voz destes sujeitos, buscando promover visibilidade a suas subjetividades e conseqüentemente diminuindo o estigma. Sendo assim, busca-se compreender a relação do usuário com o serviço que está inserido, enquanto seu novo espaço social e refletir o processo de desinstitucionalização de moradores de um SRT. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, estruturada pelo método de história oral. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevistas em profundidade semiestruturadas. A análise de dados aconteceu através do método de análise de conteúdo das histórias orais de vida. Como resultados encontrados nessa pesquisa, evidenciou-se histórias relacionadas à vida além da Institucionalização; os motivos para a institucionalização - a loucura como resultado das violências e limitações para a desinstitucionalização e desospitalizados sim, desinstitucionalizados não.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; História de Vida; Psicologia Social; Reforma Psiquiátrica; Serviço Residencial Terapêutico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 TEMA	14
1.2 PROBLEMA	14
1.3 OBJETIVOS	14
1.3.1 Objetivo Geral	14
1.3.1 Objetivo Específico	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 SUS e Reforma Psiquiátrica	15
2.1.1 Rede de Saúde Mental	17
2.1.1 Serviço Residencial Terapêutico	19
2.2 Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial	21
2.2.2 Psicologia nas Políticas Públicas	22
3 METODOLOGIA	24
3.1 Tipo de pesquisa	24
3.2 População/Amostra	26
3.3 Instrumento de coleta de dados	27
3.4 Análise de dados	30
4 ASPÉCTOS ÉTICOS	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 A vida além da Institucionalização	32
5.1.1 A vida: <i>“Ah é muito complicada” Sujeito 2</i>	33
5.1.2 A infância: <i>“Eu era doente” Sujeito 2</i>	34
5.1.3 O trabalho: <i>“É seria bom né, ter um pouco mais de gosto pela vida, seria bom trabalhar né.” Sujeito 1</i>	35
5.1.4 Os romances: <i>“Eu nunca quis namorar” Sujeito 2</i>	37
5.2 Motivos da institucionalização - A loucura como resultado das violências	39
5.2.1 Cuidado em saúde mental: <i>“minha saúde mental é complicada” Sujeito 2</i>	40
5.2.2 “Homossexualismo” ou Violência sexual na infância?	42
5.2.3 O trauma, o silêncio e o papel da escuta	43
5.3 Limitações para a desinstitucionalização: desospitalizados sim, desinstitucionalizados não	45

5.3.1 A vida no Serviço Residencial Terapêutico: “ <i>Aqui é complicado, aqui é complicado</i> ” Sujeito 2	46
5.3.2 O futuro: “ <i>Não consigo imaginar</i> ” Sujeito 1	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	54
ANEXO(S)	58
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO	60
ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	61

1 INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia tem posicionamento contundente na defesa dos direitos humanos, do cuidado em liberdade e da luta antimanicomial. Desenvolver estudos que possam ampliar as possibilidades de compreensão e intervenção enriquecem a psicologia como ciência e profissão no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

Essa pesquisa parte do reconhecimento do compromisso ético político da psicologia com o campo da saúde mental coletiva. A história da loucura localiza os hospitais psiquiátricos, como realidade dos chamados “loucos” por quase dois séculos. A história evidencia o sofrimento marcado pela retirada da liberdade e dos direitos à cidadania, com pouca ou nenhuma resposta terapêutica. Como instituições totais, os hospitais psiquiátricos prendiam e controlavam pessoas que eram consideradas improdutivas e socialmente indesejáveis. A Reforma Psiquiátrica trouxe e vêm trazendo importantes mudanças no cuidado em saúde mental e na forma de olhar para os “loucos” na sua relação com a sociedade, buscando desconstruir o estigma da loucura.

A internação psiquiátrica constitui uma marca social na qual a loucura é validada pelo histórico de internamento, constituindo o estigma. Os gregos criaram o termo estigma para se referir a sinais corporais que eram feitos com corte ou fogo em pessoas criminosas, pessoas consideradas traidoras e escravos. As pessoas marcadas deviam ser evitadas (ELIAS, TAVARES e CORTEZ, 2013).

As sociedades no ocidente “naturalizaram” a exclusão das pessoas estigmatizadas, que passaram a ser destinadas a margem da sociedade. Sendo assim, os sujeitos considerados loucos eram tratados longe dos olhares da sociedade, nos macro-hospitais (sanatórios ou hospícios) mantidos marginalizados. Como consequência do estigma da loucura, essas pessoas vivenciam o sentimento de não pertencimento, pois passaram a não ser mais consideradas possuidoras de direitos. O estigma ainda permeia a sociedade atingindo a dignidade dos “loucos”, causando danos morais e danos à saúde. O estigma da loucura ainda associa a pessoa em sofrimento psíquico como perigosa (BUSSINGUER e ARANTES, 2016).

Estas marcas estão presentes até os dias atuais. O século XX foi marcado pelas denúncias de violação de direitos humanos, incluindo negligência, descaso, violência institucional e morte em diversos hospitais psiquiátricos no mundo. No

Brasil, um dos casos mais marcantes foi do Hospital Colônia, em Minas Gerais, apresentado pela jornalista Daniela Arbex (2013). Amarante (2007) conta o percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que na década de 1970 evidencia as tais condições de violência manicomial, dando base para reconstrução do modelo de atenção em saúde mental nas políticas públicas de saúde no Brasil.

Em 2001, a aprovação da lei 10.216 busca garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de drogas, e redireciona o modelo de cuidado que deve se dar em rede. A rede de saúde mental vem se configurando desde então, como de extrema importância na desconstrução social desse estigma. Seu objetivo é a construção de espaços e articulações que garantam o cuidado em liberdade dos usuários, assegurando seus direitos de cidadania.

Os serviços da rede de atenção psicossocial devem garantir que o usuário viva na comunidade. Para Elias, Tavares e Cortez (2013), a Reforma Psiquiátrica e a mudança no serviço de saúde mental trazem visões e possibilidades de lidar com a loucura sem estigmatizar. A humanização no serviço de saúde mental promove um distanciamento do estigma. A essa reconstrução do olhar e do lugar social dos “loucos” enquanto sujeitos de direito, chamamos de desinstitucionalização.

Na lógica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), proposta pela portaria 3088/2011, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) constitui-se como um dispositivo essencial para a desinstitucionalização. Os SRTs devem atender pessoas com 2 anos ou mais de internação psiquiátrica ininterrupta, com vínculos fragilizados ou ausentes junto a suas famílias. Trata-se de um espaço de moradia, em formato de república, nos quais vivem até 10 pessoas cujos projetos terapêuticos são realizados junto ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os SRTs, ou residências terapêuticas, possuem o intuito de promover a reabilitação psicossocial, uma vez que todos os sujeitos possuem o direito de exercer a sua cidadania e esse direito deve ser garantido (BRASIL, 2005). Tais direitos são garantidos por lei, como a Lei Federal n.º 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental; e a Lei n.º 10.708/2003 que trata sobre o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas condizente ao Programa De Volta Para Casa (BRASIL, 2004).

Sabe-se, portanto, que a criação dos serviços é permeado pela cultura, logo, os desafios passam pela transformação da relação entre sociedade e a

“loucura”. Compreender a relação dos moradores com este novo espaço social é parte constitutiva de suas histórias de vida, interesse deste estudo.

Para oportunizar a expressão da voz dessas pessoas e ouvir a história de vida contada por elas, o local escolhido para essa pesquisa foi um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Pretendendo conhecer sua trajetória e conhecer o sujeito além de seu transtorno mental, busca-se promover visibilidade a sua subjetividade e conseqüentemente diminuindo o estigma. Sendo assim, busca-se compreender a relação do usuário com o serviço que está inserido, enquanto seu novo espaço social e refletir a questão do estigma da loucura nas histórias de vida desses moradores.

A elaboração dessa pesquisa se deu pela experiência de Estágio Obrigatório na área da Psicologia Social realizado em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que despertou ainda mais o interesse que já existia na área de saúde mental e atenção psicossocial. Nessa experiência, a inquietude sobre o estigma da loucura e os desafios do processo de desinstitucionalização também impulsionaram o desejo pela pesquisa.

Sendo assim, essa pesquisa tem como finalidade conhecer as histórias de vida dos moradores de um SRT, para além da identificação clássica de que “são ex-moradores do hospital psiquiátrico”. Quem são estas pessoas? Antes, durante e depois do longo período de internação, que fatos marcaram suas vidas? Tais questionamentos buscam no campo da saúde coletiva amparo técnico, ético e acadêmico, considerando a importância do tema.

Pretende-se analisar, nesta pesquisa, como essa história de vida é contada pelo sujeito, atravessada pela institucionalização manicomial – ou seja, por longo período de internação, promotora do que Goffman (1961) chama de processo de mortificação do eu.

Mesmo com o investimento na política de saúde mental, a transformação da cultura é tarefa complexa, não ocorre de forma imediata, os efeitos da nova prática de saúde mental não é o suficiente na vida dos usuários (NUNES e TORRENTÉ, 2009). O estigma da loucura é um preconceito enraizado em nossa sociedade e não seria possível desconstruí-lo apenas com essa pesquisa, mas espera-se alcançar o máximo de pessoas e mostrar quem são esses sujeitos em sofrimento psíquico a fim de minimizar o estigma.

1.1 TEMA

História oral de vida de moradores de um SRT, e o processo de desinstitucionalização.

1.2 PROBLEMA

Diante do longo período de institucionalização psiquiátrica e da falta de contato com suas identidades singulares, quais as histórias de vida dos moradores de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), para além da identificação social de “ex-moradores de hospital psiquiátrico”?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Refletir o processo de desinstitucionalização de moradores de um SRT a partir da história oral de vida.

1.3.2 Objetivo Específico

- Conhecer a história de vida de pessoas historicamente invisibilizadas, moradoras de um SRT;
- Compreender a história na relação entre os moradores com o SRT;
- Refletir a questão do estigma, nas histórias de vida dos moradores do SRT, em seu novo espaço social.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS) e Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma breve introdução teórico contextual

Os serviços em saúde mental eram relacionados aos manicômios e hospícios, focado na doença do indivíduo. Na Idade Média, os indivíduos marginalizados eram abrigados pelas instituições de caridade, oferecendo abrigo, alimentação e assistência religiosa para os loucos, moradores de rua, pobres e enfermos. Em seguida, essas instituições foram chamadas de hospitais. No século XVII surgiram os hospitais gerais que tinham uma função de ordem social e política. Sendo assim, era o novo lugar social do louco. O hospital geral internava os pobres de todos os sexos, idades, doentes curáveis ou incuráveis. As internações eram determinadas por autoridades reais e judiciais (AMARANTE, 2007).

Com a Revolução Francesa no século XVIII, os hospitais adquiriam características médicas, sendo o alienista (psiquiatra) a primeira especialidade a ocupar os hospitais. Em razão do crescimento da responsabilidade social, muitos médicos começaram a atuar de forma humanizada nos hospitais. A compreensão de cura dos doentes começou a ser apresentada e a medicina passou a exercer um controle das instituições hospitalares, tendo como função tratar os enfermos. Foi a partir da primeira revolução psiquiátrica do médico Philippe Pinel que os novos olhares foram colocados sobre a loucura, deixando de ser tratada como demoníaca e passando a ser medicalizada e tratada (AMARANTE, 2007).

No século XIX Philippe Pinel tinha como proposta o tratamento da loucura de forma asilar em isolamento do mundo exterior. É neste período que Pinel utiliza o termo “alienação mental” e descreve a primeira classificação das enfermidades mentais. Para Pinel, o passo mais importante para o tratamento do alienado era o isolamento do mundo exterior. É a partir do século XIX que a loucura é vista como doença mental que deveria ser tratada (AMARANTE, 2007).

O século XX é marcado pelas denúncias de violação de direitos humanos, incluindo negligência, violência institucional e morte em diversos hospitais psiquiátricos no mundo. Na década de 1970 evidencia a tais condições de violência manicomial, dando base para reconstrução do modelo de atenção em saúde mental nas políticas públicas de saúde no Brasil.

No Brasil, o início do processo da Reforma Psiquiátrica ocorreu nos anos de 1970 junto com o movimento da Reforma Sanitária e outras lutas no processo de redemocratização do país. A Reforma Sanitária lutava a favor de mudanças nas práticas de saúde, defendendo a saúde coletiva e o protagonismo dos usuários dos serviços de saúde. Trata-se de um processo complexo, político e social, visto como um conjunto de diversas transformações de práticas e saberes, marcado por conflitos e desafios. Já a Reforma Psiquiátrica buscava mudanças e superação da violência asilar. A reforma psiquiátrica foi composta por movimentos sociais que buscavam o direito dos chamados pacientes psiquiátricos. É um processo político que compreende um conjunto de transformações de práticas, valores e culturas no cotidiano das instituições e dos serviços, marcado por conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Especificamente no ano de 1978 o movimento social pelos direitos dos chamados pacientes psiquiátricos no Brasil tomou forma. Neste ano surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). A partir dos campos de luta e dos movimentos que protagonizaram neste período, surgem as denúncias da violência que acontecia nos manicômios "... da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais" (BRASIL, 2005, p. 7).

