

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

BRUNA OLIVEIRA FULLIN

**DO MODELO MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÕES
ACERCA DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM BARBACENA - MG**

VIÇOSA – MINAS GERAIS

2018

BRUNA OLIVEIRA FULLIN

**DO MODELO MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÕES
ACERCA DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM BARBACENA - MG**

Monografia apresentada ao curso de Ciências Sociais da Universidade Federal de Viçosa como requisito para obtenção do título de bacharel em Ciências Sociais.

Orientador: Fabrício Roberto Costa Oliveira

VIÇOSA – MINAS GERAIS

2018

BRUNA OLIVEIRA FULLIN

**DO MODELO MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÕES
ACERCA DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM BARBACENA - MG**

**Monografia apresentada ao
curso de Ciências Sociais da
Universidade Federal de
Viçosa como requisito para
obtenção do título de bacharel
em Ciências Sociais.**

APROVADA: 05 de julho de 2018.

Prof. Douglas Mansur da Silva
(DCS – UFV)

Prof. Guillermo Vega Sanabria
(DCS – UFV)

Prof. Fabricio Roberto Costa Oliveira
(Orientador)
(DCS – UFV)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente ao meu pai e minha mãe, por me fornecerem todo o suporte e apoio para que eu seguisse a trajetória da graduação, além de serem a minha base; à minha irmã, que sempre me auxilia e aconselha nos importantes acontecimentos da vida, incluso neste trabalho. Aos meus amigos do curso, em especial Angélica, Jonatan, Warley e Túlio, que apesar de terem iniciado a graduação apenas como colegas, se tornaram companheiros nas horas difíceis e também nas alegres, sempre incentivando a reflexão e o diálogo sobre desde os autores das Ciências Sociais até os dilemas mais pessoais. Ao meu orientador, Professor Fabrício Roberto Costa Oliveira, que aceitou prosseguir neste desafio comigo e me transmitiu força e instruções valiosíssimas na escrita desta monografia. Ao Leandro Sanchez, meu companheiro nesta jornada, sempre me encorajando e inspirando responsabilidade para o alcance de meus objetivos. Ao Professor Marcelo José Oliveira, que me forneceu todo o suporte inicial necessário para a estruturação e escrita do projeto desta monografia. Por fim, gostaria de agradecer à Coordenadora de Saúde Mental de Barbacena, Flávia Denise Vasques, que esteve muito aberta ao diálogo, e, carinhosamente, disponibilizou conhecimentos e fontes materiais de extrema importância para a análise proposta neste trabalho.

RESUMO

Este trabalho, ao abordar o contexto em que se manifesta o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, o caminho que passou-se a trilhar a partir da luta antimanicomial e os dispositivos substitutivos provindos desta luta; centra-se na análise das perspectivas atuais em torno das Residências Terapêuticas em Barbacena - MG, que se constituem enquanto um destes dispositivos. As mudanças de paradigmas em relação às formas de se delinear e tratar a loucura exigem transformações que abrangem esferas culturais, políticas e ideológicas da sociedade, desta maneira, para se entender como foi possível chegar ao atual modelo de saúde mental no Brasil, é necessário compreender uma série de embates que se inserem em tais esferas. A análise das perspectivas atuais em torno das Residências Terapêuticas em Barbacena se deu através da pesquisa de história oral em relação a pessoas que convivem, gerem e atuam nesta nova forma de tratamento, de modo a englobar as transformações que não somente a saúde mental está submetida neste novo contexto de Reforma Psiquiátrica, mas distintas esferas da sociedade que se relacionam com a loucura cotidianamente.

ABSTRACT

This article intends to approach the context of the Psychiatric Reform Movement in Brazil, the way this movement started to tread starting from the anti-asylum battle and the substitute devices coming from this battle. This article focus on the analysis of the current perspectives around the Therapeutic Residences, located in Barbacena-MG, which constitutes such as one of those devices. The paradigm shifts related to the forms of delineate and treat madness requires transformation which cover cultural, political and ideological spheres in society, in this way, to understand how it was possible to reach the current model of mental health in Brazil, it's necessary to understand a series of clashes which fit into such spheres. The analysis of the current perspectives around the Therapeutic Residences in Barbacena-MG started from the historical research and oral interviews with people who live nearby those houses, manage and act in this new form of treatment, in order to encompass the transformations in which not only mental health is submitted in this new context of Psychiatric Reform, but also different spheres of the society that relate to madness.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO 1. Representações simbólicas de loucura em Foucault e a “grande internação”	12
CAPÍTULO 2. A experiência manicomial no Brasil: Barbacena, cidade dos loucos?....	18
CAPÍTULO 3. Reforma psiquiátrica: desafios e conquistas	27
CAPÍTULO 4. Os discursos em torno das Residências Terapêuticas em Barbacena na contemporaneidade	34
4.1 História oral e entrevistas.....	34
4.2 A estrutura da Saúde Mental em Barbacena hoje	38
4.3 A questão do Estigma	40
4.4 As RTs em interação com a sociedade.....	43
4.5 O desvincular de um discurso e uma lógica manicomial.....	52
4.6 Embates atuais no campo da Saúde Mental Brasileira	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	64

INTRODUÇÃO

A loucura é um tema que se tornou central nas problematizações sobre o indivíduo e a sociedade no contexto Europeu, desde a época da Renascença. Ela revela verdades e fragilidades humanas que por vezes amedrontam o ser humano e por outras despertam sua profunda curiosidade. Em um contexto onde a razão se torna a principal crença da humanidade, em que a ciência positiva toma lugar central na sociedade, para entender o espaço destinado à loucura, é necessário perceber a relação de co-existência que há entre as duas [razão e loucura], sendo uma o antagonismo da outra. Dessa forma, o enaltecer da razão reserva o espaço de segregação e isolamento à loucura, o que se personifica na prática da internação em manicômios que se inicia a partir do século XVII na Europa.

A prática da exclusão da loucura nos hospitais é inicialmente exposta por Foucault (1978) como um mecanismo de ordem e controle social em um contexto onde o capitalismo está ganhando cada vez mais força, não consistindo até então em nenhuma concepção médica de tratamento ou de cura. No entanto, a partir do século XVIII, com o fortalecimento da ciência e da medicina, as práticas médicas passam a se voltar para os hospícios e dá um novo sentido no trato em relação à loucura, um sentido de medicalização e cura, centrando o poder de decisão sobre loucura e razão nas mãos da figura do médico a partir do viés de doença mental.

Entender a relação que a Europa estabelece com a loucura é importante para entendermos também a relação do Brasil em relação à mesma, já que houve uma grande influência europeia na sociedade brasileira devido à colonização, bem como a instauração dos hospitais psiquiátricos no Brasil foi extremamente fundamentada em concepções europeias. A criação dos manicômios brasileiros se inicia em 1841 e, apesar de suas bases terem sido apoiadas já na concepção médica que imperava na Europa, no Brasil, as concepções médicas se combinaram com as questões de ordem e controle social, fazendo com que os manicômios se tornassem depósitos de marginalizados sociais.

O primeiro hospício do estado de Minas Gerais, fundado em Barbacena, em 1903, se tornou um dos mais conhecidos em relação ao seu funcionamento e suas

práticas, em que além de segregar não só os diagnosticados com “doença mental”, mas qualquer indivíduo desviante dos padrões sociais considerados moralmente adequados, também tratava seus internos de maneira precária e agressiva (Passos, 2009). A cidade de Barbacena se tornou local de referência em tratamento psiquiátrico não só no Brasil, mas também em outros países. A cidade contou com diversos manicômios e, dentre eles, um dos maiores do país, o “Hospital Colônia”, no qual foi apontado posteriormente como palco de uma das maiores tragédias brasileiras.

Barbacena localiza-se na Serra da Mantiqueira em Minas Gerais e é conhecida como cidade dos loucos – justamente por ter se constituído enquanto localidade de um alto número de manicômios – e cidade das rosas, devido à grande produção da flor no município. Sua política local é famosa pela forte influência das famílias Andradas e Bias Fortes, que desde os primórdios exercem grande poder sobre a cidade. Seu clima é prioritariamente de baixas temperaturas e a economia da cidade gira em torno principalmente do setor agropecuário (com destaque ao fornecimento de leite e derivados), do comércio e do plantio de rosas.

A pauta do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil surge a partir do debate e manifestação de diversos agentes sociais ao final da década de 1970, em que familiares de pessoas em sofrimento mental, profissionais da área da saúde e a imprensa, passaram a denunciar a realidade dos hospitais psiquiátricos do país. Ao longo deste trabalho, abordamos como a imprensa foi atuante nesta época e obteve grande impacto de comoção social em relação à causa da reforma psiquiátrica. Principalmente ao retratar as realidades dos manicômios e fomentar as discussões em torno de uma reformulação dos moldes do saber psiquiátrico e sua atuação. Dentre os manicômios retratados, é importante ressaltar o Hospital Colônia em Barbacena, que obteve grande destaque e causou grande repercussão nacional e internacional, exercendo ainda mais influência para o fortalecimento da luta antimanicomial no Brasil.

A reforma psiquiátrica que se fala hoje entra em embate com o paradigma¹ da psiquiatria clássica, pois ao colocar em questão a “crença absoluta na verdade da ciência” (Amarante, 1995), não lutou por um melhoramento nas condições do interno – como na década de 1980, em que se buscava “racionalizar” e “humanizar” a estrutura

¹ Paradigma no qual Michel Foucault expõe em *“História da Loucura na Idade Clássica”* como forma de partilha entre razão e loucura por uma verdade, que sobrepõe o “saber” à “loucura” na prática social de internamento (Foucault 1978).

hospitalar –, mas visou justamente excluir a ideia de “interno” a partir do combate a pressupostos da psiquiatria que defendia um tratamento em que isolava o paciente da sociedade e o submetia a situações de controle extremo. (Pereira, 2008). Em 1987 nasce oficialmente o “Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira” em que ao demandar tratamentos psiquiátricos que envolvessem a inclusão social, teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

A luta antimanicomial foi árdua e apesar de ter tido seu início entre as décadas de 1970/1980, só veio a obter conquistas em 2001 com a sanção da lei 10.216 que torna obrigatório o estímulo progressivo ao aumento de serviços de dispositivos não manicomiais, além de impor com que as internações involuntárias sejam legitimadas pelo judiciário. Tal medida oficializa o que já estava em processo de mudança: a criação das Residências Terapêuticas (RTs), surgindo como um mecanismo para abrigar os ex-internos que estão passando por esse processo de “desinstitucionalização”. (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

Este trabalho trouxe uma abordagem acerca da loucura enquanto uma construção social que se constitui a partir de diversos embates e é, ao longo das transformações de contextos históricos e sociais, ressignificada. A partir dessa mudança de sentido que se tem a respeito da loucura no interior da sociedade, suas formas de tratamento são redefinidas, bem como ao se obter transformações nessas formas de tratamento, há também mudanças nas percepções sociais sobre a mesma – uma agindo dialeticamente sobre a outra. Desta forma, visando compreender o modo com que a loucura é sentida na sociedade atualmente, a partir dessa nova configuração provinda da saída dos manicômios para as Residências Terapêuticas, o foco desta pesquisa se deu em analisar como as RTs são retratadas no interior dos discursos sociais de atores que estão em contato direto com as mesmas.

O primeiro capítulo deste trabalho, intitulado “Representações simbólicas de loucura em Foucault e a ‘grande internação’”, aborda os principais pontos levantados por Michel Foucault a respeito da forma com que a loucura é representada pela sociedade na Renascença e Idade Clássica para que se chegasse ao modelo de internação em manicômios. Esta sessão expõe justamente a ideia de conflito que há nas experiências de loucura na sociedade e ajuda na compreensão do conceito de loucura como uma construção social, além de tecer críticas que permitem a problematizar não só

a experiência de internação da Europa, mas também do Brasil. A escolha deste capítulo, centrado no livro “A história da loucura” de Michel Foucault, se deu devido à importância da obra ao apontar uma nova ótica para se entender a loucura, bem como seu papel central nas fontes bibliográficas atuais sobre loucura e sociedade. Este se tornou o primeiro capítulo, pois será recorrentemente retomado ao longo do trabalho.

O segundo capítulo “A experiência manicomial no Brasil: Barbacena, cidade dos loucos?” trás uma contextualização sobre quando e porque a loucura passa a ganhar enfoque na sociedade brasileira e como isso se refletiu no contexto da cidade de Barbacena. O capítulo além de abordar como a cidade se tornou referência nacional e internacional em relação aos seus hospitais psiquiátricos, também expõe o enfoque em que a mesma recebeu no contexto de críticas ao modelo manicomial, além de refletir as condições e práticas adotadas no Hospital Colônia, primeiro manicômio de Minas Gerais.

O terceiro capítulo “Reforma Psiquiátrica: Desafios e Conquistas” versa sobre o caminho trilhado pela reforma psiquiátrica brasileira, visando sintetizar as quatro dimensões expostas por Amarante (2007) como extremamente importantes na compreensão desse processo: teórico conceitual, técnico assistencial, jurídico-política e socio-cultural. O capítulo inicia trazendo uma abordagem que contempla a dimensão socio-cultural, de forma a compreender os atores envolvidos na reforma psiquiátrica e o contexto em que a mesma passa a se constituir enquanto luta; Também há a ênfase de importantes fatos da esfera jurídico-política em relação às iniciativas oficiais tomadas pelos governantes e as políticas públicas em saúde mental, bem como as iniciativas técnico assistenciais que foram tomadas a partir do movimento de reforma, ou seja, os dispositivos substitutivos ao manicômio e preceitos da dimensão teórico conceitual que fundamentam essa nova perspectiva em relação à forma de se delinear e tratar a doença e os sofrimentos mentais.

O quarto capítulo “Os discursos em torno das Residências Terapêuticas em Barbacena na contemporaneidade” utiliza-se de relatos de história oral de atores envolvidos tanto na construção, quanto no dia-a-dia do projeto residencial terapêutico, de forma a compreender como se constituem as perspectivas em relação às RTs nos tempos atuais em âmbitos distintos da vida nesta nova localidade. Este capítulo se subdivide em tópicos que abordam a metodologia das entrevistas e história oral, a

questão do estigma em relação aos moradores de residências terapêuticas, a interação das RTs em sociedade e a nova ótica que se refere ao desvincular de um discurso e uma lógica manicomial. Além de retomar as diferenças que há em relação ao tratamento manicomial e a atual política de saúde mental do Brasil e ressaltar os embates que ainda existem na contemporaneidade em relação à forma de se tratar a loucura no país.

CAPÍTULO 1. Representações simbólicas de loucura em Foucault e a “grande internação”

No livro “A história da Loucura” de Michel Foucault (1978), o autor situa a loucura em determinados momentos históricos no mundo ocidental (Idade Média, Renascença, Idade Clássica), de forma não a conceituar e delimitar a mesma, mas a entendê-la a partir de como está representada no interior de seu contexto social - saberes, expressões artísticas de cada época. Deste modo, ao longo de sua obra, ao utilizar como forma de entendimento sobre o assunto uma história do pensamento, o autor busca expor a relação de dependência que há entre loucura e sociedade, em que o conceito de loucura está estritamente relacionado à maneira com que a sociedade a caracteriza e experimenta, se opondo à patologização e sobreposição do “saber” em relação à mesma. Essa nova forma de se estudar a loucura é utilizada por Foucault principalmente para analisar as tecnologias de exclusão que foram designadas aos considerados “loucos” por muito tempo e como as mudanças de sensibilidade da sociedade em relação à loucura podem alterar nesse quadro de exclusão.

Ao apresentar a retomada cronológica utilizada por Foucault, farei uma revisão das concepções sobre a loucura expostas pelo autor em suas diferentes épocas, para então compreender quais as críticas e controvérsias que foram surgindo a respeito do tema. Esta releitura permite compreender como foi possível chegar ao modelo de internação utilizado para lidar com os desvios e descontroles e o domínio exercido pelas concepções médicas na Idade Moderna. É importante ressaltar a problematização de Foucault em relação a uma noção progressista e contínua de história, em que “a experiência clássica, e através dela a experiência moderna da loucura, não pode ser considerada como uma figura total, que finalmente chegaria, por esse caminho, a sua verdade positiva; é uma figura fragmentária que se apresenta [...] como exaustiva” (Foucault, 1978, p.29). Ou seja, a concepção de loucura não seguiu um percurso linear ao longo da história, mas passou por diversos confrontos e embates, bem como ocultou diversos elementos para que fosse possível chegar à experiência moderna.

Durante a Idade Média, até meados do século XV, “o tema da morte imperava sozinho”. Com todas as pestes e guerras que a Europa estava enfrentando, o tema da loucura ocupava um “lugar modesto”, o qual não era motivo de assombro, mas existia

de forma que todos estavam sujeitos, de modo a aproximar os homens, principalmente nas proximidades da morte. Enquanto na Idade Média os temas literários, filosóficos e morais a respeito da loucura a enxergam apenas enquanto um dos vícios, fraquezas e dualidades da alma humana, como: “Fé e Idolatria, Esperança e Desespero, Loucura e Prudência, Paciência e Cólera, Suavidade e Dureza, Concórdia e Discórdia, Obediência e Rebelião, Perseverança e Inconstância” (Foucault, 1978, p.22), na Renascença ela passa a ocupar um lugar de destaque não de forma a se opor ao tema da morte, mas a denunciar, assim como a morte, o vazio da existência. No entanto, diferentemente da morte que atua de forma conclusiva, a loucura é sentida no interior, de forma constante.

Como uma das figuras imaginárias da Renascença, Foucault aponta a “Nau dos Loucos” como a mais simbólica no que diz respeito ao tema. Essa Nau seria no imaginário da época um barco no qual os considerados loucos eram embarcados em uma viagem simbólica só de ida. Dentre todas as Naus satíricas, a “Nau dos Loucos” foi uma das únicas que realmente existiu. As significações dessa Nau são diversas: não se restringindo apenas ao escorraçar dos loucos da cidade, ela representa um ritual de exílio no qual o louco não somente vai para longe, mas se torna “prisioneiro de sua própria partida”. Além do que, a água acrescenta valores a essa partida, pois além de levar embora, também purifica.