A Reforma Psiquiátrica italiana e a crítica aos manicômios que vinha acontecendo no Brasil, serviram de inspiração para o surgimento de possibilidades de romper os paradigmas manicomial, surgindo as primeiras propostas para reorientar a assistência. Em 1987, o II Congresso Nacional do MTSM teve como lema "Por uma sociedade sem manicômios". No mesmo ano, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Além disso, é importante destacar também que no ano de 1987, surge o primeiro CAPS no Brasil, em São Paulo. Ainda nesse período, aconteceu o "início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes" (BRASIL, 2005, p. 7).

Essa intervenção teve uma repercussão nacional, demonstrando outras possibilidades de cuidado que substituem o hospital psiquiátrico. Também nesse período, no município de Santos, foram implantados os Núcleos de Atenção

Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, essa experiência da cidade de Santos foi histórica no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ainda no ano de 1989 surge o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), “que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005, p. 7). Esses acontecimentos deram início às lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos de legislação e normas. Após um ano, com a Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS se organiza a partir da noção ampliada de saúde, que significa dizer quem além de ser um estado da vida, a saúde é integrada com a economia que produz serviços de saúde. Cada sociedade organiza o sistema de saúde de acordo com a identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população, além de se organizarem para o enfrentamento econômico, político e cultural. Um sistema de saúde vai além de estabelecimentos e serviços de saúde, abrange um conjunto de agentes e agências que prestam ações de saúde em prol da população, sem existir um único objetivo (PAIM, 2009).

A ideia central do SUS é de que todas as pessoas têm direito à saúde, esse direito é sobre a cidadania da população, supondo uma sociedade democrática e solidária, com valores de igualdade e equidade, sem privilégios ou discriminações (PAIM, 2009). O SUS teve como proposta superar um sistema privado e centralizado constituindo um sistema universal, descentralizado que atende todas as pessoas sem distinção. A Constituição Federal brasileira, de 1988, contempla que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que deve assegurar a redução de doenças e o acesso universal e igualitário dos serviços que oferecem a promoção, proteção e recuperação. O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, integralidade e equidade. (SES-SC, 2008).

2.1.1 Rede de Saúde Mental

A rede de saúde mental foi criada a partir da desinstitucionalização e desospitalização dos manicômios, dando origem uma ideia de cuidado em rede, substituindo o modelo centrado no hospital. Atualmente os serviços da rede que surgiram com a Reforma Psiquiátrica possuem o objetivo de inserir o usuário nos espaços sociais (AZEVEDO e FILHA, 2012).

Segundo Pereira (2020), na Rede de Saúde Mental existe, além do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), outros dispositivos que promovem assistência, como eixos complementares para obter o cuidado efetivo, dentre eles estão:

“... a articulação necessária com as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Convivência e Grupos de Produção e Geração de Renda, as Residências Terapêuticas, a retaguarda em Hospitais Gerais (noturna, feriados e finais de semana), a implantação do Programa de Volta Para Casa e a construção de ações intersetoriais que têm se revelado como algo de grande valia no fortalecimento dessa rede.” (PEREIRA, 2020, p. 22).

A Rede de Atenção Psicossocial atende as normas e protocolos que são definidos pelo SUS, buscando a liberdade, a participação social e a cidadania dos usuários. As pessoas que possuem um transtorno mental possuem o direito de ter segurança em sua trajetória de vida, além de possuir o direito de acessar os serviços de saúde (PEREIRA, 2020).

Buscando assegurar esses direitos, a portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011). Além disso, a portaria garante algumas diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, dentre eles: respeitar os direitos humanos e garantir a autonomia e liberdade das pessoas; combater os estigmas e preconceitos existentes; garantir que tenham acesso aos serviços de qualidade de forma interdisciplinar e proporcionar atenção humanizada com foco na necessidade das pessoas. Essas diretrizes prezam pela diversidade de estratégia de cuidado, levando em consideração as necessidades existentes e pelo desenvolvimento de atividades que favoreçam a inclusão social promovendo autonomia e o exercício da cidadania (BRASIL, 2011).

A portaria Nº 3.088/2011 trouxe como objetivo da Rede de Atenção Psicossocial, ampliar e promover o acesso à atenção psicossocial de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, garantindo o acolhimento como forma de cuidado e promovendo acompanhamento contínuo. Além disso, a Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivo promover cuidado em saúde para os vulneráveis, reduzir danos, ofertar informações sobre os direitos das pessoas e promover reabilitação e reinserção de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas na sociedade (BRASIL, 2011).

A partir de 2015 a partir das mudanças políticas se fortalece o movimento de contrarreforma psiquiátrica no Brasil. No ano de 2017 foi publicada a portaria Nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017, a qual “Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.” (BRASIL, 2017). Em 2017 se expressa nessa portaria a contrarreforma psiquiátrica no Brasil, onde traz as comunidades terapêuticas. A partir disso, ocorre também a desaceleração de implantação de CAPS do país.

De acordo com a portaria Nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017:

“Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção.” (BRASIL, 2017).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são dispositivos planejados para o processo de desinstitucionalização. O SRT deve ser uma moradia e um espaço “... que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.” (BRASIL, 2017).

2.1.2 Serviço Residencial Terapêutico

Dentre todos os serviços da rede de saúde mental, um deles é o coração da desinstitucionalização, pois muda de forma profunda a relação entre sujeitos institucionalizados com a sociedade: os SRTs. O projeto de desinstitucionalização gerou a necessidade de elaborar estratégias para abrigar os sujeitos que passaram pela desospitalização psiquiátrica, etapa essencial do processo de desinstitucionalização em saúde mental. Logo, iniciou-se a proposta de reinserção dos sujeitos na sociedade e apontou-se para a necessidade de criação de moradias para esses egressos durante a II Conferência Nacional em Saúde Mental de 1992. Nesse contexto de desinstitucionalização, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) começaram a ser implantados pelo SUS (BRASIL, 2004).

De acordo com a portaria 3588/2017, do ponto de vista organizativo no SUS, existem dois tipos de SRT, tipo I e tipo II. O SRT tipo I é uma moradia destinada às

peças com “...internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.” (BRASIL, 2017). A residência deve ser vinculada a um serviço de saúde mental de referência, a qual presta suporte profissional ao serviço. O suporte foca no processo de reabilitação psicossocial dos moradores e na inserção da rede social (BRASIL, 2017).

O SRT tipo II é uma moradia destinada às pessoas “...com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.” (BRASIL, 2017). O encaminhamento dos moradores ao SRT tipo II se dá pelo projeto terapêutico focado em reapropriar do espaço como uma moradia, construir habilidades para o dia a dia e aumentar condições de estabelecimento do vínculo afetivo. (BRASIL, 2017).

O primeiro SRT foi instaurado em Barbacena/MG no ano 2000, em 2004 havia em torno de 256 moradias presentes em quatorze estados e 45 municípios, abrigando cerca de 1400 pessoas (BRASIL, 2004). É importante que o caráter interdisciplinar seja mantido, contando com o apoio do CAPS como serviço de referência na gestão dos processos de cuidado em um SRT (BRASIL, 2004).

Na esfera financeira, os recursos antes destinados aos leitos hospitalares devem ser enviados ao orçamento da gestão responsável por cada SRT que possuem caráter assistencial em substituição à internação psiquiátrica de longa permanência. Além disso, os SRTs podem vincular-se a associações filantrópicas, ONGs e possuir convênios, desde que as propostas do SUS sejam mantidas e devem estar vinculadas a um CAPS de referência (BRASIL, 2004).

Com base na reabilitação psicossocial, o atendimento aos moradores deve ser vinculado à rede de saúde mental e intersetorial, não se restringindo ao SRT ou CAPS, para o desenvolvimento da autonomia. Ou seja, cada proposta terapêutica de reintegração social deve ser elaborada de modo a respeitar as características e necessidades singulares de cada morador (BRASIL, 2004; VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2007). Nesse contexto, os cuidadores auxiliam quando é necessário intervir para que as dificuldades sejam solucionadas e o projeto terapêutico individual e coletivo seja cumprido, considerando o SRT como habitação e não como serviço de saúde. Além disso, eles devem cuidar das medicações, garantirem o

andamento do processo terapêutico de cada sujeito, evitando que a institucionalização aconteça (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2007).

2.2 Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial

O movimento da reforma psiquiátrica procura desconstruir a realidade manicomial, mas não só de forma física acabando com os muros, mas sim de forma integral, construindo novas realidades, novas políticas sociais que desconstroem a cultura que discrimina e aprisiona os “loucos”. No campo das políticas públicas, a desinstitucionalização se refere à criação de estratégias de desconstrução de saberes, práticas psiquiátricas, discursos e ideias que reforçam que a instituição hospitalar é referência na atenção à saúde mental (AMORIM; DIMENSTEIN, 2007). A desinstitucionalização é um trabalho de transformação que busca desmontar a “solução” institucional para dar um novo significado ao “problema”, buscando transformar e ressignificar os modos de atuação diante dos seus sofrimentos, dando o fim na busca constante pela solução enquanto cura da “doença” mental. A terapia muda o foco, indo da cura para estratégias que enfrentam o problema e pensar em um tratamento singular (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Com isso, surge a dúvida do que seria então a instituição. Para Rotelli, Leonardis, Mauri (1990, p.30), "é o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto "doença". Se o objeto passa de doença para existência de sofrimento do indivíduo, então a desinstitucionalização é o processo de reorientar os elementos da instituição para esse objeto. Sendo assim, romper esse paradigma das instituições é romper a rigidez típica sobre o processo de doença. Com isso, o processo de desinstitucionalização é a reconstrução do objeto, a ênfase não é mais na cura e sim na reprodução social do indivíduo e reconstrução de significados. O grande objetivo da desinstitucionalização é desconstruir o manicômio, restabelecendo a relação do indivíduo com seu corpo, reconstruir o uso de objetos, liberar os sentimentos, reativar o acesso a renda. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Segundo Pitta (2001), Reabilitação Psicossocial é um conjunto de programas e serviços que facilitam a vida das pessoas com limitações, facilitando a restauração de sua autonomia. É uma estratégia delicada de cuidados para pessoas vulneráveis

à sociabilidade e necessitam de cuidados complexos. Está associada a ações que buscam reduzir o poder dos tratamentos tradicionais, desenvolvendo-se dentro e fora dos hospitais.

Para compreender melhor o conceito de reabilitação psicossocial, é importante saber quem será o sujeito reabilitado. Sendo assim, a reabilitação psicossocial nada mais é que uma estratégia política de cuidados. É importante salientar que devem ser políticas oficiais, mesmo partindo de um movimento de indivíduos é necessário que não sejam apenas intenções individuais e sim coletivas. Existem algumas práticas de cuidados cotidianos adotadas na reabilitação psicossocial e alguns autores mencionam metáforas operacionais, sendo uma delas a casa. A casa traz experiências concretas do uso de espaço e de tempo com atividades domésticas (PITTA, 2001).

2.2.2 Psicologia nas Políticas Públicas

Existem diversos conceitos e visões sobre as políticas públicas, sendo um vasto campo de conhecimento, não existindo uma única definição. A política pública é uma estratégia para enfrentar, diminuir ou resolver algum problema público. Esse conceito se concretiza a partir de leis, campanhas, obras, dentre outras formas (SECCHI, 2020). Sendo assim, as políticas públicas podem ser consideradas um conjunto de normas que garantem o direito do indivíduo nos setores da sociedade, o direito coletivo dos cidadãos e ainda atende as demandas dos problemas sociais (SILVEIRA *et al.*, 2007). Neste contexto, a contribuição da Psicologia é importante no sentido de compreender que a subjetividade do indivíduo se dá a partir de um processo de relação com a sociedade (LANE, 2006).

Segundo Poubel (2014), a inserção da psicologia na saúde pública foi uma consequência das mudanças na área da saúde no início dos anos de 1980. Por um lado, uma crise econômica diminuía o número de pacientes em consultório privado e por outro havia o surgimento dos ambulatórios e serviços multiprofissionais voltados à atenção em saúde mental. Nesse cenário, a área de atuação dos psicólogos cresceu muito com tais mudanças e os profissionais precisaram se adaptar à nova forma de atuação (POUBEL, 2014).

A atuação da psicologia nas políticas públicas é um assunto muito discutido e estudado atualmente, principalmente por ser uma área considerada nova. Essa

esfera também constitui uma oportunidade para ampliar a psicologia como ciência e profissão, além de demonstrar que o psicólogo é um agente de transformações individuais e coletivas (STAMATO *et al.*, 2016).

Visto que a psicologia passou a atuar nas políticas públicas, a formação do psicólogo também precisou se adequar para formar profissionais que estejam preparados para as demandas desse âmbito. Com isso, as políticas públicas abriram um campo de trabalho aos psicólogos, que podem atuar em diversos dispositivos de saúde. O profissional que faz parte de equipes interdisciplinares trabalha com foco na intervenção social em famílias, facilitando o acesso ao atendimento psicossocial, principalmente de famílias vulnerabilizadas (PIRES, 2008).