Essa “Nau dos Loucos” tomaria duas formas para Foucault, que são utilizadas para figurar o confronto entre as duas experiências de loucura que há na Renascença: a experiência cósmica e a experiência crítica. A experiência cósmica se constituiria como um fruto da inquietude da Renascença, onde está havendo um embaralhar na rede de significações espirituais e o insano se compõe como uma das formas de compreensão dessa multiplicidade de sentidos e relações. Dentre os mistérios inalcançáveis do mundo, a loucura se consistira em um deles e, simultaneamente, a única maneira de conhecer e enxergar as verdades das formas subterrâneas, nas quais são entendidas principalmente – a partir da visão trágica - por formas malignas, que demonstram que o fim do mundo está próximo. “a loucura tem, nesses elementos, uma força primitiva de revelação: revelação de que o onírico é real [...] que o brilho instantâneo da imagem deixa o mundo às voltas com figuras inquietantes que se eternizam em suas noites.” (Foucault, 1978, p. 27).

Já a experiência crítica, ao se opor à visão que ressalta a manifestação cósmica da loucura e os segredos em que a mesma pode decifrar, expõe a loucura como uma ciência desregrada, que não acrescenta nada à verdadeira razão, seria o lado obscuro da luz, um reflexo de tudo aquilo de pior que o homem pode ver sobre si mesmo. E quem eram esses que embarcavam na “Nau dos Loucos” a partir dessa concepção crítica? Segundo o poema de Brant mencionado por Foucault “são os avarosos, os delatores, os bêbados. São os que se entregam à desordem e à devassidão; os que interpretam mal as escrituras, os que praticam adultério [...] em suma, tudo o que o próprio homem pôde inventar de irregularidades da conduta”. (Foucault, 1978, p.25) A loucura desta forma não está vinculada a um pressagio sobre o “mal” da humanidade e a proximidade do fim dos tempos, mas sim a uma verdade criada pelo homem sobre tudo aquilo que ele quer se distinguir, chegando assim a um universo inteiramente moral, trazendo uma nova perspectiva de que o “Mal não é o castigo ou o fim dos tempos, mas apenas erro e defeito”. (Foucault, 1978, p.25).

De um lado haverá uma Nau dos Loucos cheia de rostos furiosos que aos poucos mergulha na noite do mundo, entre paisagens que falam da estranha alquimia dos saberes, das surdas ameaças da bestialidade e do fim dos tempos. Do outro lado, haverá uma Nau dos Loucos que constitui, para os prudentes, a Odisséia exemplar e didática dos defeitos humanos” (Foucault, 1978, p. 27).

É importante ressaltar que apesar da leitura que fiz buscando compreender as duas experiências de maneira separada, elas por muito tempo se entrelaçaram e fizeram diversas trocas, não havendo assim uma oposição tão nítida até determinado momento entre as duas. No entanto, com base na perspectiva de Foucault, essas experiências vão se separando cada vez mais no início do século XVI e, seguido o confronto entre a consciência crítica e a experiência trágica, a consciência crítica acaba por mascarar a experiência trágica e cósmica a partir de toda uma tradição humanista que se propagava neste século. A loucura a partir desta perspectiva entra nos confins da “des-razão”, a qual só existe em relação à razão, ou seja, uma mantém-se através da outra, de forma que a loucura só pode ser percebida enquanto forma de uma razão que define o que está contido em seu conceito, bem como o contrário também ocorre, razão existindo somente a partir do oposto do que é delimitado enquanto loucura.

Foucault expõe algumas das críticas destinadas a essa percepção que há na renascença de loucura enquanto escuridão, na qual estaria englobando todos os

defeitos/desvios do homem, já que a percepção humanista de elevação do homem em relação a Deus, em grande medida, ao invés de engrandecer o homem, o diminui. A soberania da razão, a exacerbação de uma “verdade”, acabou por romper com “uma realidade que tinha suas leis, sobre-humanas talvez, mas naturais” (Artaud, 1949, apud Foucault, 1978, p.30). Ou seja, ocultaram-se todas as redes de significações que davam um sentido espiritual e religioso à loucura, desconsiderando qualquer representação de saber em sua experiência. No entanto, essas descobertas que se enraizaram nas percepções sobre a loucura no século XVI, seguiram presentes na idade clássica, chegando à experiência moderna, e toda essa “ausência” e noite a qual ela estava submetida é que levou ao entendimento da mesma como doença mental.

E é no século XVII que a “nau dos loucos”, que percorria os oceanos “de aquém para além”, com seu destino incerto, será engaiolada, presa e segura entre pessoas. Ela é nesta medida substituída pelo hospital. A experiência clássica da loucura é ligada diretamente ao internamento nos hospitais, e, assim calou-se as vozes que a renascença havia acabado de liberar, porém, só movendo-se verticalmente por meio do pensamento racional, para mais distante da experiência trágica. Foucault, ao fazer uma retomada sobre a história do internamento, expõe como essa prática de exclusão se inicia com a fundação de hospitais leprosários na idade média, aos quais tinham como objetivo isolar os leprosos como forma de contenção da doença, porém, sem visar nenhum fim médico. Posteriormente, com a erradicação da lepra, estes hospitais destinados aos leprosos se tornam um espaço vazio, que terá como função seguinte o isolamento dos loucos.

O internamento e tudo o que ele representa é um importante foco de análise para se entender as transformações ocorridas na sociedade e a nova sensibilidade social para com questões sociais, políticas, religiosas, econômicas e morais na idade clássica.

O gesto que, ao traçar o espaço do internamento, conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova pátria, por mais coerente e ordenado que seja esse gesto, não é simples. Ele organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação”(Foucault, 1978, p.55).

É desta forma que Foucault (1978) expõe a internação como nada vinculada a propósitos médicos e de cura na idade clássica, no entanto, ela está relacionada a toda

uma ordem econômica – capitalista - que se formava na época, em que ao se atribuir mais poderes ao Estado - em relação à política de assistência à sociedade civil - e menos à Igreja, a pobreza e a ociosidade se tornam um mal, nos quais prejudicam o bom funcionamento do Estado. A loucura e a miséria passam a conviver lado-a-lado, bem como se vê necessária a segregação de todos os que se desviam da ordem social vigente e os que não estavam inseridos na tão importante ética do trabalho – segregação muitas vezes acompanhada de tortura, trabalho escravo e diversas outras atrocidades.

A condenação da ociosidade e a necessidade do combate à crise do desemprego se tornam pontos chave para se entender o asilo através do internamento em Foucault, no entanto, o autor ainda ressalta que apesar do fator econômico atuar de forma intensa na construção desta nova lógica, o fator moral também é de grande importância. Os Estados absolutistas do século XVII, a partir de uma abordagem moral, concebem os hospitais não como um mecanismo de condenação, mas de recuperação, já que a partir deste isolamento se tenta recuperar, enquadrar na sociedade os que se desviam do modelo de virtude levantado pela burguesia nas instituições monárquicas absolutas.

A abordagem clássica e o internamento enquanto mecanismo de controle social e exclusão daqueles que Foucault coloca como “a-sociais”, não tinha vínculo nenhum com a medicina até então, e não visava isolar somente a loucura, mas também a miséria, os bêbados e viciados, as prostitutas, a todos aqueles que excediam à ordem moral e econômica da época.

É importante discorrer sobre a distância que há entre internamento e medicina, ou qualquer preocupação com a cura da loucura na idade clássica, para desconstruir essa correlação que na idade moderna é constantemente colocada entre os dois. Só a partir do século XVIII que as práticas médicas passam a se voltar para a loucura como objeto de análise, de forma a se estabelecer essa relação médico-doente que se tornará fundamental dentro do mundo da loucura. A ciência médica ganha o poder de definição sobre o que pode ser considerado loucura e normalidade e dá forma a uma psiquiatria da observação que tem como objetivo a cura de doenças nervosas nos hospitais. Só a partir deste vínculo que passa a existir entre medicina e internamento, que se inicia a discussão e os embates em relação ao fato de a internação comportar não somente o enfermo, mas todas as outras categorias de desviantes sociais.

A partir de uma análise dessa história da loucura clássica de Foucault, não pretendo exclusivamente descrever a conjuntura da loucura em seus distintos contextos históricos e sociais, mas demonstrar que a história da loucura se constitui como uma batalha, uma história de luta e de vencedores provisórios. Além disso, as definições da loucura que vão entrando em embate estão estritamente relacionadas a seu contexto cultural e, são as mudanças do paradigma vigente em cada época, que acabam por definir os “vencedores”, pelo menos temporários, desses confrontos. Estes confrontos, enquanto preexistentes e característicos de transformações nas percepções sociais, demonstram importantes representações simbólicas de loucura sentidas no interior do contexto europeu que podem ser remontadas e repensadas em relação ao brasileiro.

Os embates em relação ao trato da loucura no Brasil - assim como este trabalho retrata ao longo de suas reflexões - não só foram como ainda são extensos. O campo da saúde mental no país se constitui enquanto conflituoso desde o início das instituições asilares. O percurso da saúde mental no Brasil, que se inicia com a “grande internação”, é apontado por Resente (1992) como uma “crônica de desencontros”, já que apesar de ter sido fundamentado em concepções médicas do consolidado modelo de internação europeu, o modelo brasileiro em muito se aproximou aos pilares de internação que ocorria na Europa do século XVII, de forma que, a loucura, em grande medida, se tornou delineada, tratada e isolada no país a partir de um viés de ordem e utilitarismo econômico e social. Após a internação surgem críticas a este modelo, que, a partir do confronto entre a defesa da instituição hospitalar e a luta antimanicomial, a luta antimanicomial se torna uma “vencedora” e inicia o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Ou, no caso, assim como Foucault (1978) intitula, “vencedora temporária”.

Justamente devido ao entendimento de que a loucura pode variar de sentido dependendo do contexto cultural em que está situada, que se é possível entender um dos pontos mais importantes colocados autor: a loucura não é exatamente biológica. A reforma psiquiátrica brasileira vem de forma a abordar a crítica feita por Foucault (1978) em relação à centralidade do domínio da ciência médica positivista, que, por debruçar-se sobre a loucura em estado “puro”, ou seja, isolada da sociedade, centra-se estritamente em sintomas biológicos e deixa em segundo plano um importante fator a ser considerado em relação ao ser humano: a esfera social.

CAPÍTULO 2. A experiência manicomial no Brasil: Barbacena, cidade dos loucos?

A loucura no Brasil, até o século XIX, pode ser aproximada à percepção de loucura da Europa durante a Idade Média expressa em Foucault: estava muito mais vinculada a uma questão de vícios e defeitos humanos, silenciosa e digna de solidariedade em meio à sociedade, sem se constituir assim em um problema social. “As famílias com melhores condições financeiras mantinham seus loucos em casa, às vezes cuidados por algum assistente. Os loucos pobres ficavam a vagar pelas cidades, e sua sobrevivência era garantida pela caridade pública” (Passos, 2009, p. 103). Para Resende (1992), este assunto não era foco de atenção devido ao fato de o Brasil até o século XIX ainda ser muito rural e, portanto, a população ser muito dispersa para a liberdade dos loucos incomodar, de alguma maneira, a ordem pública. Além disso, a expectativa de vida da população era baixa, o que de certa forma encobria o problema. Até meados do século XIX, a loucura era vista enquanto singularidade de alguns indivíduos, a qual não se julgava necessário intervir.

Resende (1992) ainda ressalta as diferenças que houve para que a loucura se transformasse, na concepção do autor, de “silenciosa à silenciada” no Brasil em relação à Europa. Enquanto na Europa, como ressalta Foucault, a loucura passa a se constituir em problema quando a ordem feudal se rompe e há a emergência do capitalismo, que vê na mesma um empecilho para o progresso,

No Brasil o doente mental faz sua aparição na cena das cidades, igualmente a um contexto de desordem e ameaça à paz social, mas diferentemente do que se observou na Europa, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, tradicionalmente pouco discriminativa para a diferença (Resende, 1992, p. 30).

O autor justifica essa aparição da loucura em meio a uma sociedade rural pré-capitalista, sem uma revolução industrial e um forte processo de urbanização eminente, devido principalmente às singularidades econômicas e sociais do Brasil colônia. Neste contexto, Resende (1992) aponta o trabalho escravo como um dos fatores condicionantes para uma aparição incômoda da loucura. Isso se justificaria principalmente em uma noção pejorativa de trabalho por parte dos homens livres – os que não faziam parte nem do grupo de proprietários de terra e nem dos escravos – e o fato de muitos deles acabarem por não se encaixar em nenhuma situação estável de

trabalho, devido à quase inexistência de um espaço disponível que já não estivesse sendo ocupado pelos escravos.

Essa categoria de desocupados permanentes acaba por multiplicar-se, principalmente após a abolição da escravatura, e se torna cada vez mais característica devido ao seu ócio, turbulência e crimes. “Socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda, indisfarçavelmente notória, e vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum da repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade” (Resende, 1992, p.35).

Desordem franca e ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico, estão aí as mesmas condições sociais que, alguns séculos antes, determinaram na Europa o que Foucault qualificou de “o grande enclausuramento”; as diferenças residem apenas nas causas estruturais, aqui e lá, e que não foram poucas. (Resende, 1992, p.35).

Para Passos (2009) é principalmente após a abolição da escravatura e a proclamação da república que a loucura passa a se constituir em um problema social no Brasil na segunda metade do século XIX / início do século XX e ser vista como necessária de intervenção por parte do Estado, da mesma forma com que Foucault já havia mencionado que ocorrera na Europa ainda no século XVII.

A autora ressalta inclusive a influência europeia no Brasil oitocentista para tal mudança de percepção em relação à loucura. Ao fim do segundo reinado, o louco passa a ser segregado, principalmente os que possuíam baixas condições sociais e econômicas; Com a tentativa de modernização e consolidação do Brasil como uma nação independente, se vê necessário uma higienização das cidades, bem como os loucos passam a ser vistos como “resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública” (Passos, 2009, p. 105). Por tanto, na segunda metade do século XIX, “aos loucos que apresentassem comportamentos agressivos, não mais se permitia continuar vagando pelas ruas; seu destino passa a ser os porões das Santas Casas de Misericórdia, onde permaneciam amarrados e vivendo sob péssimas condições [...]” (Passos, 2009, p. 104).

Seguindo a percepção da época, que já se manifestava em prol da criação de hospícios – principalmente a Sociedade de Medicina da Corte -, em consonância com as mudanças que estavam ocorrendo no Brasil devido à preocupação da consolidação do império a partir de sua independência, ao assumir o trono através da antecipação da

maioridade, D. Pedro II toma como primeira medida de seu governo, em 1841, a criação do primeiro hospício do país - batizado com o seu nome na cidade do Rio de Janeiro – o hospício é inaugurado em 1852. Inicia-se assim transformações importantes em relação ao tratamento dos loucos no Brasil, que vai se espalhando por todo o país.

Miranda-sá Jr. (2007) expõe o nascimento do hospício no Rio de Janeiro como já moderno, seguindo influências do modelo recém-instituído francês, que também se propagou pelos outros hospícios que foram surgindo no Brasil. No entanto, Resende (1992) intitula esse início da chamada assistência a alienados como uma “crônica de desencontros”, já que na prática, em muito se desviou do modelo proposto fundamentado em ideias de *expercts* europeus.

Apesar de Miranda-sá Jr (2007) referir-se ao nascimento dos hospícios brasileiros como já moderno, isso ocorreu no sentido do espaço físico sofisticado de diversos hospitais, principalmente o Dom Pedro II, e de sua fundamentação em concepções médicas provindas da Europa, a qual já havia iniciado o processo de internação e hospitalização da loucura aproximadamente dois séculos antes. No entanto, ainda nos primórdios dos hospitais psiquiátricos, já permeavam diversas críticas em relação à precariedade da chamada assistência aos alienados no Brasil devido à carência de médicos, às denúncias de maus tratos e a internação de pacientes incuráveis, o que fugia ao modelo importado da Europa na época de somente internar os “loucos curáveis”. Passos (2009) salienta a fundamentação ideológica da Liga Brasileira de Higiene Mental, a qual tinha por objetivo melhorar os serviços psiquiátricos no país, em “controlar, tratar e curar”.

A loucura é paulatinamente medicalizada e o tratamento psiquiátrico do louco, sustentado no seu isolamento da vida social, como principal fundamento. Os hospícios e as colônias agrícolas, destinadas aos loucos curáveis, através da práxis ou ergoterapia, foram surgindo e se multiplicando pelos principais centros urbanos do país como ícones de sua modernização. (Passos, 2009, p. 107).

Acompanhando a tendência que já estava havendo no Brasil, em Minas Gerais o primeiro hospital psiquiátrico é fundado na cidade de Barbacena, no ano de 1903, com o nome “Asilo Central de Barbacena”, no entanto, tem seu nome alterado em 1934 para “Hospital Colônia de Barbacena” (HCB), que é como a instituição se tornou conhecida. O hospital recebia os “doentes mentais” de diversas partes do país através do

popularmente chamado “trem de doido”, um trem que trazia para a cidade os novos internos do Hospital, advindos de todo Brasil. A cidade de Barbacena, no entanto, não se restringiu apenas ao Hospital Colônia em relação à assistência mental, outros hospitais psiquiátricos particulares foram abertos na cidade, fazendo com que a mesma se tornasse referência em tratamento mental devido ao alto número de instituições. O Hospital Colônia se tornou um dos maiores do Brasil e a fama de Barbacena enquanto “cidade dos loucos” correu o país, perdurando até os tempos atuais. (Baptista; Duarte, 2014).

A estrada de ferro [do trem de doido] também era conhecida como “nau-ferrovia dos loucos”, que parava em Barbacena na Estação Sanatório. A estação e o “trem de doido” podem assumir uma significação semelhante à da história narrada por Foucault (1993), em que, na Renascença, uma certa “nau dos loucos”, que levaria e desembocaria a figura do desatino em algum porto distante, donde ele jamais regressaria. Nesse caso a nau é o trem [...], que saía das cidades para o sanatório geralmente à noite, cruzando as cidades mineiras para chegar a Barbacena à noite ou durante a madrugada (Baptista; Duarte, 2014, p. 69).

Poucos anos após a fundação do Hospital Colônia de Barbacena (HCB), já se iniciam reclamações de maus tratos, superlotação e em relação às condições físicas da instituição por parte de seus trabalhadores. O hospital tornou-se depósito dos “doentes mentais crônicos”, em que outros hospitais psiquiátricos do estado, enviavam para o Colônia os chamados “loucos incuráveis”, os quais viviam ali até o fim de suas vidas - o que é um dos motivos pelo agravado quadro de superlotação. Além disso, a má administração do manicômio não permitia com que houvesse um controle das internações, do diagnóstico para que houvesse a internação e da identidade das pessoas ali internadas. Ou seja, a viagem para o Colônia era uma viagem só de ida, em que as pessoas ali, sem identidade, distantes de suas famílias, segregadas da sociedade, se tornavam de certa forma esquecidas.