Para Pires (2008), o papel do psicólogo nas políticas públicas, é ser um agente público e social que visa o aprimoramento das ações do estado e a realização de ações e projetos que estimulem a autonomia do cidadão. Ou seja, o psicólogo possui um papel importante em monitorar e perceber a política pública, bem como seu impacto na vida de cidadãs e cidadãos, e caso necessário realizar uma revisão de modo a intervir em situações de vulnerabilidade e conflito (PIRES, 2008).

Portanto, os psicólogos precisam assumir um compromisso social. O profissional da psicologia deve desprender-se da visão estreita de intervenção e se engajar politicamente na sua atuação. É necessário que ele compreenda que não há separação quando se fala do ser humano e suas condições de vida. Assim, observar, estranhar e não aceitar as coisas como estão, mas atuar na realidade para transformá-las (BOCK, 1999).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

O presente trabalho trata de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, estruturada pelo método de história oral. Segundo Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa exploratória objetiva proporcionar uma intimidade maior com o problema, tornando-o mais explícito e construindo hipóteses. Essa pesquisa geralmente envolve levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema pesquisado (GERHARDT e SILVEIRA, 2009)

No que se refere a abordagem qualitativa, é uma abordagem relevante para essa pesquisa pois a análise dessa abordagem fundamenta em compreender, interpretar e dialetizar (MINAYO, 2012). De acordo com a autora, a pesquisa de abordagem qualitativa compõe: “experiência, vivência, senso comum e ação” (MINAYO, 2012, p. 622).

A experiência é o que o ser humano absorve das suas ações e do lugar que ocupa. É a partir da experiência que o ser humano adquire compreensão de si mesmo e do sentido da sua vida. Dessa forma, a experiência se expressa através da linguagem promovendo uma reflexão (MINAYO, 2012). Segundo Minayo (2012, p. 622) “a vivência é produto da reflexão pessoal sobre a experiência”. A experiência pode ser a mesma para alguns indivíduos, mas cada um possui uma vivência singular sobre a mesma experiência, isso depende da personalidade do indivíduo, da participação dele na história e de sua história de vida. A vivência é pessoal, mas é estruturada pelo coletivo do indivíduo e pelas condições em que acontece (MINAYO, 2012).

O senso comum é o conhecimento adquirido através das experiências e vivências de diversas situações da vida do ser humano. É constituído de “opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir” (MINAYO, 2012, p. 622). É expresso também através da linguagem, mas pode se manifestar nas atitudes do ser humano e em suas condutas. Por ser a expressão das experiências e das vivências do ser humano, o senso comum é a base dos estudos qualitativos (MINAYO, 2012). A ação é o desempenho que os indivíduos realizam para construir sua vida a partir de sua realidade, partindo da liberdade para agir, é um conjunto de significados da experiência que constituem um ser histórico. (MINAYO, 2012).

Visto que a pesquisa busca problematizar o processo de desinstitucionalização de moradores de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), pretende-se conhecer a história de vida desses usuários como forma de compreender a relação do morador com o espaço social que ocupam, buscando também acessar memórias de suas experiências vividas anteriores e durante a internação psiquiátrica. Sendo assim, a metodologia utilizada será de História Oral.

Segundo Meihy (2005), a história oral não possui um conceito fechado, mas existem vários conceitos em sua fundamentação dinâmica e criativa. A história oral pode ser utilizada para a realização de estudos referentes às experiências sociais de indivíduos ou de grupos. É uma história do tempo presente podendo ser considerada uma “história viva” (MEIHY, 2005).

O autor ainda afirma que:

História oral é uma prática de apreensão de narrativas feita através do uso de meios eletrônicos e destinada a recolher testemunhos, promover análise de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato (MEIHY, 2005, p. 17).

A história oral respeita as diferenças dos indivíduos além de ser facilitadora na percepção das identidades e processos das narrativas (MEIHY, 2005). Além disso, ela pode ser vista como uma experiência resultante da memória de expressão oral, visando a livre expressão e manifestação. A mediação da história oral pode ser vista como pesquisa intencional, que busca gerar oportunidade de ouvir pessoas vulneráveis, que enfrentam ações e discursos de ódio, além de enfrentar outros desafios diariamente (GATTAZ, MEIHY e SEAWRIGHT, 2019).

A história de vida é um método amplo da pesquisa qualitativa e da história oral. Se dá através de narrativa e relato sobre um acontecimento, obtida através de entrevistas gravadas por áudio ou vídeo. A busca de memórias para transmitir as vivências através da narrativa é a principal matéria do método de história oral de vida. (SILVA e BARROS, 2010). No caso da presente pesquisa, busca-se colaborar no reconhecimento de alguns moradores de uma SRT, como sujeitos concretos que não podem ser reduzidos a ex-internos de hospitais psiquiátricos na relação com os serviços de saúde mental e com a sociedade.

3.2 População/Amostra

O estudo ocorreu com moradores de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) localizado em uma cidade do sul do Brasil. Neste SRT moravam no período da pesquisa 10 sujeitos, sendo, 8 homens e 2 mulheres. Destes, 7 são ex-moradores de um hospital psiquiátrico local, sendo alguns com mais de 20 anos de internação. Destes 10, 2 passaram a morar no SRT, por outros motivos, que foi de fragilização ou ausência de vínculo familiar, que por estarem em atendimento no CAPS, receberam indicação para morar no SRT.

Foram entrevistados 2 sujeitos, deste SRT. A escolha dos sujeitos ocorreu a partir da experiência de estágio em Psicologia Social, realizada em 2021. No estágio, foram registrados relatos de história de vida de 3 sujeitos, como forma de conhecer suas trajetórias de vida, a partir da convivência no período. Os registros foram compartilhados com o CAPS responsável pelo projeto terapêutico dos usuários. Na pesquisa foi proposto retomar o contato com os moradores e seus curadores legais e aprofundar suas histórias, analisando-as a luz do conceito de desinstitucionalização em saúde mental. Caso estes não pudessem colaborar, seriam convidados outros sujeitos a partir do vínculo estabelecido no estágio.

A proposta da pesquisa, conforme a metodologia de história oral é de oportunizar que eles próprios narrassem suas histórias, protagonizando a pesquisa, sendo a pesquisadora, uma mediadora ou aquela que transcreve o que eles tem a dizer sobre si, com os devidos cuidados éticos. Levando em consideração que os moradores são curatelados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será assinado pelo curador legal e os usuários assinarão o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

Os dois sujeitos entrevistados possuem 58 (sujeito 1) e 47 anos (sujeito 2). Ambos tiveram a experiência de internação em hospital psiquiátrico, visto que o sujeito 1 possui o histórico de 22 anos de internação contínua e o sujeito 2 era internado e voltava para a casa muitas vezes e por último ficou 2 anos internado.

Foram critérios de inclusão: ser moradora do SRT; com interesse em participar voluntariamente da pesquisa; em condições cognitivas (memória e orientação temporal) no momento da entrevista, que não cause prejuízo as suas narrativas. Foram os critérios de exclusão: estar em situação de crise psíquica;

possuir deficiência intelectual ou seqüela neurológica importante que impedisse de acessar memórias ou narrar experiências.

3.3 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas em profundidade semiestruturadas. Para Oliveira, Martins e Vasconcelos (2012), deve-se valorizar o uso da entrevista em profundidade nas pesquisas qualitativas devido às informações que são alcançadas e a compreensão do que está sendo investigado através da comunicação e do contato entre o entrevistado e o entrevistador (OLIVEIRA, MARTINS E VASCONCELOS, 2012).

Segundo Duarte (2005), a entrevista em profundidade é um método que busca respostas a partir de experiência subjetiva de uma determinada fonte, a qual é selecionada por ter informações que busca conhecer. Além disso, busca saber como os indivíduos percebem determinada situação, tendo como objetivo compreender uma situação ou problema (DUARTE, 2005).

Duarte (2005), ainda afirma que:

A entrevista em profundidade é uma técnica dinâmica e flexível, útil para apreensão de uma realidade tanto para tratar de questões relacionadas ao íntimo do entrevistado, como para descrição de processos complexos nos quais está ou esteve inserido (DUARTE, 2005, p. 64).

Sendo assim, busca informações individuais e diretas por meio de uma conversa orientada. O uso das entrevistas possibilita a identificação de diferentes maneiras de perceber o fenômeno pesquisado (DUARTE, 2005). Segundo Oliveira, Martins e Vasconcelos (2012), a entrevista em profundidade é adequada onde a percepção individual e detalhada é importante a partir de pontos de vistas diferentes. É apropriada na exploração de temáticas sensíveis, onde os participantes não falam em grupo. É utilizada para colher dados subjetivos, relacionados com atitudes e valores individuais do entrevistado (OLIVEIRA, MARTINS E VASCONCELOS, 2012).

A entrevista em profundidade semiestruturada tem como vantagem a flexibilidade de inserir questões no decorrer da entrevista, utilizando um guia de entrevista. A flexibilidade desse método permite maior profundidade no problema da pesquisa. Sendo assim, a entrevista foca na realidade do entrevistado possibilitando

que fale livremente sobre o assunto que julga ser mais pertinente (OLIVEIRA, MARTINS E VASCONCELOS, 2012).

Uma das principais estratégias para pesquisar a experiência humana em lugares sociais específicos é pedir que contem suas histórias. A história de vida é uma das melhores abordagens para compreender o processo de socialização, relações sociais, entre outras situações cotidianas (MINAYO, 2014).

Para Minayo (2014), essa abordagem deve ser realizada através de entrevistas com participantes de eventos que já aconteceram permitindo:

acessar as experiências não documentadas, sobretudo as histórias de categorias sociais geralmente menosprezadas; explorar aspectos da experiência histórica raramente registrados; evidenciar significados subjetivos de eventos do passado; engajar os investigadores em relacionamentos humanos ativos na observação dos fatos (MINAYO, 2014, p. 157).

Segundo Silva e Barros (2010), além da narrativa do entrevistado, também deve-se considerar “os silêncios, os esquecimentos, as reiteraões, a linguagem não verbais e o cotejamento com fontes escritas e imagéticas.” (SILVA e BARROS, 2010, p. 71). Isso também faz parte de dados para análise das narrativas. Sendo assim, a história oral de vida é a “narrativa da experiência de vida de uma pessoa.” (SILVA e BARROS, 2010, p. 71).

Sobre o conceito de história oral de vida, os autores ainda afirmam que:

É o retrato de uma pessoa cuja trajetória é significativa para a compreensão de eventos, períodos e de práticas culturais e históricas, cuja trajetória é registrada e analisada num esforço para deslindar interações entre percursos individuais e processos coletivos. (SILVA e BARROS, 2010, p. 71).

Sendo assim, no campo da pesquisa qualitativa, a história de vida e a história oral são consideradas instrumentos poderosos para descobrir, explorar e avaliar como o indivíduo percebe sua história e seu passado, conectando a sua experiência individual ao contexto social em que está inserido, possibilitando levantar questões novas sobre o assunto (MINAYO, 2014).

As entrevistas ocorreram no SRT em um único encontro com cada participante. O tempo de gravação da entrevista do sujeito 1 foi de 24 minutos, e o sujeito 2 foi de 15 minutos. A entrevista foi semiestruturada contendo algumas

questões centrais e durante a conversa surgiram outras perguntas para o aprofundamento da história a partir do roteiro (Anexo B).

As entrevistas aconteceram na garagem do SRT, visto que em outros lugares da casa havia outros moradores e cuidadores. A garagem possui uma mesa com bancos e no momento das entrevistas ficaram apenas a entrevistadora e o sujeito no local. Nas duas entrevistas é perceptível a tristeza e angústia dos sujeitos em falar sobre determinados assuntos e muitas vezes ficavam em silêncio quando questionados. Em determinados momentos da entrevista, ambos abaixavam a cabeça e não respondiam o questionamento.

O sujeito 1 desistiu de falar logo na coleta de dados iniciais da entrevista, disse que estava com dor de cabeça ao pensar sobre o assunto e pediu que falássemos disso outro dia, e foi respeitado. Alguns minutos depois ele diz que já se sentia bem em falar, então continuamos. O sujeito 2 levantou da mesa do meio da entrevista e então expliquei que ainda não havia acabado e ele voltou, mas respondia todos os questionamentos com respostas curtas, sem aprofundamento quanto questionado. Neste sentido, optou-se por não aprofundar e dar continuidade, visto que seria utilizado também o documento de relatório de estágio e por questões éticas devido ao sofrimento e angústia que causou nos sujeitos no momento da entrevista.

Os dados da pesquisa foram coletados também a partir do documento de relatório de estágio supervisionado em psicologia social realizado no Serviço Residencial Terapêutico no primeiro semestre de 2021. O Relatório havia sido disponibilizado à coordenação do SRT, ao CAPS e foi postado junto ao departamento de psicologia pelo AVA, além do arquivo pessoal da pesquisadora. Segundo Junior et al., (2021), a análise documental em pesquisas qualitativas pode completar informações obtidas através dos documentos ou desvendar novos aspectos de um tema ou problema. Além disso, a análise documental busca interpretações e informações que complementam a pesquisa (JUNIOR et al., 2021).

O documento de pesquisa é todo vestígio do passado que pode servir como prova. O documento utilizado não limita o material escrito, entendendo que o documento é uma fonte sem tratamento analítico. A principal função do documento é apresentar algo que já aconteceu e está registrado (JUNIOR et al., 2021).

No relatório de estágio supervisionado em psicologia social realizado no Serviço Residencial Terapêutico no primeiro semestre de 2021 foi encontrado as

histórias de vida relatada pelos sujeitos. A utilização do documento serviu para aprimorar poucas narrativas que os sujeitos não relataram na pesquisa atual, fazendo a junção de ambos os relatos para a análise. As histórias relatadas no documento do estágio repetiram muito com o que os sujeitos contaram nas entrevistas e por isso o documento foi pouco utilizado.

Com as histórias contadas no relatório de estágio, havia a expectativa de aprofundar as narrativas dos sujeitos, mas durante as entrevistas percebe-se a dificuldade de aprofundamento das narrativas devido a delicadeza que os assuntos trazem para os sujeitos e o quanto gerava sofrimento, sendo difícil para eles relatarem e aprofundarem determinados assuntos.

3.4 Análise de dados

A análise de dados ocorreu através do método de análise de conteúdo das histórias orais de vida. A análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações...” (BARDIN, 1977, p. 42). Para o autor, essa técnica possui alguns procedimentos que descrevem as mensagens, visando conhecer o conteúdo e as expressões dessas mensagens.

A análise de conteúdo é a leitura de falas, documentos e depoimentos, buscando aprofundar em determinado assunto. Os procedimentos da análise de conteúdo levam em consideração o contexto cultural, as condições psicossociais e a forma de produzir a mensagem (MINAYO, 2014).

Qualquer comunicação com significados entre o emissor e o receptor, pode ser descrita pela técnica da análise de conteúdo. Além do discurso verbalizado, existe um sentido por trás, o qual a análise de conteúdo busca descobrir (SILVA, GOBBI e SIMÃO, 2005).

Trata-se, portanto, de uma técnica aplicada às abordagens de história de vida. Nesses casos, deve-se considerar os significados e verdades em todos os sentidos do texto que é falado. Uma boa análise de conteúdo busca interpretar o discurso indo além da mensagem que o indivíduo manifesta, atingindo os significados mais importantes (MINAYO, 2014).

Sendo assim, as entrevistas foram transcritas e separadas de acordo com as perguntas centrais feitas aos sujeitos e as respostas de cada um sobre determinado assunto. Para melhor analisar foram separadas as respostas em uma linha do tempo

de antes, durante e após a internação psiquiátrica de cada sujeito. Neste sentido, a análise foi realizada por etapas de acordo com o que havia em comum nas narrativas dos sujeitos entrevistados.

Após a separação das respostas dos sujeitos sobre as mesmas perguntas e junção das semelhanças de narrativas, as histórias de vida contadas no relatório de estágio também fizeram parte da análise. Visto que as histórias se repetiam com as entrevistas obtidas, foram utilizados do relatório apenas alguns complementos das narrativas que os sujeitos não haviam relatado nas entrevistas atuais.

3.5 Aspectos éticos

Para atender às normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/2012 e 510/2016). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer número 5.552.104 (ANEXO A).

Houve dificuldade de contato com a curadora de um dos sujeitos, impedindo a coleta da entrevista do mesmo, bem como da utilização do relato documentado em estágio. Em contato com a coordenação do SRT, já haviam informado a não possibilidade de contato com a curadora, a qual também não mantém contato com a coordenação quando solicitada. Sendo assim, a não assinatura do TCLE impediu o sujeito de participar da pesquisa, o qual disse que gostaria muito de fazer o seu relato.

Os 2 sujeitos entrevistados não quiseram escolher nomes fictícios para o uso na pesquisa, ambos gostariam que fosse utilizado seus próprios nomes para identificar suas histórias. O desejo de usar seus próprios nomes como contadores de suas histórias não foi possível devido ao fato de serem curatelados, e pelo compromisso estabelecido desta pesquisa com o CEP. Mas aponta-se um importante aspecto a ser considerado: eles gostariam de ser chamados pelos seus nomes ao contarem suas histórias nesta pesquisa, pedido negado institucionalmente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos entrevistados possuem longo período de internação em instituições totais e tem vivenciado no SRT, outro capítulo de suas vidas. A história de vida, como proposta metodológica, possibilita a construção de uma produção que se pretende colaborar na produção de novos olhares sobre estes sujeitos, permitindo que sua subjetividade seja respeitada e sua identidade seja percebida.

Ressalta-se que outros sujeitos presentes no dia da entrevista quiseram contar suas histórias para a entrevistadora mesmo sem fazerem parte da pesquisa. A escuta e acolhimento aconteceu com todos que quiseram falar e serem ouvidos. Aqui, serão analisadas duas destas histórias.

As histórias de vida são apresentadas de acordo com os momentos marcantes para os participantes da pesquisa, preservando a narrativa em primeira pessoa de algumas falas principais da entrevista. A ordem das cenas foi organizada pela autora, de forma a levar ao leitor uma leitura mais fluida ou mais confortável. Visto que nenhum dos entrevistados quis escolher um nome fictício, expressando o desejo que fossem usados seus próprios nomes, a pesquisadora optou por utilizar “sujeito 1” e “sujeito 2” para que suas identidades sejam protegidas neste trabalho.

A discussão é feita juntamente com as falas dos sujeitos, a partir de algumas categorias que correspondem às tentativas de responder aos objetivos da pesquisa. As categorias de análise buscaram focar os aspectos relacionados a conhecer a história de vida dessas pessoas, compreendendo o significado da relação dos moradores com o Serviço Residencial Terapêutico e refletir a questão do estigma enquanto seu novo espaço social.

5.1 A vida além da Institucionalização

As instituições totais possuem uma tendência de fechamento, que é simbolizado pela ruptura da relação social com o mundo externo e demonstram fisicamente essa tendência com portas fechadas, muros altos, arame etc. As pessoas chegam na instituição tomadas por sua cultura e as instituições aparentemente não substituem algo formado pela cultura, mas afastam a oportunidade de alguns comportamentos e o sujeito não acompanha as mudanças sociais do mundo externo. Sendo assim, quando passam um período de internação

de longa permanência ocorre o descultramento quando ele volta para o mundo externo, o que o torna incapaz temporariamente de enfrentar alguns aspectos de sua vida (GOFFMAN, 1961).

O sujeito possui uma concepção de si mesmo e ao entrar nas instituições totais é despido de tudo isso. Algumas instituições recebem o sujeito com uma série de rebaixamentos, humilhações e degradações do eu. O seu eu é mortificado e passa por mudanças radicais em sua carreira moral, que é composta por mudanças que ocorrem nas crenças que tem a seu respeito. O processo de mortificação do eu são padronizados nas instituições totais, sendo a primeira delas a barreira entre o internado e o mundo externo. O internado é despido de seus bens e passa a usar uniformes, sendo marcados como pertencentes da instituição, para que sejam desinfetados de sua identificação. Além disso, os aspectos físicos também são tomados. Rotinas, horários e regras são impostos como forma de autoridade sobre os internados (GOFFMAN, 1961).

Quando o internado é enviado de volta para a sociedade, frequentemente surge a angústia e alguns até não querem mais sair. Essa angústia surge da inquietação dos internados sobre sua capacidade de viver em liberdade. As questões de preocupação da vida social é uma das razões para que os ex-internados frequentemente pensam em voltar. As instituições totais afirmam uma preocupação com a reabilitação dos internados, mas na realidade raramente se consegue essa mudança (GOFFMAN, 1961).

A angústia da liberação também pode ser explicada pelo fato de que o sujeito acredita que está muito doente para reassumir suas responsabilidades que as instituições o livraram. Outro fator que se deve considerar é a desculturação, a impossibilidade de adquirir os hábitos da sociedade atual. Outro fator é o estigma. Quando o sujeito não possui pro atividade devido a internação, tem uma recepção fria na sociedade e sente isso (GOFFMAN, 1961).

5.1.1 A vida: *“Ah é muito complicada” Sujeito 2*

Quando são convidados a contar um pouco sobre sua vida, não conseguem falar sobre ela espontaneamente. Quando os questionamentos são feitos, o sujeito 2 relata que sua vida é complicada, quando questiono o motivo ele responde: *“É complicada, assim uma vida louca”*. Quando questiono o sujeito 1 sobre suas

lembranças sobre a vida ele elenca: “*Viver né, dormir, se alimentar, andar de bicicleta*”.

5.1.2 A infância: “*Eu era doente*” Sujeito 2

Quando questionados sobre as lembranças que mais gostam de sua infância, surgem sentimentos de incapacidade e de fraqueza. A infância dos entrevistados é um período em que para ambos, houve traumas.

O sujeito 2 diz que foi uma criança doente, quando questiono sobre o assunto ele responde: “*Doente, quando era pequeno eu era doente*”. Quando questiono sobre as suas melhores lembranças da infância ele relembra a escola: “*Eu era um guri, era o mais gigante na aula, na terceira série, fiz até a terceira série*”. Mas logo diz: “*Não lembro muito. Era doente*”. Quando questiono sobre essa doença ele responde: “*Ah não gostava muito de ficar em casa, a mãe brigava comigo, me deixava na rua, eu ficava na rua (...) ficava na rua, era doente, fraco*”.

O sujeito 1 revive uma situação a qual considera que foi fraco: “*Ah eu fui fraquinho na infância né (...) mentalidade distorcida, machucada, estruturado errado*”. Quando questiono o motivo desse sentimento de fraqueza ele responde: “*Sexo, muito sexo, mal feito né. Bobiei com um amigo meu (...) chupei o “xixi” dele, não sei o que houve comigo, não entendi nada*”.

Quando questiono se a situação foi consensual, se decidiram fazer isso juntos, ele responde: “*Sei lá o que houve, eu me descontroliei e fiz né*”. Para entender se a situação foi consensual ou não, questiono sobre o motivo de ele achar que o ato era errado, então ele diz: “*Está errado né. É homem com mulher, mulher com homem. Homem com homem e mulher com mulher não existe (...) eu senti isso né (...) depois eu repeti de novo em casa, muito feio*”. Nota-se que a emoção de tristeza e o sentimento de angústia ao falar sobre o assunto são presentes, tanto na fala quanto na expressão do sujeito e na sua reação corporal ao falar, cabeça e voz baixa, mexendo as mãos uma na outra em cima da mesa.

Questionei sobre as lembranças boas da sua infância, e ele relembra: “*Tinha a bicicleta né, andava por tudo, (nomeou a cidade) eu conhecia tudo. É muito bom né, me fazia ter força*”. A convivência com o pai foi um tanto delicada, por conta do alcoolismo. O sujeito lembra-se de ter 5 anos e vivenciar noites em que o pai chegava em casa agressivo por conta da bebida.

Percebe-se que em ambos os sujeitos, o sentimento de impotência e incapacidade ainda é muito presente. A fraqueza em que se referem é uma “fraqueza mental”. Ambos relatam que foram “fracos” na infância, e a fraqueza os levou a internação.

Segundo Goffman (1961), quem possui um histórico de internação de longa permanência, se sente incapaz de viver em liberdade. As instituições totais acolhiam pessoas que eram consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que de alguma forma ameaçavam a comunidade, mesmo que de maneira não intencional (GOFFMAN, 1961). Neste sentido, o sentimento de fraqueza está internalizado desde o momento em que foram internados.

Além disso, o sujeito 1 conta uma história que para ele, é fruto de sua fraqueza, mas de acordo com o relato, nos alerta para possível abuso sexual na sua infância.

5.1.3 O trabalho: *“É seria bom né, ter um pouco mais de gosto pela vida, seria bom trabalhar né.” Sujeito 1*

Em relação vivência no mundo do trabalho, os entrevistados possuem experiências distintas, visto que o sujeito 2 realizava trabalho infantil e o sujeito 1 considera ter uma boa experiência, mas sofreu acidente de trabalho.

O sujeito 1 conta: *“Gostaria de voltar a trabalhar no gás, mas estou muito fraco também né, não posso trabalhar porque acho que estou muito fraco”*. Quando questiono sobre a fraqueza ele complementa: *“Ah precisa ter equilíbrio né, é fraco, as coisas preciso entender direito né, tem que ser normal a coisa né, tentei trabalhar e não deu”*. Pergunto a ele quanto tempo trabalhou entregando gás: *“Ah trabalhei 6 anos no gás”*. Quando questiono sobre seu sentimento em trabalhar ele responde: *“Forte né, opa! Mas tive sorte porque quase perdi a visão por curiosidade minha, queria saber o que tinha dentro do gás, apertei no “pínguelo” e veio bem nas vistas, fiquei uns 2, 3 segundos sem ver nada”*, além disso, diz que o trabalho era bom pois assim ele estaria *“ocupando a mente”*. Depois do acidente de trabalho, ele não trabalhou mais. Quando questiono sobre sentir falta de trabalhar, ele completa: *“É seria bom né, ter um pouco mais de gosto pela vida, seria bom trabalhar né”*.