O HCB, assim como outros hospitais psiquiátricos do país, em muito se aproximaram do utilitarismo social e econômico que Foucault (1978) aponta ter sido uma das bases para o início das internações na Europa. O utilitarismo dos manicômios brasileiros se daria através do asilo e tutela de pessoas “improdutivas” na sociedade, além de os mesmos acabarem por entrar em uma lógica de “mercantilização da loucura”, em que uma boa parte dos considerados loucos ia para clínicas privadas

(Ministério da Saúde, 2005). Estas clínicas recebiam verba federal proporcional ao número de internos, desta forma, visando um maior lucro, quanto mais internos e menos despesas com funcionários e estrutura, melhor.

O Hospital Colônia, apesar de ser uma instituição pública, também se tornou reconhecido por seu caráter mercantilista, em que utilizou desde a venda de cadáveres para faculdades de medicina até a recepção de um número de pessoas muito superior à sua capacidade, para arrecadar lucros. O mesmo também se tornou conhecido por seu caráter de utilitarismo social devido às controvérsias em relação ao diagnóstico das pessoas ali internadas e os motivos aos quais elas eram asiladas no local, já que muitas não apresentavam sintomas de neuroses.

1940 – Doentes mentais além de sífilíticos, tuberculosos, deficientes e marginalizados em geral contribuem para o inchaço da população de internos que chega a 3500 pessoas. A média anual de óbitos é de 700, a maioria por diarreia. (linha do tempo exposta no Museu da Loucura em Barbacena – MG).

As denúncias de maus tratos na instituição, muitas vezes abafadas pela forte política local de Barbacena e sua grande influência no cenário nacional, ganham notoriedade a partir da década de 1970, em que vários agentes passam a expor as atrocidades as quais os internos do Hospital Colônia estavam expostos. Dentre os agentes de destaque que se manifestaram na imprensa de forma a dar expressiva repercussão à desnaturalização do até então banalizado tratamento desumano do Hospital Colônia, estão Franco Basaglia - psiquiatra italiano que foi um dos responsáveis pela reforma na assistência à saúde mental na Itália, que em 1973 foi apontada como referência pela Organização Mundial de Saúde (OMS); o jornalista Hiram Firmino e o cineasta Helvécio Ratton, considerados impulsionadores do movimento pela Reforma Psiquiátrica no país.

Franco Basaglia, ao visitar o Brasil em julho de 1979 para conhecer os manicômios do país, é convidado pelo psiquiatra mineiro Antônio Soares Simone a conhecer os hospitais psiquiátricos de Minas Gerais, dentre eles o Hospital Colônia em Barbacena. Após a visita ao Colônia, Basaglia ficou tão estarrecido, que acionou a imprensa local para denunciar o que viu, chegando a comparar o hospital a um campo de concentração nazista. A entrevista rendeu repercussão mundial ao assunto da loucura

em Minas Gerais, chegando inclusive a despertar o interesse do jornal “New York Times” (Arbex, 2013).

Segundo Antônio Soares, Basaglia lhe disse que nunca havia presenciado tragédia como aquela. O psiquiatra mineiro após a exposição do modelo de psiquiatria feito no país teve seu diploma ameaçado de cassação pelo Conselho Regional de Medicina (CRM), o que explica em grande medida o silenciamento de outros profissionais do país, que eram ameaçados de demissão e da perda do diploma caso denunciassem o que viam (Arbex, 2013).

A Coordenadora de saúde mental de Barbacena, Flávia Denise Barbosa Vasques, aborda em entrevista a importância da visita de Basaglia à cidade de Barbacena e como esse psiquiatra influenciou diversos profissionais brasileiros - dentre eles importantes agentes políticos - em relação à saúde mental e as políticas públicas voltadas a essa área.

Basaglia começa a desconstruir o manicômio, ele veio ao Brasil, veio à Barbacena, e este fato foi um divisor de águas. A vinda dele à Barbacena também foi, porque em seguida tivemos a denúncia do “Em nome da razão”. Isso tudo foi consequência. Então para chegar na lei 10216 foi uma luta. Desde Basaglia dizendo sobre isso para algumas pessoas que ele encontrou na época, inclusive aos nossos coordenadores nacionais que já passaram. Essas pessoas estiveram na Itália e estiveram com Basaglia e trouxeram ele [as idéias dele] para cá. E aí quando ele [Basaglia] chega aqui [no Hospital Colônia], ele compara a um campo de concentração nazista. Depois que ele percorre o espaço, ele compara a um campo de concentração nazista. (Flávia Denise Vasques, entrevista dia 23/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

O jornalista Hiram Firmino, se tornou um dos porta-vozes dos internos em Barbacena ao escrever uma série de reportagens no jornal “Estado de Minas” com o nome “Os Porões da Loucura”, mais ao final do ano de 1979, em que o jornalista foi um dos primeiros a conseguir ultrapassar os muros do Hospital Colônia e expor a realidade do local, tecer críticas à psiquiatria do país e causar ainda mais fervor no incipiente movimento de reforma psiquiátrica que vinha ganhando forma no Brasil, principalmente após a visita de Franco Basaglia.

Hiram Firmino escreveu reportagens com títulos como: “Barbacena, a face política da loucura”, “A véspera do inferno”, “Conhecendo o inferno de pessoas vivas”,

“Humanização: tudo pronto para o III Congresso de Psiquiatria” e “AMSM diz que governo tem apoio do povo na luta em favor dos loucos”, que renderam grande comoção popular em relação à situação dos pacientes de Barbacena.

Formas de tratamento? Na verdade há aí muita força de expressão. Ao ser levado para o manicômio de Barbacena, por exemplo, o paciente já não podia contar com nenhuma possibilidade de recuperação. Estava completamente perdido e o mais que se podia esperar é que se agravasse o seu estado e se aproximasse mais da morte, mediante a práticas que correspondiam até a aplicação da eutanásia. Não houve, portanto, exagero em se qualificar o manicômio como porão da loucura (Firmino, 1979, reportagem “Drama dos hospícios”, jornal Estado de Minas).

Em 1979 o documentário “Em nome da Razão” dirigido pelo cineasta Helvécio Ratton se torna um dos marcos na luta antimanicomial por adentrar os muros do Hospital Colônia e trazer uma reflexão acerca de como a sociedade lida com a loucura. Este documentário foi um dos materiais que me ajudou na decisão de trabalhar este tema, pois trás cenas extremamente marcantes, os sons são todos exclusivamente os do hospital – o que nos faz adentrar mais ainda naquele universo e senti-lo de forma profunda -, além de abordar uma reflexão que vai além da denúncia das condições do hospital e dos profissionais envolvidos, mas que abrange também a instituição psiquiátrica e a sociedade como um todo.

A exclusão da considerada loucura em relação à “razão” por trás de muros, a degradação provinda da segregação, o ócio que permeia na instituição, as técnicas medicas utilizadas que não tinha em nada como objetivo a cura ou a recuperação, mas somente o controle, são críticas importantes trazidas pelo documentário.

Aqui o tempo é percebido apenas em função das necessidades biológicas. Há uma hora para comer, há uma hora para dormir, mas não há uma hora de fazer, nem de acontecer. O ócio é absoluto. O homem perde a qualidade que o retira da natureza e o transfere para a cultura: o trabalho.

Aqui dentro a loucura, lá fora a razão. Escondidos entre os muros, longe dos olhares, os chamados loucos são degradados física e moralmente. O único caminho que resta, é esperar a morte.

Neste hospital, que é uma instituição fechada, não há qualquer possibilidade de manter uma área para o “eu”, uma área de privacidade, de auto isolamento. O eu é violado e devastado a

todo momento. (Helvécio Ratton, Documentário “Em nome da razão”, 1979).

Os manicômios representam assim o mais alto grau do domínio excessivo da razão em nossa sociedade, razão esta que ao impor um modelo moral e comportamental considerado o ideal, visou excluir e até mesmo esconder todos os que excediam a este modelo. O Hospital Colônia como uma personificação deste paradigma racional, não existia de forma a propor uma assistência em relação à saúde mental, mas tinha como principal função isolar e controlar seus internos, que muitas vezes estavam ali somente por terem infligido pressupostos morais da sociedade.

O Hospital Colônia de Barbacena pode se enquadrar à categoria de “instituição total”² de Goffman (1974), em que o autor caracteriza enquanto locais onde não há os elementos básicos da sociedade moderna, em que são permitidas atividades separadas, em locais diferentes, com diferentes participantes e distintas autoridades, sem um planejamento geral pensado racionalmente. O tratamento da loucura no Brasil permaneceu, por muitos anos, vinculado à segregação, à repressão e a técnicas de controle agressivas e medicamentosas, de forma a submeter praticamente todos os aspectos da vida do indivíduo a regras e normas, sem propiciar nenhum espaço para o “eu” ou a subjetividade.

Atualmente, as instalações onde eram do Hospital Colônia em Barbacena se tornaram o Museu da Loucura, em que acomoda documentos históricos do manicômio; acervos de jornais que retratam a realidade do hospital e a luta antimanicomial; itens utilizados no hospital como painéis e uniformes; bem como trás uma representação do tratamento em que seus internos eram submetidos. O Museu reflete tratamentos como grades de contenção, máquinas de eletroconvulsoterapia e uma sala que demonstra através de imagens e a exposição de instrumentos, como era feita a lobotomia, na qual foi, para mim, a mais chocante de todo o museu. No “anexo B” deste trabalho (pág. 67),

² Possuem as seguintes características: “Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.” (Goffman, 1974, p. 17).

há a presença de algumas fotos do Museu da Loucura, dentre as fotos, imagens e frases que representam elementos materiais e simbólicos da vida no HCB, como: uniformes, máquinas de eletrochoque e painéis. Além de haver a representação de aspectos vinculados à luta antimanicomial e esta mudança de significado da loucura para os novos paradigmas psiquiátricos.

Todo o ambiente retrata o capítulo de uma triste história do Brasil e da cidade de Barbacena, que hoje aborda recorrentemente essa memória manicomial e a mantém viva como forma de demonstrar as transformações em relação ao trato da loucura na cidade e a importância de não deixar que essa história seja esquecida, para que justamente não se repita. Para além do museu, a cidade também passou a contar com o Festival da Loucura desde 2006 como forma de ressignificação da loucura e do estigma presente sobre a mesma. O festival trás shows, atividades socioculturais, artísticas e científicas em que, através de expressões artísticas, busca resgatar e problematizar o modelo manicomial e ressaltar a necessidade de uma mudança de lugar social da loucura. (Botti; Torrêzio, 2014)

CAPÍTULO 3. Reforma psiquiátrica: desafios e conquistas

A sessão anterior, ao abordar o contexto manicomial em Barbacena, também expõe importantes agentes impulsionadores da Reforma Psiquiátrica no Brasil, no sentido de compreender, a partir dos vieses expostos por estes agentes, como o Hospital Colônia foi representado na mídia e a importância deste hospital para o movimento de reforma psiquiátrica que estava surgindo no país.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se principalmente a partir do final da década de 1970, início da década de 1980 e se constituiu através de diversos atores, dentre eles é necessário destacar o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)³, em que “é o ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras” (Amarante, 2007, p. 108), a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a associação de familiares de pessoas em sofrimento mental (Ministério da saúde, 2005).

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental surge no ano de 1978 e tem como objetivo reivindicar em prol das condições de trabalho e das condições dos pacientes em hospitais psiquiátricos no país. Ao tornar-se o principal ator político a pensar criticamente o saber psiquiátrico e uma reformulação do modelo assistencial, o MTSM tece críticas que vão desde as esferas trabalhistas até as humanitárias, colocando em evidência principalmente as condições trabalhistas⁴ nas instituições, fraudes na administração das verbas direcionadas a esse tipo de tratamento e os vários casos de maus tratos e abandono em instituições asilares (Amarante, 2010).

O campo em que atua a proposta de uma Reforma Psiquiátrica é um campo complexo, pois abrange diversos setores da sociedade – como: indústrias farmacêuticas, universidades, políticas públicas, profissionais da área da saúde, dentre outros - e se constitui principalmente em forma de luta, a qual propõe alterações não só em esferas sociais, mas políticas, econômicas e ideológicas. Segundo (Baptista (Org.), 2014) a Reforma Psiquiátrica foi marcada para além de conflitos, por resistência, já que houve

³ MTSM é um movimento não-institucional que não é composto de forma homogênea e unitária, ou seja, é formado por diversas vertentes e núcleos como regional, estadual e nacional e reúne trabalhadores e setores mais amplos da sociedade.

⁴ A situação trabalhista foi a pauta inicial do movimento, reivindicando por melhorias salariais, redução no turno de trabalho e tecendo críticas em relação às condições de assistência à população e em favor da humanização dos serviços.

um grande medo por parte de uma parcela de profissionais da saúde mental em relação à perda de empregos que provém de uma desinstitucionalização.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Ministério da Saúde, 2005, p.6).

Dado à importância de se entender a reforma psiquiátrica a partir de um viés que envolve todo o contexto político e social em que está inserida, é necessário destacar o contexto político em que se intensificaram os movimentos a favor da reforma, que foi logo após a ditadura militar, na época que estava havendo a redemocratização do país e, portanto, houve uma maior abertura para que os movimentos se fortalecessem e a imprensa se manifestasse sobre o assunto.

Além disso, neste período da década de 1980, em relação às políticas na área da saúde mental, as iniciativas oficiais buscavam “humanizar” e “racionalizar” os hospitais psiquiátricos, de forma a melhorar a qualidade de vida nos manicômios e investir em ambulatorios como dispositivo alternativo às internações. “Essas medidas não melhoraram o atendimento de forma substantiva, nem afetaram a hegemonia do modelo hospitalar” (Pereira, 2008, p. 26). O movimento de reforma psiquiátrica segue um caminho contrário ao destas políticas de humanização dos hospitais, em que, ao invés de uma melhora no atendimento nestas instituições, reivindica por uma extinção das mesmas.

O movimento de reforma psiquiátrica é contemporâneo ao movimento sanitariano⁵ no Brasil, no entanto, inspirado na tradição Basagliana⁶, o movimento de reforma psiquiátrica segue o importante caminho da luta antimanicomial, que já havia se iniciado na Itália com Basaglia, e passa a se tornar protagonista nas discussões de saúde mental no Brasil. O MTSM, a partir do II Congresso Nacional do MTSM (Bauru-

⁵ Movimento em que lutava por um sistema de saúde democrático, em que a saúde deveria ser reconhecida pelo governo como um direito único e universal a ser garantida pelo Estado. O movimento resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. (Lobato, 2000).

⁶ Tradição que se inicia com o psiquiatra italiano Franco Basaglia (já citado anteriormente neste trabalho devido à repercussão de sua visita ao Brasil) em que critica severamente o manicômio e aborda a necessidade de se tratar as pessoas em sua subjetividade e não somente a doença, o que implica na necessidade de mudança de toda a lógica de serviços e de se pensar em formas de tratar a saúde mental que sejam acolhedoras e permitam com que o paciente tenha uma inserção na vida social.

SP), em 1987, passa a utilizar oficialmente o lema “Por uma sociedade sem manicômio” e o dia 18 de maio é declarado oficialmente como o dia da luta antimanicomial (Ministério da Saúde, 2005).

Foi muito importante a maneira com a qual Basaglia encaminhou suas *démarches* para a ruptura com o quadro asilar.... A questão estaria exatamente em se ficar neste sistema normativo e em se acreditar que o problema se restringiria a uma nova tecnologia da cura. ... Com efeito não cabe apenas pensar a relação com a loucura em termos de cura, pois isso seria continuar no mesmo campo ideológico que a identificou com a doença mental, mas procurar transformar a relação da sociedade ocidental com a loucura, que está cristalizada no asilo e na exclusão social, já que constituem elementos fundamentais de controle da marginalidade social e de suas implicações políticas. Aqui, portanto, o conceito de doença mental está claramente em questão, o que não estava anteriormente. Cabe, inclusive, desinstitucionalizar a doença mental para apreendê-la de uma outra forma, e conferir a ela um outro destino social” (Birman, 1982 apud Amarante, 1994, p. 63).

No mesmo período, no ano de 1987 ocorreu o surgimento do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, na cidade de São Paulo, bem como em Santos – SP, em 1989, foram criados o primeiro NAPS⁷ (Núcleo de Atendimento Psicossocial) e as primeiras residências terapêuticas (Melo, 2012). A experiência de Santos foi extremamente importante, pois demonstrou que é possível serviços substitutivos ao manicômio no Brasil, difundindo ainda mais os princípios da Reforma Psiquiátrica.

O Brasil, em particular, orientou sua reforma psiquiátrica inspirando-se na experiência italiana, de reversão dos hospitais psiquiátricos por dispositivos inseridos e articulados socialmente, com o intuito de alcançar a reinserção socioeconômica-cultural das pessoas em sofrimento mental e de re-estruturar as práticas de cuidados despendidas a essas (Silveira; Santos Junior, 2011, p.41).

Também em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT – MG) propõe o projeto de lei nº 3659/87 que visava a “regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (Ministério da saúde, 2005,

⁷ Serviço que funciona 24 horas todos os dias, com a intenção de acolhimento de pessoas em sofrimento mental, especificamente em momentos de crise.

p. 7) através do redirecionamento das verbas públicas para a criação de dispositivos não manicomial e do parecer do judiciário para que se legitimassem as internações involuntárias. A aprovação da chamada “lei antimanicomial” só ocorreu no dia 6 de abril de 2001, após sofrer alterações (lei 10216/2001)⁸.

Apesar da demora, o terreno para a sua implementação já vinha sendo preparado com inúmeras mudanças na assistência psiquiátrica, sendo que a mais importante delas ocorreu um ano antes [da aprovação da lei], com a Portaria Federal nº 106 instituindo os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Esse projeto foi criado para que houvesse condições de vida e moradia para os pacientes egressos das clínicas. As “residências terapêuticas”, como passaram a ser chamados os SRTs, procuram responder a um problema básico na desinstitucionalização do paciente psiquiátrico (Pereira, 2008, p. 27).