O sujeito 2 conta que era um aluno bom na escola, mas parou de estudar, então questiono se parou por vontade própria ou teve que trabalhar, e ele responde:

“Não queria, mas trabalhei”. Questionei onde ele trabalhou e respondeu: *“Já trabalhei por aí”*. Insisti em saber o que fazia no trabalho e ele responde: *“Ah trabalhei na roça, plantava e colhia arroz e feijão”*.

O sujeito 2 relata que deixou de estudar para trabalhar na roça com o seu pai. Segundo Monte (2008), o trabalho infantil pode ocorrer por diversas causas, dentre elas pode-se citar a concentração de renda e a pobreza; a necessidade financeira e o complemento de renda familiar e a ausência de políticas públicas efetivas garantindo o direito da criança.

O trabalho infantil pode gerar consequências a saúde da criança, principalmente quando são expostos a periculosidade, as doenças e aos acidentes de trabalho, o que gera impactos no desenvolvimento físico, psíquico e cognitivo da criança. Além disso, pode alterar o desenvolvimento psicológico pela construção da autoimagem negativa (CABRAL e REIS, 2018).

Já na experiência do sujeito 1, relata que o trabalho foi muito importante em sua vida, o fazia se sentir forte. A teoria da atividade de Levy Vygotsky é uma teoria que analisa o desenvolvimento da mente humana de acordo com as atividades sociais práticas, levando em consideração os impactos psicológicos da atividade. Considera a atividade um processo cultural marcado por valores, necessidades e formas de agir. Toda atividade parte de uma necessidade que só será satisfeita quando tiver um motivo para isso (SANTOS e SANTADE, 2012).

Essa teoria percebe a vida humana enraizada na participação em atividades. O ser humano é visto por uma perspectiva de vida coletiva, sendo motivado por propósitos além de um objetivo. Sendo assim, a teoria da atividade parte do pressuposto de que é na atividade que o sujeito desenvolve as habilidades, personalidades e consciências. É através das atividades que o ser humano cria novas formas de vida e de si mesmo (CASSANDRE e GODOI, 2013).

Neste sentido, analisando a experiência com o trabalho do sujeito 1 de acordo com a teoria da atividade, o trabalho gerou impactos psicológicos positivos em sua vida. Ele relata se sentir forte enquanto trabalhava e que o trabalho deixava sua mente ocupada. A necessidade do trabalho para o sujeito 1, surge do seu propósito de se sentir ocupado, útil e forte, e assim não teria tempo para pensar em sua vida. É perceptível também que o sujeito 1 desenvolveu sua personalidade criando uma nova forma de viver e uma nova forma de si mesmo. Quando a atividade foi cessada

devido ao acidente de trabalho, ele passa a se sentir fraco, inútil e com a mente vazia, dando espaço para pensar em seu sofrimento psíquico.

5.1.4 Os romances: “*Eu nunca quis namorar*” Sujeito 2

Em relação a vida amorosa, ambos não relatam viver histórias de romance. O sujeito 2 disse: “*Eu nunca quis namorar*”. Quando questiono o motivo ele responde: “*Por que só incomoda (...) mulher só incomoda*”. Pergunto se alguém já falou isso a ele, mas ele diz não saber. Quando questiono sobre conhecer alguém e beijar alguém ele responde: “*Já, já beijei umas meninas por aí*”.

O sujeito 1 também demonstra sentimento de fraqueza diante de sua vida amorosa. Quando questionado sobre o assunto ele responde: “*Dei um beijinho no rosto de uma moça lá só. Transei com outra (...) era bonita né, garotas bonitas*”. Quando pergunto se já namorou ele diz: “*Não, não, não deu tempo, nunca mais eu soube dela, dizem que morreu*”. Quando questiono se ele considera a vida amorosa que já teve tranquila, ele nega: “*Não, problemas tem né, eu era fraco né*”. Diante desse sentimento de fraqueza em que aparece em várias falas, questiono em que sentido ele se sente fraco, ele responde: “*É o pensamento né. A cabeça*”.

Devido ao período de internação, os sujeitos não tiveram romance. A fala do sujeito 1 sobre não ter dado tempo de namorar, reflete em seu histórico de internação de longa permanência.

5.1.5 A falta de memória sobre a vida: “*Esquecer é melhor né*” Sujeito 1

Observa-se a dificuldade de acesso às memórias das histórias de vida, com os dois sujeitos. Além das perguntas centrais, houve a necessidade da pesquisadora fazer questionamentos sobre alguns assuntos como forma de auxiliar, produzindo um espaço de acolhimento a cada cena narrada. Visto que o sujeito 1 foi internado após completar 20 anos de idade e o sujeito 2 possuir histórico de muitas internações com intervalos curtos de tempo cada uma antes da internação ininterrupta, sabe-se que além da institucionalização existe uma história sequestrada pelo manicômio

Nesse sentido, é importante problematizar essa “falta” de memória desses sujeitos. Quando pergunto ao sujeito 1 o que tem a dizer sobre tudo o que já

vivenciou ele responde: *“Amor e carinho né, respeitando o próximo né. O que importa é o respeito né. Depois de 22 anos aqui nunca mais mexi em nada, em sexo nunca mais mexi né”*. Quando questiono se ele pensa muito sobre isso ele responde: *“Não, dá medo das coisas do passado né”*. Quando pergunto se ele convive bem com esse acontecido e com seus pensamentos ele responde: *“É, fica esquecido né, é um pensamento esquecido. Esquecer é melhor né”*.

Com essa fala, percebo sua tristeza em falar sobre o assunto. Desde o início da entrevista ele cita o acontecimento relacionado ao sexo e fica de cabeça baixa mexendo as mãos, não fazia contato visual. Então, sugeri que deixássemos esse assunto esquecido um pouco e que ele me contasse coisas boas sobre sua vida antes da internação, e ele responde: *“É que eu mexo no sexo desde criancinha né, eu tinha 8, 9 anos”*. Perguntei então o que ele gostaria de mudar em sua vida e ele volta ao assunto: *“Ficaria sem mexer no sexo né, bem melhor, pra ficar mais forte e com mais saúde né”*.

O questionamento que surge é: como esquecer (superar) o que “não tem” memória? Essas memórias precisam ser produzidas e podem fazer parte do projeto terapêutico de cada morador do Serviço Residencial Terapêutico.

A memória é feita de silêncios e sentidos que não são ditos. A ação de lembrar ou esquecer é um processo de seleção, podendo ser um ato voluntário, inconsciente, aleatório, objetivo ou sistemático. Esquecer possibilita que novos sentidos surjam e apagam os sentidos que estão sendo superados. O esquecimento é sinônimo de perder a lembrança. O que deixa de ser lembrado não é a coisa em si, mas a forma como foram interpretados e guardados, ou seja, a impressão que permanece na memória. O esquecido é um fato interpretado do sujeito (PADRÓS, 2014).

É preciso pensar em uma ponte que levaria esses sujeitos de volta a suas memórias, mesmo que sejam difíceis. Nise da Silveira se dizia curiosa sobre o abismo. O abismo de cada ser humano é profundo, e diante dessa pesquisa percebo que apenas o avistei. Existem formas de expressar o que está nas profundezas, atividades como meio de expressão da problemática dessas pessoas em sofrimento psíquico e agir sobre essa problemática (Nise da Silveira – Posfácio: Imagens do Inconsciente).

Um exemplo dessa expressão é o Museu de Imagens do Inconsciente, onde Nise da Silveira utiliza expressão plástica como meio de acessar a interioridade de

pessoas esquizofrênicas, levando ao público as obras dos pacientes. O trabalho do museu constitui em entrar em regiões misteriosas (PEREIRA, 2003).

Nise desenvolveu pesquisas com o intuito de comprovar a eficácia dessa forma de tratamento, investigar os efeitos dos tratamentos psiquiátricos tradicionais e comprovar a capacidade de aprendizado dos esquizofrênicos (CASTRO e LIMA, 2007).

Os autores ainda destacam que:

Nesse período, foram desenvolvidos, progressivamente, dezessete núcleos de atividades: encadernação, marcenaria, trabalhos manuais, costura, música, dança, teatro, etc., nos quais procuravam-se oferecer atividades que estimulassem o fortalecimento do ego dos pacientes, a progressiva ampliação do relacionamento com o meio social, e que servissem como meio de expressão (CASTRO e LIMA, 2007, p. 369).

Nise acreditava que a expressão poderia acontecer de diversas formas. Ela dava ao sujeito um espaço para que pudesse expressar sua verdade. Para Nise, todas as atividades eram expressivas, só precisava saber observar como o sujeito as executa (CASTRO e LIMA, 2007).

Neste sentido, pode-se perceber que além da institucionalização existe uma história de vida que inclui a infância, o trabalho, a vida social, a vida amorosa, familiar e toda a subjetividade de cada sujeito. É perceptível a dificuldade que os sujeitos possuem de acessar essas memórias e muitas vezes preferem não lembrar de situações que consideram dolorosas. A memória sobre suas vidas além da institucionalização precisa ser produzida e expressada pelos sujeitos, visto que essa memória de suas vidas além da institucionalização auxiliam na identificação do eu do sujeito e na construção do projeto terapêutico singular e subjetivo de cada um.

5.2 Motivos da institucionalização - A loucura como resultado das violências

Durante as entrevistas com ambos os sujeitos, percebe-se marcas de diferentes violências vivenciadas. Falar sobre suas vidas gera sofrimento. O sujeito 2 não quis falar algumas vezes quando as violências eram questionadas. O sujeito 1 falou sobre a violência, mas disse que não gostava de falar sobre esse assunto. Ainda que a contratualização sobre o estudo tivesse sido feita, e que inicialmente

houvesse o desejo de compartilhar as suas histórias, acessá-las foi difícil, passando a negá-las. Nesses momentos, optou-se por respeitar.

Entre as principais causas de morbidade e mortalidade da população masculina vem se destacando as violências. A violência é reconhecida como violação dos direitos humanos e um grave problema a saúde devido as complicações causadas a saúde física e emocional das vítimas, gerando consequências negativas ao desenvolvimento afetivo e social. Apesar das consequências decorrentes da violência em ambos os sexos, a maioria dos estudos existentes investigam a violência contra a mulher ou contra crianças e aos homens como agressores. Existem poucos estudos sobre a violência física e sexual em homens (ARMOND et al., 2020).

Sofrer violência física ou sexual está associado a sofrimento mental. Estudos encontram associações entre sofrer violência e agravos a saúde mental. Há maior prevalência de transtornos mentais (cerca de 60%) em pessoas que vivenciaram eventos de vida estressantes. O número de eventos estressantes aumenta a probabilidade de transtornos mentais (ALBUQUERQUE; BARROS; SCHRAIBER, 2013).

Apesar de não terem estudos apenas com homens, pode-se utilizar a vasta produção de pesquisa sobre a violência contra a mulher. Esses estudos mostram que sofrer violência tem associação com diagnósticos e/ou queixas psicoemocionais. A associação entre sofrer violência e a situação de sofrimento psíquico mostra-se relevante também para a saúde dos homens (ALBUQUERQUE; BARROS; SCHRAIBER, 2013).

O sujeito 2 sofria violência física por policiais. Relata que quando mais novo, a vizinhança o interpretava mal, pois ele pegava frutas dos vizinhos para comer, pulava os muros e era ameaçado pela comunidade, e inclusive por sua mãe, sobre acionar a polícia. Hoje em dia, ainda tem medo da polícia e conta que todas as vezes que ia para internação, eram os policiais e seu pai que o levavam.

5.2.1 Cuidado em saúde mental: “*minha saúde mental é complicada*” Sujeito 2

Quando questionado sobre a saúde mental e quando sentiu que precisava de ajuda profissional, o sujeito 1 responde: “*Não, não, não senti, foi meu pai e minha mãe que me internaram*”. Pergunto então se a família conversou com ele sobre isso

e ele diz: “*Não, não conversaram não, só fui internado, com 20 e poucos anos de idade já*”. Questionei se ele lembra como foi e ele responde: “*Foi triste né. Fiz amizade com um companheiro e me sujei de cabeça, depois fui hospitalizado, triste né*”. Nesse momento é perceptível a tristeza ao falar sobre o momento da internação.

Questionei como foram as internações e ele relembra: “*Foi em um hospital em (cidade 1), depois (cidade 2), (cidade 3) e voltei para (cidade 2)*”. Pedi que ele me contasse como era nesses lugares e ele diz: “*Era assustador, não era bom não (...) um dia ganhei um sapato novo, um companheiro me tirou do pé, fiquei só com um pé, mancando. Era um calçadinho bonito, de couro, marrom*”. Então pergunto se ele teve problemas com as pessoas de lá e ele diz “*Sexo né. Mexi no sexo do homem lá. Depois de hospitalizado também mexi com sexo*”, questiono o que eles faziam nessa situação e ele responde: “*Eu que me descontrolei lá. Ba, não gosto nem de falar*”. Pergunto se ele não gosta de falar sobre esse assunto e ele diz que não, então perguntei o que mais ele achava errado nesses hospitais e ele responde: “*Só isso, eu que me desgovernei né*”. Pergunto se a família visitava ele e ele relembra: “*Sempre. É ótimo. Eu ficava um mês em um hospital, um mês em outro, agora fiquei 22 anos e uns 6, 7 meses hospitalizado. Entrei em 2000, estamos em 2022, já deu 22 anos e uns 8 meses internado*”. O sentimento de internação ainda é presente, visto que ele conta o tempo que está no Serviço Residencial Terapêutico como período de internação.

Quando questiono sobre os serviços e profissionais que foi atendido até o momento e como foram estas experiências, o sujeito 1 responde: “*Ah, são hospitais né. Eu tentava até fazer força na cabeça, queria acordar e não tinha como, não conseguia*”. Perguntei se ficava medicado a maioria do tempo e ele diz “*É, muito remédio. Hoje tomo de manhã e tomo a noite*”. Pergunto se ele ainda sente que está dopado de remédios e ele diz “*Não, to mais firme agora, melhorou. Se eu me alimento bem, consigo dormir bem, se eu não me alimento direito não durmo*”.

O sujeito 2 quando questionado sobre sua saúde mental responde: “*Mental ó (aponta para a cabeça) é a “cuca”, minha saúde mental é complicada*”, pergunto o porquê e ele responde “*porque sim*”. Pergunto então o que ele sente e ele diz “*Dor na “cuca”, não sei o que tem*”. Quando pergunto se ele sabia que precisava de ajuda profissional e quando percebeu isso ele responde “*Sim, precisava*”.

Questiono então se ele lembra quando foi internado, ele diz “*Me internaram no (nome do hospital psiquiátrico)*”. Pedi que me contasse um pouco como era e ele relembra “*É ruim lá, é ruim*”. Pergunto o que ele viu de ruim e ele responde “*Ih, é complicado. Maltratavam*”. Pergunto o motivo de maltratarem e como maltratavam e ele relembra “*Ah quando não fazia na hora, lá tinha hora*”.

Quando questionado sobre os serviços e profissionais que foi atendido até o momento e como foram estas experiências, o sujeito 2 diz “*Médico, enfermeiro*”. Pergunto se as experiências foram boas e se ele os tratava mal ou bem, ele diz “*Mal (...)ah eles não deixavam eu passar na porta. Me trancavam sempre, ih*”. Questiono o motivo de trancarem e ele responde “*Trancavam sempre e esqueciam de mim*”.

As experiências nos hospitais psiquiátricos não foram positivas para nenhum dos sujeitos. Durante as entrevistas, percebo que não querem tocar tanto no assunto sobre suas vivências como internados e sobre o que viam de ruim acontecer lá. É como se tivessem medo de contar o que presenciavam. Segundo Goffman (1961, p. 68): “O que o ex-internado conserva de sua experiência institucional nos diz muita coisa a respeito das instituições totais.”

Sobre a saúde mental, o sujeito 2 diz que sabia que precisava de ajuda e sente que sua saúde mental é complicada. Já o sujeito 1, não acha que precisava de ajuda no âmbito da saúde mental e acredita que o motivo de sua internação foi “homossexualismo”.

5.2.2 “Homossexualismo” ou Violência sexual na infância?

Durante a entrevista com o sujeito 1, percebo que fica desconfortável e triste ao falar sobre o assunto de “sexo”. No início da entrevista, ele desistiu de falar e disse que estava com dor de cabeça ao pensar sobre o assunto e pediu que falássemos disso outro dia, então o respeitei. Alguns minutos depois ele diz que já se sentia bem em falar. É perceptível o medo que sente ao falar sobre o assunto e que tenta esquecer o ocorrido.

O sujeito 1 conta que seu pai o internou e o motivo foi “*homossexualismo*”. Ele diz ter se assustado consigo mesmo e percebe isso como algo errado e gera culpa até os dias atuais. Quando ainda questiono o motivo da internação ele diz “*É, foi por uma coisa que não tem nada a ver né, o amor, precisa ser respeitado o amor né, o que vale é o respeito né, homem com mulher, precisa ser respeitado*”. Então

pergunto se ele acredita que precisou ser internado por esse acontecimento e ele afirma que sim: *“É, muito fraco da cabeça né, pensamento fraco”*, então questiono se existe algo, além disso, e ele nega *“Não, só isso. É a vida”*.

No momento da entrevista, ele diz que suas relações sexuais eram com homens, mas quando questionado sobre a vida romântica ele cita apenas mulheres. Nesse sentido, entendo que pelo fato de ter entre 8 e 9 anos, sofria abuso sexual por homens. Durante a entrevista tentei questioná-lo e investigar a situação sem que isso causasse constrangimento a ele, então pergunto se a família sabia da situação e se ele já tinha conversado sobre esse acontecimento com alguém, e ele responde *“Não, nunca falaram disso. Mas acho que sabem, eu conto pra eles, já contei”*

Pergunto ainda se ele gostaria que a família tivesse lhe falado alguma coisa sobre o assunto e ele diz *“Não, não, só respeito né”*. Questiono se tem mais alguma coisa que ele gostaria de me falar e ele nega *“Não, foi só o sexo mesmo, foi o motivo”*. Pergunto se ele acredita que se essa situação não tivesse acontecido ele teria sido internado do mesmo jeito e ele diz *“Não, não estaria aqui não, estaria no gás trabalhando”*. Quando ele usa o termo “aqui” para designar a internação, nota-se que ele ainda sente que está internado e que a lógica institucional ainda é muito presente na sua relação com o serviço.

5.2.3 O trauma, o silêncio e o papel da escuta

Nota-se que os dois sujeitos entrevistados sofreram violência na infância. Ambos não falam sobre esse assunto, apenas quando questionados. O sujeito 1 deixa claro que não gosta de falar e lembrar, e que é um pensamento esquecido porque esquecer é melhor. O sujeito 2 não fala sobre o assunto com facilidade, relembra algumas situações, mas prefere não comentar também. Nesse sentido, deve-se pensar em oferecer uma escuta qualificada a esses sujeitos de forma que expressem o que está esquecido. Os traumas de infância geram culpa, tristeza e angústia até hoje em ambos os sujeitos.

A noção de trauma foi vinculada com a forma central da experiência da modernidade no século XX. São experiências históricas do sujeito sem palavras, podendo ser designada como “experiência muda”. Quanto mais violento e intenso é o trauma, menos estamos habilitados a conhecê-lo. Neste sentido, escrever a história não se trata de confrontá-la com o que foi dito e o que aconteceu e sim

recriá-la e criar formas e voz para a “experiência muda”(PERRONE e MORAES, 2014).

O trauma é a violação da fronteira entre o interno e o externo, colocando ambos em comunicação estranha. O trauma passa a exercer influência na vida social do sujeito, pois o sujeito pode ir para lugares mudos nos quais ninguém quer ir nem ouvir falar para iniciar a transmissão ou re-experiência sua ferida não cicatrizada. Histórias de gênero e violência sexual fazem parte de uma identidade traumática, a experiência do sujeito é uma marca da identidade. É possível criar um lugar onde o sujeito possa falar sobre o trauma (PERRONE e MORAES, 2014).

A vantagem do testemunho e a escuta é a possibilidade de construir a história por meio da recomposição nos labirintos da memória. Os labirintos desenhados através da violência e da crueldade armazenam no sujeito uma confusão de linguagem em histórias desconexas e vozes que o atordoam. O testemunho de relatos está nas palavras do sujeito e não na imposição de responder perguntas do outro. Nesse sentido, a escuta clínica estabelece as condições para regular o psiquismo fazendo com que o sujeito reconheça o seu discurso e tenha sua subjetividade recuperada (PERRONE e MORAES, 2014).

Ao oferecer a escuta como espaço de potencialidade criativa, facilita o testemunho. O encontro entre a palavra e a escuta retira a suspeita do testemunho, à medida que o sujeito é testemunho de si mesmo permitindo uma reconstrução psíquica que lhe proporcione outra versão do que vivenciou. Quando o sujeito recompõe sua palavra devolve aos protagonistas da violência a autoria de seus atos. Sendo assim, ao evidenciar seu testemunho, o sujeito rompe o silêncio do trauma ou a impossibilidade do dizer, alinhando a memória e possibilitando a pensar, recompor-se e recriar-se (PERRONE e MORAES, 2014).

Ao ouvir-se o sujeito integra uma nova série psíquica aquilo que sente a si mesmo. Ouvir-se é a possibilidade de dar outro significado rompendo a cadeia de repetição que o mantém ao trauma vivenciado. Escutar é reconhecer os efeitos e os impactos do traumático, tanto de forma psíquica como as repercussões na subjetividade do sujeito. O espaço de escuta a singularidade oferece ao sujeito uma possibilidade de ser independente das marcas silenciadas. O espaço de escuta é terapêutico e ético, a palavra do sujeito é única e intransferível. Ao recuperar a palavra o sujeito se ouve através de um discurso próprio (PERRONE e MORAES, 2014).

Sendo assim, os sujeitos precisam de um lugar seguro e adequado para que a escuta qualificada seja feita, podendo fazer parte do projeto terapêutico de ambos. Os sujeitos precisam ressignificar os traumas, precisam ser ouvidos e acolhidos. O motivo da institucionalização de ambos os sujeitos possuem relação com as violências vivenciadas por eles. O sujeito 1 não entende que precisava de cuidado em saúde mental e acredita que sua internação tenha sido resultado da violência, como punição. Além disso, ambos os sujeitos se sente internados no serviço atualmente, sendo outra problemática que precisa de escuta para identificar e entender os sentimentos de institucionalização presentes nos sujeitos.

5.3 Limitações para a desinstitucionalização: desospitalizados sim, desinstitucionalizados não

A palavra desinstitucionalização é de origem anglo-saxã e indica a superação das instituições totais. A desinstitucionalização significa cuidar de pessoas em território em vez de uma instituição. No início, tinha como foco a superação dos manicômios, mas se estende para as práticas que seguem esse processo. Para alguns, a desinstitucionalização está limitada ao alcance de um objetivo, para outros é um pensamento e uma ação, um processo que se desenvolve com o tempo (VENTURINI, 2010).

Os princípios fundamentais da desinstitucionalização são: prevenir intervenções inadequadas em instituições psiquiátricas; retorno de todos os pacientes institucionalizados para a comunidade; estabelecimento de suporte comunitário para as pessoas que não são institucionalizadas e recebem serviço de saúde mental na comunidade (AMARANTE, 1996).

Segundo Venturini (2010), a desinstitucionalização pode ser dividida em estágios: desospitalização, habilitação psicossocial, a inclusão social e a promoção do valor social. Ressalta que a desinstitucionalização é diferente da simples desospitalização e não consiste apenas na reabilitação psicossocial. É mais que um tratamento ou uma adaptação, a desinstitucionalização consiste no crescimento de uma pessoa. Nela o sujeito é o protagonista, considerando seus próprios pontos de força e construindo estratégias para sua vida (VENTURINI, 2010).

A retomada subjetiva da pessoa reflete em novas formas de cuidado, em uma reavaliação dos objetivos de cura não mais como redução de danos ou reabilitação,

mas como bem-estar do sujeito. A retomada subjetiva é um percurso que busca sentido, oferecendo ao sujeito uma oportunidade de buscar seu equilíbrio existencial. O sofrimento psíquico provoca uma alteração profunda e a intervenção simples não é suficiente, é necessário encontrar um novo equilíbrio para a existência (VENTURINI, 2010).

5.3.1 A vida no Serviço Residencial Terapêutico: “*Aqui é complicado, aqui é complicado*” Sujeito 2

Quando questionados sobre suas vivências no SRT, demonstram que ainda se sentem presos como antes e percebem poucas mudanças no cuidado em saúde mental.

Quando questionei o sujeito 1 sobre estar vivendo no SRT ele responde: “*2 anos né, 2 anos e meio que já to aqui, ficou muito bom*”. Ele diz que hoje no SRT, estar sempre em movimento e realizando as atividades da casa o fazem sentir-se melhor, pois se distrai e se sente útil. Quando pedi que me falasse a diferença que ele sentia entre o SRT e os hospitais psiquiátricos que esteve ele responde: “*É o mesmo né, mesma coisa*”. Quando pergunto sobre as saídas que ele faz, visitas a casa do irmão ele ressalta: “*É, antes não*”. Essa foi a diferença relatada por ele, de que hoje sai às vezes e nos hospitais não havia saídas. Também diz sentir que está internado: “*parece que estou trancado*”, comenta em relação a não poder sair pelo portão quando quer. O sentimento de liberdade não é algo presente em sua narrativa.