As residências terapêuticas (RTs) são criadas com o objetivo de realocar os pacientes que estão em processo de desinstitucionalização em que, muitas vezes rejeitados pelas famílias ou sem vínculos com parentes devido aos muitos anos de internação, não teriam para onde ir caso não houvesse este programa de acolhimento. A reforma psiquiátrica é um grande desafio, pois necessita a articulação de diversas unidades estratégicas para que haja um amparo dessas pessoas, que por muito tempo só conheceram e vivenciaram a realidade do manicômio.

Desta forma, o programa “De Volta Para Casa”, lançado em 2003 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de amparo social e auxílio-reabilitação psicossocial às pessoas que passam a viver nas RTs, necessita de uma ampla rede de recursos assistenciais e de cuidados, que não se restringem somente ao campo da psiquiatria, mas que se relacionam com diversos outros como: psicologia, serviço social e artes.

Para Paulo Amarante (2007) a Reforma Psiquiátrica abrange quatro importantes dimensões: teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico-política, socio-cultural, todas de grande peso para a compreensão deste complexo processo. A dimensão teórico-conceitual está relacionada a uma nova forma de se entender a loucura no campo das ciências sociais, que resulta em uma mudança de paradigma em relação ao saber psiquiátrico e o entendimento da saúde mental, em que se inicia a refletir saúde e doença enquanto um processo que também se relaciona com o meio social do sujeito. A

⁸ Lei 10.216/2001 na íntegra no “Anexo A” deste trabalho, página 56.

dimensão técnico assistencial está associada à dimensão teórico-conceitual, de forma que, ao haver a desconstrução dos paradigmas do modelo de psiquiatria vigente, se inicia a elaboração de novos dispositivos que sejam substitutivos aos manicômios, como os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros. A dimensão jurídico-política está relacionada à atuação de sujeitos políticos e as mudanças na legislação para que novos projetos na área da assistência à saúde mental sejam implantados e a dimensão socio-cultural refere-se a “construção de um novo lugar social para a loucura e para o sujeito louco, por meio do imaginário social e de sua relação com a sociedade” (Melo, 2012, p. 85).

Considero importante ressaltar preceitos da dimensão teórico-conceitual da antropologia da saúde que corroboraram com os paradigmas da reforma psiquiátrica e salientam a importância de se pensar no quesito saúde mental, para além do corpo biológico, mas trazendo à tona o corpo social. Ou seja, o sofrimento mental não está relacionado somente ao biológico, mas também ao contexto em que ele se manifesta.

Para Cardoso (2002), na intenção de se obter um tratamento eficaz, é necessário considerar não apenas os sintomas clínicos do paciente, mas as manifestações decorrentes de outras experiências humanas, nas quais não está envolvido somente o indivíduo em si, mas toda a ordem social em que ele se insere e o contexto cultural em que está submerso. Tratamento este que se diverge ao tratamento nos manicômios, já que nestas instituições, a subjetividade do indivíduo era desconsiderada e eliminada, todos viviam sobre as mesmas normas e as técnicas utilizadas eram centradas no corpo e no conhecimento biológico.

Cardoso (2002) ainda problematiza essas práticas médicas tradicionais a partir da dificuldade de se obter um diagnóstico no campo da saúde mental, em que vários profissionais da área da psiquiatria divergem de opiniões em relação ao diagnóstico de um mesmo paciente e, por isso, nasce a necessidade do conhecimento antropológico interagir com o campo do conhecimento médico de maneira complementar, para que os aspectos culturais e sociais do indivíduo sejam compreendidos no diagnóstico e tratamento.

Já Langdon (1996), ao tratar da doença enquanto processo e experiência, considera a doença como um sistema cultural. Ou seja, a cultura médica é compartilhada pelas pessoas de um grupo social e se estabelece como uma construção simbólica na qual orienta as ações das pessoas do grupo. A partir desta perspectiva, a

doença é vista como uma construção sociocultural que também detém certa subjetividade e experiência particular.

A doença como processo é uma categoria que envolve uma sequência de eventos, em que estes eventos são impulsionados por dois objetivos: “(1) de entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, e (2) se possível, aliviar o sofrimento”, desta forma, “para entender a percepção e o significado [da doença] é necessário acompanhar todo o episódio da doença: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos atores envolvidos em cada passo da seqüência de eventos” (Langdon, 1996, p. 9). Já a doença como experiência se apresenta “não mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empíricos, mas é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura” (Landgon, 1996, p. 9). Dessa maneira, o corpo é visto como um portador de sintomas que não estão separados da experiência social na qual vive o indivíduo, já que as sensações e experiências corporais são subjetivas e se manifestam em conjunto com o mundo natural, social e cosmológico.

As residências terapêuticas, como um dos mais importantes dispositivos substitutivos ao manicômio, trazem à tona a necessidade de se pensar a desinstitucionalização a partir do viés de que os ex-internos possam estar e pertencer a algum lugar. Nestas residências há a atuação do projeto terapêutico individual, que tem como objetivo abordar a subjetividade do indivíduo através de um cuidado específico a cada caso, visando também a ressocialização e o resgate da cidadania. Desta forma, o cuidado individual não segue o viés normativo dos manicômios, mas visa justamente abordar a doença enquanto processo e experiência, a partir de um tratamento que compreende a subjetividade e o ambiente social e cultural ao qual o paciente está inserido.

A cidade de Barbacena, com um longo histórico de instituições apoiadas no modelo manicomial, a partir das conquistas obtidas pela reforma psiquiátrica, se tornou referência nacional em relação a esta mudança de lógica dos serviços em saúde mental e construção de redes serviços e estratégias substitutivas ao manicômio. Atualmente a cidade conta com 29 Residências Terapêuticas (Dado da coordenação de Saúde Mental de Barbacena, 2018), que se articulam com diversos serviços e profissionais de diferentes áreas, visando o atendimento e o bem-estar destes moradores.

Leandra Vilhena, coordenadora das RTs em Barbacena, acentua (informação verbal)⁹ que a mudança de cuidados em saúde mental não é uma simples reformulação de serviços, mas uma reforma cultural. Desta forma, pensar em mudanças neste campo tão complexo, requer também uma mudança de paradigma por parte da sociedade para que haja a compreensão de que não se pode decidir o que é melhor para o outro e não é possível controlar o outro.

⁹ Palestra realizada na UEMG (cede Barbacena), “Memória de doido!? História de gente!!”, 15/05/2018, Barbacena, MG.

CAPÍTULO 4. Os discursos em torno das Residências Terapêuticas em Barbacena na contemporaneidade

4.1 História oral e entrevistas

A história oral se constitui do estudo dos conhecimentos transmitidos por meio da oralidade e, estes conhecimentos, permitem uma “aproximação e interpretação das culturas abordadas” (Lozano apud Ferreira; Amado, 2005). A oralidade tornou-se interessante para estudos científicos, principalmente em antropologia, a partir do pressuposto de que esta transmite novas formas de conhecimento e novas perspectivas para o entendimento de eventos históricos e sociais. Para (Lozano apud Ferreira; Amado, 2005) a história oral se constitui enquanto método devido à sua capacidade de consideração da subjetividade humana e de fornecer interpretações qualitativas de eventos históricos e sociais a partir do viés de atores sociais, centrando-se em seus pontos de vistas e suas versões.

Diria que [a história oral] é antes um espaço de contato e influência interdisciplinares; sociais, em escalas e níveis locais e regionais; com ênfase nos fenômenos e eventos que permitam, através da oralidade, oferecer interpretações *qualitativas* de processos histórico-sociais. [...] Dessa forma, a história oral, ao se interessar pela oralidade, procura destacar e centrar sua análise na *visão* e *versão* que dimanam do interior e do mais profundo da experiência dos atores sociais. (Ferreira; Amado, 2005, p.16).

Ao se pensar em um método que proponha analisar a oralidade, é necessário com que haja rigor e critério nos procedimentos de maneira a não somente englobar a problemática que se deseja estudar, mas fazer uma análise crítica dos depoimentos colhidos, bem como das fontes bibliográficas sobre o assunto. Portanto, a história oral entra numa forma de produção científica que fornece subsídios para a produção de conhecimentos históricos e científicos, não se constituindo assim, somente enquanto relatos de experiências de vidas de determinados sujeitos.

De forma a compreender os discursos que se tem em torno da loucura e da saúde mental em Barbacena na atualidade, tendo como foco as residências terapêuticas, este capítulo utiliza-se de história oral de agentes de diferentes setores da sociedade de

Barbacena que estão em contato direto com as RTs e as novas demandas provindas do processo de reforma psiquiátrica brasileira. A pesquisa de história oral em associação com a pesquisa bibliográfica é de grande importância para se entender uma transformação tão complexa na sociedade, que requer a participação de diversas camadas sociais. Para Alberti (2005) é importante obter-se primeiro de fontes materiais já existentes - como documentos, museus, obras escritas sobre o tema -, para então centrar-se na produção de entrevistas e na utilização destes recursos de maneira integrada.