O sujeito 2, quando questionado sobre a vida no SRT, responde: “*Aqui é complicado, aqui é complicado*”, quando pergunto o motivo ele diz: “*Por que sim*”. Pedi que me contasse sobre a diferença entre o SRT e os hospitais psiquiátricos em que esteve e ele responde: “*É igual*”. Quando questiono o motivo de não ser diferente ele comenta: “*Não é*”. Além disso, fica irritado com diversas situações que ocorrem no SRT. “*Ela é muito bruta comigo*”, diz ele a respeito de uma das cuidadoras. Durante o estágio social, presenciei-o bravo dizendo que queria sair do SRT e ir para a sua casa, questionando: “*nunca vou sair daqui?*”. Quando afirmo que o serviço é sua nova casa ele respondeu com gargalhadas, pois não se sente em casa e expressa sua percepção sobre a diferença do SRT com a casa da sua família.

Durante a entrevista é perceptível que as marcas da institucionalização se fazem presente na rotina do SRT. O controle excessivo é um exemplo que gera impasses no exercício da cidadania, no qual se baseiam os objetivos da reabilitação psicossocial. Além disso, entre as metas da desinstitucionalização está a liberdade dos sujeitos em expressarem seus sentimentos, restabelecerem a relação com seu corpo, manterem uma relação com a comunidade, compartilhar valores e crenças (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990). Existe a necessidade dos moradores em expressarem os sentimentos, sejam eles de raiva, ciúmes, prazer, saudades, de maneira que se sintam seguros, sem sentirem que serão julgados ou ridicularizados.

Outra problemática é o fato de que os sujeitos não narram, ou não apontam relevâncias sobre as diferenças entre o Serviço Residencial Terapêutico e os Hospitais Psiquiátricos em que estiveram internados. Visto que o SRT surge com a proposta de desinstitucionalização e seu principal objetivo é promover, junto a rede de saúde mental, a desinstitucionalização, o cuidado em saúde mental precisa estar de acordo com os princípios. Precisamos questionar se a rua está acessível a esses moradores e ouvi-los em relação ao sentimento de estarem internados em uma casa. Ainda que evidenciem que existe os passeios e outras atividades extra casa, elas não são faladas de modo a referir escolha e liberdade, ao menos em uma visão primeira, de modo que se considera importante investigar – conhecer melhor essa relação.

5.3.2 O futuro: “*Não consigo imaginar*” Sujeito 1

As marcas da institucionalização ainda são presentes nos sujeitos entrevistados. Quando questionados sobre como imaginam seu futuro, não conseguem visualizar.

Quando questionei o sujeito 1 se já havia imaginado seu futuro ele respondeu “*não*”. Pergunto se ele já tentou ou não consegue imaginar e ele diz “*Não consigo imaginar (...) acho que to muito doente de cabeça né*”.

O sujeito 2 quando questionado responde: “*Imagino*”, então perguntei como ele imagina e ele diz: “*O futuro né (...) O futuro né, os anos*”.

Questionei o que achavam que seria diferente se não tivesse sido internados, o sujeito 2 responde: “*Ah eu ia estar em casa né*”. Percebe-se o sentimento de não

se sentir em casa em relação ao SRT e o desejo da casa como o espaço de convivência junto à família.

Quando pergunto ao sujeito 1 quais as mudanças em sua vida antes e depois da internação ele responde: “*Nunca pensei sobre isso direito*”. Então questiono como seria sua vida se não tivesse sido internado, ele responde: “*la ser mais completa né, ia estar trabalhando, ia estar forte, é bacana né (...) Queria ter família, mas fui fraquinho né*”.

Percebe-se a falta de perspectiva de futuro dos sujeitos. Amarante (1996) descreve uma fábula contada por Basaglia como referência ao longo de sua trajetória:

Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: 'No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente.' 'Em vez de liberdade ele encontrara o vazio', porque 'junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro', e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida (AMARANTE, 1996, p. 66).

Essa fábula representa uma analogia entre a fábula e a condição dos sujeitos em manicômios, no qual a serpente representa o saber psiquiátrico (AMARANTE, 1996). Nesse sentido, ambos os sujeitos não pensam mais em seu futuro, não sabem o que fazer com a liberdade, perderam a capacidade de desejar e agir de forma autônoma, como o homem da fábula da serpente. Outra problemática é que os sujeitos não apontam diferenças na percepção entre o SRT e os hospitais psiquiátricos e esse fato pode contribuir para que não pensem em um futuro diferente do que vivem. Aos trabalhadores e militantes que constroem a saída do manicômio para o SRT podem visualizar uma liberdade que os moradores não expressam, pois o vazio deixado pela serpente (manicômio) é muito presente.

Diante da complexidade do processo de desinstitucionalização é preciso considerar a existência de uma lógica manicomial no cuidado em saúde mental, que diz respeito ao caráter asilar e tutelar da subjetivação. A lógica manicomial está presente em diferentes espaços, incluindo os serviços da RAPS, quanto da não

vigilância. Houve a derrubada dos muros do hospital, mas a lógica de poder pode continuar presente em diversos setores da vida (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009), fazendo-os prisioneiros com o portão aberto, quando não se percebe que a liberdade é mais complexa e subjetiva que a materialidade da desospitalização, ainda que se saiba que esta é essencial no processo de desinstitucionalização.

Sendo assim, o controle e o poder não estão evidentes e claramente perceptíveis como nas instituições totais psiquiátricas, mas continua presente em alguns processos de atenção à saúde mental nesta pesquisa. O vínculo do SRT com o CAPS de referência implica em um trabalho atento a essas questões, visando respeitar a necessidade de saúde singular de cada sujeito usuário do SRT, exigindo a criação de alternativas de cuidado (AMORIM e DIMESTEIN, 2009).

O SRT é um dispositivo fundamental da atenção em saúde mental e exige constante reflexão sobre as práticas no processo de desinstitucionalização. O trabalho no SRT exige uma construção de redes de cuidado entre os serviços (AMORIM e DIMESTEIN, 2009). Por isso a necessidade de vínculo entre o SRT e o CAPS de referência nesse processo de desinstitucionalização.

Segundo Torre e Amarante (2001, p. 83), “um dos riscos que se corre, se não houver clareza da desinstitucionalização como desconstrução do dispositivo e do paradigma psiquiátricos, é o de sair do manicômio e continuar reproduzindo os mecanismos do dispositivo psiquiátrico”.

Por mais que o SRT auxilie nesse processo de desinstitucionalização desses sujeitos ainda é preciso avançar mais. É evidente nas narrativas dos sujeitos o sentimento de estarem internados e que não sentem diferença, quanto ao estado de liberdade, entre o SRT e o hospital psiquiátrico, ainda que destaquem algumas diferenças de organização do espaço, mas não na sua capacidade de produzir desejos. Sendo assim, percebe-se que os sujeitos foram desospitalizados, mas não desinstitucionalizados, dentro de um processo cultural permanente, considerando a importância do SRT na vida desses sujeitos.

Sabe-se que a sociedade naturalizou a exclusão social de pessoas estigmatizadas. A psiquiatria surgiu como um dispositivo social de controle higienista, mantendo a exclusão social dessas pessoas, passando, no século XVIII a medicalizar o campo da loucura. O estigma da loucura provoca uma perda de identidade e da autonomia do sujeito, ele passa a ser aquilo que a sociedade o

considera e deixa o seu “eu”. O sujeito estigmatizado sofre violação de sua dignidade e do seu direito a inclusão social (BUSSINGUER e ARANTES, 2016).

Com os SRTs essas pessoas voltaram a viver em sociedade. As reações sociais mudaram a partir da mudança de espaço do hospital psiquiátrico para o SRT em sociedade, havendo um novo olhar a esses sujeitos e um novo olhar de si mesmo como cidadão. Fortalecer os SRT junto aos demais dispositivos da RAPS é essencial, bem como é relevante este debate em tempos de contrarreforma psiquiátrica. Apontar caminhos para qualificar a assistência nos SRTs junto aos CAPS é uma das estratégias da rede saúde mental alinhada aos princípios do SUS e desinstitucionalização, junto à rede intersetorial na defesa de direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação para realização da pesquisa se deu pela experiência da pesquisadora no Estágio Obrigatório na área da Psicologia Social realizado em um Serviço Residencial Terapêutico. Nessa experiência, a inquietude sobre os desafios do processo de desinstitucionalização impulsionaram o desejo pela pesquisa. Durante o estágio foi possível estabelecer um forte vínculo com os usuários do serviço, onde os encontros eram ricos em diálogo, atividades e escuta qualificada. Nessas escutas, os sujeitos contavam suas histórias, angústias, tristezas, saudades, medos, felicidades, desejos, entre outros assuntos. Com essa experiência, ficou a certeza de que as pessoas precisavam conhecer os sujeitos além de seu sofrimento psíquico, conhecer e compreender sua vida, sua trajetória, seus sofrimentos e sentimentos.

A pesquisa ofertou espaço de voz para que dois usuários pudessem contar suas histórias de acordo com suas próprias perspectivas, possibilitando mostrar e reforçar que além de ex-internados moradores do SRT, estes sujeitos possuem histórias para contar, ainda que limitadas pela dificuldade de acesso as memórias das mesmas. São sujeitos que tem passado. Ressalta-se a importância do SRT e do papel do CAPS na vida desses sujeitos, visto que se esses serviços não existissem e se não houvesse políticas públicas de saúde mental, se não houvesse o movimento pela Reforma Psiquiátrica, essas pessoas ainda estariam em instituições psiquiátricas ou não estariam mais vivas para contar suas histórias.

Ofertar um espaço de voz aos usuários de serviço de saúde mental é de extrema importância, porque é coerente com o movimento de saúde mental. Os sujeitos entrevistados precisam reconstruir suas memórias, deve-se oferecer uma escuta qualificada a esses sujeitos de forma que expressem o que está esquecido. Produzir condições de acesso a essas memórias pode fazer parte do projeto terapêutico desses sujeitos, que deve auxiliar os entrevistados a superar os traumas deixados pelas violências vividas, incluindo a violência institucional (da institucionalização psiquiátrica).

Além disso, a escuta humaniza o sujeito e o cuidado, mostra que é uma pessoa com família, angústias, traumas, boas lembranças e tristezas. O foco do cuidado sempre deve ser o sujeito e não o seu sofrimento psíquico. Para isso, sugere-se que os serviços em conjunto fortaleçam os debates com os usuários e

atuem como agente transformador para que os usuários sejam protagonistas. Quanto à relação dos usuários com os serviços de saúde mental em questão, é explícita a relevância destes dispositivos na vida dos dois usuários.

Oferecer espaço de voz e escuta a esses sujeitos que por muito tempo foram excluídos e marginalizados, para exercerem o seu direito de fala e de liberdade, auxilia na transformação do olhar da sociedade e na desconstrução do estigma da “loucura”. A História Oral possibilitou o exercício do uso da voz aos usuários e promove o protagonismo dando visibilidade aos sujeitos estigmatizados na sociedade. É preciso entender que esses sujeitos fazem parte da sociedade, possuem desejos, opiniões e uma história para contar, e condições para desejar – desde que o processo de desinstitucionalização esteja no horizonte, mantendo ou fortalecendo a singularização dos projetos terapêuticos.

Diante da narrativa dos sujeitos sobre não sentirem diferença entre o SRT e os hospitais psiquiátricos e o sentimento de ainda estarem internados, é necessário criar estratégias interdisciplinares e intersetoriais para o processo de desinstitucionalização se afirme e se fortaleça. A desinstitucionalização é um processo complexo e precisa ser mais bem desenvolvido entre SRT e CAPS de referência, a partir do diálogo com a equipe e os cuidadores do SRT (de gestão terceirizada). Essas estratégias são importantes para a reabilitação psicossocial desse sujeito. Sendo assim, a capacitação aos cuidadores que atuam no SRT é essencial nesse processo. Sugiro que esse objetivo tenha continuidade e seja apropriado pelo CAPS, visto que a sugestão já foi feita na realização do estágio, reforço nesta pesquisa a importância da capacitação aos cuidadores.

A educação permanente junto aos cuidadores do SRT e a equipe do CAPS de referência pode contribuir significativamente, de modo a proporcionar novas percepções sobre os moradores, sobre suas trajetórias no campo da saúde mental, a respeito das violências institucionais e mudanças de paradigmas. Há um propósito muito grande no trabalho dentro do SRT e um potencial significativo para avançar cada vez mais no processo de desinstitucionalização.

Outra estratégia importante é o fortalecimento do vínculo entre o SRT e o CAPS de referência. Sabe-se que o CAPS está presente em diversas atividades do SRT e que além do SRT, o serviço possui outras preocupações importantes, mas esse vínculo ainda precisa ser mais fortalecido. O CAPS precisa assistir esses

usuários em suas relações com o SRT. As estratégias de desinstitucionalização devem ser pensadas em conjunto entre ambos os serviços.

Ressalta-se ainda que o cuidado em saúde mental reflete sobre as questões de violência de Direitos Humanos. Nas narrativas dos dois sujeitos foram recorrentes as questões de violência, discriminação, estigmatização. A temática de violências é muito marcante em suas histórias de vida, sendo mais um assunto importante para que os serviços em conjunto atuem sobre essa problemática.

Sendo assim, reforça-se a importância do CAPS e do SRT aprofundarem a discussão sobre as histórias de vidas desses usuários e sobre Direitos Humanos. Na realização do estágio social foi disponibilizado ao SRT e ao CAPS de referência o relatório de estágio com essas sugestões e com histórias de vida sem a identificação do usuário, para que pudessem compreender as narrativas. Ressalta-se novamente nesta pesquisa a importância da escuta qualificada desses sujeitos, do fortalecimento de vínculo do SRT e do CAPS de referência e da capacitação em desinstitucionalização aos cuidadores do SRT, para que o processo de desinstitucionalização seja possível.

Sugestão de estudos futuros sobre gênero, masculinidade, ser forte,...

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Fernando Pessoa de; BARROS, Claudia Renata dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde**. Revista Saúde Pública 2013; 47(3) p. 531 a 539. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2013.v47n3/531-539/pt>> Acesso em: 25 Set. 2022.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Riode Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1), p. 195-204, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/KtNyxpK5fpNhG3K5mXH89f/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 23 Out. 2022.

ARMOND, Jane de Eston et al. **Uma visão geral de um país em desenvolvimento sobre homens vítimas de violência física e sexual**. Revista Nursing, 2020; 23 (269): p. 4741 a 4745.

AZEVEDO, Elisângela Braga de; FILHA, Maria de Oliveira Ferreira. **Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades**. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 60-70, jul./dez. 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edições, 70, 225. Lisboa, Portugal, 1977.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. DAPE. Coordenação geral de saúde mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à conferência regional de reforma dos Serviços de saúde mental: 15 anos depois de caracas. Opas. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 01 Mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de Dezembro de 2011. Brasília 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588**, de 21 de Dezembro de 2017. Brasília 2017.

BOCK, Ana Mercês Bahia. (1999). A Psicologia a caminho do novo século: Identidade profissional e compromisso social. **Estudos de Psicologia**, 4(2), 315-329.

BUSSINGUER, Elda Coelho; ARANTES, Maristela Lugon. **O estigma da loucura como fator usurpador da dignidade humana: Uma análise da perspectiva do direito à saúde**. Interfaces Científicas - Direito, Aracaju. V.4. N.2 p. 9 - 20. Fev. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/direito/article/view/2821>> Acesso em: 2 jun. 2022.

CABRAL, Maria Eliza Leal; REIS, Suzete da Silva. **Trabalho infantil: Um olhar a partir das causas e conseqüências**. Anais do Seminário Internacional em Direitos Humanos e Sociedade. Vol. 1. Maio de 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/AnaisDirH/article/view/4672>> Acesso em: 18 Set. 2022

CASSANDRE, Marcio Pascoal; GODOI, Christiane Kleinubing. **Metodologias intervencionistas da teoria da atividade histórico-cultural: abrindo possibilidades para os estudos organizacionais**. Revista Gestão Organizacional. Vol. 6 – Edição Especial. 2013. Disponível em: <<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/1510> >. Acesso em: 24 Set. 2022.

CASTRO Eliane Dias de; LIMA Elizabeth Maria Freire de Araújo. **Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.22, p.365-76. São Paulo, mai/ago 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/Cv5FYpFCjDLL9gRTBqBCRDg/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 18 Set. 2022

DUARTE, Jorge. Entrevista em profundidade. In J. Duarte & A. Barros (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação** (p. 62-83). 2 edição. São Paulo: Atlas. 2005

ELIAS, Andréa Damiana Da Silva; TAVARES, Claudia Mara De Melo; CORTEZ, Elaine Antunes. **Impacto do estigma da loucura sobre a atenção de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência**. Cienc. Cuid. Saude. 2013 Out/Dez; 12(4):776-783. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-735649>> Acesso em: 2 jun. 2022.

GATTAZ, André; MEIHY, José Carlos Sebe Bom; SEAWRIGHT, Leandro. (organizadores) **História oral: a democracia das vozes**. São Paulo: Pontocom, 2019. 356p. Disponível em: <http://www.editorapontocom.com.br/livro/61/gattaz-meihy-seawright_61_5d273fb061fab.pdf> Acesso em: 15 abr. 2022.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213838/000728731.pdf?sequence>> Acesso em: 09 abr. 2022.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo. Editora Perspectiva. 1961.

HIRSZMAN, Leon. 1986. "Nise da Silveira - Posfácio: Imagens do Inconsciente". Youtube, 1:20:28. <https://www.youtube.com/watch?v=EDg0zjMe4nA>

JUNIOR, Eduardo Brandão Lima; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; SANTOS, Adriana Cristina Omena dos; SCHNEKENBERG Guilherme Fernando. **Análise Documental como recurso metodológico na pesquisa qualitativa**. Cadernos da Fucamp, v.20, n.44, p.36-51/2021. Disponível em: <<http://fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/view/2356/1451>> Acesso em 15 abr. 2022.

LANE, Silvia T. Maurer. **O que é psicologia social** / Silvia T. Maurer Lane. - São Paulo: Brasiliense, 2006. - (Coleção primeiros passos ; 39).

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. . **Manual de história oral**. 5. ed. rev. e ampl São Paulo: Loyola, 2005. 291 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTE, Paulo Aguiar do. **Exploração do Trabalho Infantil no Brasil: Consequências e Reflexões**. Revista Economia, Brasília(DF), v.9, n.3, p. 625–650, set/dez 2008. Disponível em: <https://www.anpec.org.br/revista/vol9/vol9n3p625_650.pdf> Acesso em: 18 Set. 2022

NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de. **Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe**. Rev. Saúde Pública. Agosto, 2009; N. 43, p. 101-108. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/HYXMtKvsSvqdTynsNWBWSqk/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 2 jun. 2022.

OLIVEIRA, Verônica Macário; MARTINS, Maria de Fátima; VASCONCELOS, Ana Cecília Feitosa. **Entrevistas “em profundidade” na pesquisa qualitativa em administração: pistas teóricas e metodológicas**. In: Simpósio da Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais (SIMPOI), 15. 2012, São Paulo. Anais.

PADRÓS, Enrique Serra. A história e a memória confiscada: o tempo presente e as ditaduras de segurança nacional. *In*: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.). **Clínicas do testemunho: reparação psíquica e construção de memórias**. Porto Alegre: Criação Humana, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. [livro eletrônico] – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Coleção Temas em Saúde. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/529570170/O-Que-e-o-SUS-Jairnilson-Silva-Paim>> Acesso em: 01 Mai. 2022.

PEREIRA, Alexandre de Araújo. **Rede de Atenção: Saúde mental** – Edição Revisada. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2020. 58 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/rede-de-atencao-saude-mental%20_18_05_2020.pdf> Acesso em: 1 Mai. 2022.

PEREIRA, João A. Frayze. **Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política**. Estudos Avançados, Volume: 17, Número: 49, p. 197 a 208. Publicado em 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/DXNtq8VnSpjxsh5YvgYX8qM/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 17 Set. 2022.

PERRONE, Claudia; MORAES, Eurema Gallo de. Do trauma ao testemunho: caminho possível de subjetivação. *In*: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.). **Clínicas do testemunho: reparação psíquica e construção de memórias**. Porto Alegre: Criação Humana, 2014.

PIRES, Maria Coeli Simões. Políticas públicas e Psicologia: uma nova relação sob o paradigma democrático. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.133-156, jan/jun 2008.

PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Editora Hucitec. 2ª edição, 2001.

PUBEL, Paula Figueiredo. Psicologia na Saúde Pública. **Revista ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Vol. 4, Número 2, p. 194 a 200, maio 2014.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo, Editora Hucitec: 1990.

SANTOS, Juliana Ormastroni de Carvalho Santos; SANTADE, Maria Suzett Biembengut. **A Teoria da Atividade Sócio-Histórico-Cultural: Uma proposta para a prática de produção de textos escritos pela argumentação**. Caderno Seminal Digital Ano 18, nº 18, V. 18 (Jul-Dez/2012). Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/cadernoseminal/article/view/11878>>. Acesso em: 24 Set. 2022.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação e soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2020.

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Sistema Único de Saúde. Manual de orientação para gestores municipais da saúde** [recurso eletrônico] / Secretaria de Estado da Saúde – Florianópolis: IOESC, 2008. 79 p. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/planeja-sus/arquivos-soltos-planeja-sus/2293-manual-de-orientacao-para-gestores-municipais-de-saude/file>> Acesso em: 01 Mai. 2022.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz Christo; SIMÃO, Ana Adalgisa. **O uso da Análise de Conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método.** Organizações Rurais & Agroindustriais, vol. 7, núm. 1, 2005, pp. 70-81 Universidade Federal de Lavras Minas Gerais, Brasil. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/878/87817147006.pdf>> Acesso em: 21 abr. 2022.

SILVA, Valdir Pierote; BARROS, Denise Dias. **Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14087/15905>> Acesso em: 15 abr. 2022.

SILVEIRA, Andrea Fernanda Silveira et al. Caderno de psicologia e políticas públicas. Curitiba: Gráfica e Editora Unificado, 2007.

STAMATO, Maria Izabel Calil; VIEIRA, Marina Tucunduva Bittencourt Porto; de LEMOS, Daisy Inocência Margarida; ALVES, Hélio. **Psicologia e políticas públicas.** Santos (SP): Editora Universitária Leopoldianum, 2016.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2001, v. 6, n. 1. p. 73-85. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>>. Acesso em 28 Out. 2022.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos.** J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mai. 2022.

VENTURINI, Ernesto. **A desinstitucionalização: Limites e possibilidades.** Ver Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1): 138-151. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19953/22033>> Acesso em: 25 Set. 2022.

ANEXO(S)

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 5.552.104

CAAE: 60874322.3.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Dipaula Minotto da Silva

Pesquisador(a): CÍNTIA TOURNIER

Título: HISTÓRIA DE VIDA DE MORADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT): DESAFIOS PARA A DESCONSTRUÇÃO DO ESTIGMA DA LOUCURA

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 29 de julho de 2022


Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados participante pesquisa

Nome/CODINOME: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____ / _____

Código para identificação na pesquisa: _____

E-mail: _____

Data da coleta de dados: _____

Local de realização da entrevista: _____

Horário entrevista - Início: _____ Fim: _____

Características dos sujeitos da pesquisa segmento de usuários:

1. SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
2. IDADE:	<input type="checkbox"/> 18 a 20 anos	<input type="checkbox"/> 21 a 30 anos	<input type="checkbox"/> 31 a 40 anos
_____ ANOS	<input type="checkbox"/> 41 a 50 anos	<input type="checkbox"/> 51 a 60 anos	<input type="checkbox"/> mais de 60 anos
3. COR (segundo definição IBGE)	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta	
	<input type="checkbox"/> Pardo	<input type="checkbox"/> Amarela	
4. ESCOLARIDADE	<input type="checkbox"/> não alfabetizado	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	
	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	
	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo	
	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	Curso: _____	
5. ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viúvo
	<input type="checkbox"/> União Estável	<input type="checkbox"/> Divorciado	
6. RELIGIÃO	<input type="checkbox"/> Católico	<input type="checkbox"/> Espírita	<input type="checkbox"/> Espiritualista <input type="checkbox"/> Ateu
	<input type="checkbox"/> Evangélico: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
7. PROFISSÃO	<input type="checkbox"/> Gestor/a	<input type="checkbox"/> Enfermeiro/a	<input type="checkbox"/> Médico/a <input type="checkbox"/> Psicólogo/a
	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Nutricionais	<input type="checkbox"/> Ed. Física <input type="checkbox"/> Farmacêutico/a
	<input type="checkbox"/> Outro: _____		
8. CARGO/FUNÇÃO ATUAL	<input type="checkbox"/> Gestor/a	<input type="checkbox"/> Enfermeiro/a	<input type="checkbox"/> Médico/a <input type="checkbox"/> Psicólogo/a
	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Nutricionais	<input type="checkbox"/> Ed. Física <input type="checkbox"/> Farmacêutico/a
	<input type="checkbox"/> Outro: _____		

Perguntas relacionadas ao objeto de estudo:

1. Conte-me um pouco sobre a sua vida. O que acha que seria importante ser registrado?
2. Sobre sua infância e adolescência, quais lembranças você mais gosta?
3. Sobre sua profissão ou trabalho, você recorda? O que gostaria de contar a respeito disso?
4. Conte-me um pouco sobre seus amigos ou amigas e vida social?
5. Você poderia falar sobre sua vida romântica? Se apaixonou? Namorou? Como foi/é sua vida amorosa?
6. Sobre sua saúde mental, quando sentiu pela primeira vez que precisava de ajuda profissional nesse campo?
7. Por quais serviços e profissionais você foi atendido até o momento? Como foram estas experiências?
8. Atualmente, como está sua vida, na SRT?
9. Se pudesse dar um título para sua história, qual seria?
10. Você imagina seu futuro? Se sim, como o imagina?