Tendo em vista a articulação entre fontes materiais e orais, este trabalho recorreu a análise bibliográfica e documental, em interação com as informações coletadas no Museu da Loucura de Barbacena, filmes documentários que dizem respeito ao contexto manicomial, informações verbais fornecidas em palestras em homenagem ao dia da luta antimanicomial na cidade e as entrevistas. Todas as fontes materiais prévias foram de extrema importância para que eu pudesse me situar no universo em que me propus a estudar, entender as representações de loucura na sociedade e como se chegou ao modelo manicomial. O Museu da Loucura e os filmes documentários, com ênfase no filme “Em Nome da Razão”, não me limitaram em ver ou ler sobre o tema, mas sentir como era a vida no Hospital Colônia de Barbacena (HCB), para então estudar os embates e lutas provindas deste modelo e como se constitui as percepções em torno das residências terapêuticas atualmente.

A escolha dos entrevistados é um ponto de grande importância, já que os mesmos precisam compor o quadro geral da pesquisa e, portanto, é necessário considerar suas áreas de atuação e a proximidade com o tema estudado. Além da escolha dos entrevistados, é importante pensar também a ordem com que serão realizadas as entrevistas.

Essa escolha dependerá das estratégias fixadas pela equipe no início da pesquisa [...] Ela pode recair sobre figuras de atuação destacada em relação ao tema, julgadas mais representativas e cujos depoimentos pareçam essenciais para a realização das demais entrevistas [...]. É possível ainda que a escolha dos primeiros entrevistados recaia sobre atores e/ou testemunhas menos estratégicos, à medida que seus depoimentos possam fornecer subsídios para a elaboração dos roteiros das entrevistas de maior peso (Alberti, 2005, p. 167).

A estratégia na escolha e na ordem dos entrevistados, para Alberti (2005), pode centrar-se primeiro sobre os agentes de destaque em relação ao assunto, para posteriormente haver a entrevista de pessoas mais “anônimas” - não são de grande proeminência em relação ao tema - e vice versa. Este trabalho seguiu a tática de primeiro centrar-se nas entrevistas das “vozes ocultas”, ou seja, pessoas que não costumam trabalhar ou falar no tema em questão, no entanto, convive com ele na vida cotidiana, para posteriormente haver a entrevista de pessoas que trabalham na área e, desta forma, possuem um maior domínio em relação ao tema da saúde mental.

A pesquisa de história oral neste trabalho foi realizada por meio da entrevista de cinco pessoas, em que a escolha dos entrevistados se deu a partir do critério de que todos possuíam algum vínculo com as Residências Terapêuticas, priorizando que este vínculo fosse em diferentes âmbitos da vida dos moradores de RTs para possibilitar a compreensão dos diferentes discursos em relação à esta nova forma de interação da loucura na sociedade. As entrevistas foram realizadas então com vizinhos de RTs, cuidadores e a coordenadora de saúde mental em Barbacena, todas gravadas por meio do gravador, com roteiro semi-estruturado e posteriormente transcritas.

As primeiras entrevistas foram com vizinhos de residência terapêutica e, desta maneira, estão em convivência diária com os usuários deste serviço. A primeira entrevista foi realizada com DMO, vizinha de uma RT de 38 anos, tem formação em direito e vive na casa em frente a uma Residência Terapêutica, estabelecendo um contato casual com os vizinhos que moram na RT, sem uma relação grande de proximidade. O segundo entrevistado, CSM, 46 anos, é dono de uma mercearia em frente a uma RT e estabelece contato diário com os moradores, bem como tem uma relação de amizade com os mesmo.

Posteriormente, entrevistei dois cuidadores de RTs. Os cuidadores são quem supervisionam as casas e seus moradores, e são como uma espécie de “iniciadores”, já que são eles que passam a conduzir e apresentar aos moradores esta nova forma de morada e contato em sociedade (Pereira, 2008). Dentre os cuidadores entrevistados, um deles, SAS, 58 anos, atua a um curto período de tempo em RTs, aproximadamente seis meses e possui formação em técnico em enfermagem. A outra cuidadora foi ACR, 41 anos, atuou como cuidadora por aproximadamente três anos em RTs e está desempregada há um ano.

Pereira (2008), ao fazer um estudo acerca do trabalho dos cuidadores em Barbacena, acentua como esses profissionais foram secundários em trabalhos anteriores sobre residências terapêuticas, sendo apontados de forma subalterna, apenas como um executor do projeto. No entanto, são estes que participam da rotina das residências, que ajudam no desenvolvimento de novas capacidades e estão presentes atuando de forma central em uma mudança de vida e de hábitos.

Por último entrevistei Flávia Denise Barbosa Vasques, 52 anos, psicóloga e coordenadora de saúde mental do município de Barbacena, em que representa o discurso político em torno das RTs, as bases ideológicas na construção deste espaço, bem como a forma com que as mesmas estão representadas na esfera dos altos cargos de elaboradores de políticas públicas em saúde mental em Barbacena e no Brasil.

Tabela 1 - Identificação dos Entrevistados

Sigla / Nome	Idade	Relação com as RTs	Ocupação atual	Data
DMO	38 anos	Vizinha	Advogada	25/04/2014
CSM	46 anos	Vizinho	Comerciante	26/04/2018
SAS	58 anos	Cuidador	Téc. Enfermagem	16/05/2018
ACR	41 anos	Cuidadora	Desempregada	18/05/2018
Flávia Vasques	52 anos	Coord. Saúde Mental Barbacena	Coord. Saúde Mental Barbacena	23/05/2018

Os depoimentos desses diferentes agentes sociais em torno das RTs permitem identificar, em interação com a análise bibliográfica, as lutas simbólicas que há em relação à loucura e a saúde mental em Barbacena, a forma com que se refletiram estas mudanças nessa sociedade e quais são as perspectivas atuais em torno não só deste novo serviço de assistência, mas em torno do papel social em que se atribui à loucura.

As lutas simbólicas têm tanta importância quanto as lutas econômicas, políticas e culturais, pois elas demonstram a maneira pela qual um grupo impõe a sua concepção de mundo e, conseqüentemente, como as práticas decorrentes dessa luta exibem a posição de como é estar no mundo. (Baptista (Org.), 2014, p. 66).

As disputas em torno da assistência mental no Brasil existem em esferas políticas, econômicas, sociais e culturais desde o seu princípio - com a internação hospitalar e a estrutura em que estas instituições estavam submetidas. Este trabalho, ao

compreender as percepções em torno das RTs a partir dos relatos de história oral, abrange justamente as lutas simbólicas em torno deste modelo substitutivo ao manicômio. As lutas simbólicas se constituem enquanto a luta pelo reconhecimento de um novo paradigma de assistência e compreensão da loucura por parte da sociedade, em que, apesar de recentemente o movimento de luta-antimanicomial e a reforma psiquiátrica terem obtido conquistas com a aprovação da lei 10.216/2001¹⁰, ainda há um longo caminho para que estes se tornem vitoriosos também no imaginário da sociedade.

Após a aprovação da lei 10.216 e o redirecionamento que a mesma propôs ao modelo assistencial em saúde mental, houve a necessidade com que novos dispositivos de assistência às pessoas em sofrimento mental fossem criados. Neste contexto, a cidade de Barbacena se tornou referência no funcionamento destes novos recursos técnicos assistenciais.

4.2 A estrutura da Saúde Mental em Barbacena hoje

A cidade de Barbacena hoje conta com uma ampla rede de serviços substitutivos ao manicômio e se tornou referência no Brasil em relação ao funcionamento destes serviços, dentre eles, principalmente o de Residências Terapêuticas. Os atores responsáveis pelas políticas públicas em saúde mental na cidade e que coordenam os projetos, atualmente dão palestras em diversas outras cidades do país de forma a divulgar, orientar e refletir os moldes de funcionamento deste novo modelo de assistência à saúde mental.

A estrutura da saúde mental no Brasil, a partir da portaria 3088, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no território nacional, em que se constitui como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e abrange todos os serviços relacionados à saúde mental, priorizando uma assistência segura e humanizada, com uma rede de serviços plural e que contempla diversos graus de complexidade. A RAPS se constitui enquanto a rede que atua em todo o país, no entanto, os serviços oferecidos pela mesma se diferenciam em cada município. No “anexo D” deste trabalho (pág. 72) há uma tabela em que especifica os serviços que compõem a RAPS no Brasil e seus

¹⁰ Lei 10.216/2001 na íntegra em “Anexo A” deste trabalho, página 56.

pontos de atuação. Dentre estes componentes há a atuação das estratégias de atenção psicossocial, os serviços de urgência e emergência, os serviços hospitalares, os dispositivos de desinstitucionalização e de assistência às pessoas desinstitucionalizadas.

A RAPS em Barbacena é constituída atualmente pelos seguintes serviços: um CAPS 3, que é um centro de atenção psicossocial que funciona 24h por dia e atende aos usuários com transtornos mentais graves e persistentes em momentos de crise; um CAPS AD3, destinado ao atendimento de usuários abusivos de crack e outras drogas, também em momentos de crise; 10 leitos de saúde mental no hospital geral Santa Casa, em que há um atendimento especializado ao tratamento de pacientes que necessitam de cuidados por um período maior de tempo; 29 residências terapêuticas, distribuídas por diversos bairros da cidade, com mais de 220 moradores no total e um centro de convivência e cultura, que é um espaço onde os usuários destes serviços podem frequentar e são feitas oficinas de artesanato, costura, bem como outras atividades artísticas e culturais (dados da Coordenação de Saúde Mental de Barbacena, 2018).

As Residências Terapêuticas se constituem enquanto casas em que habitam aproximadamente de 7 a 11 moradores, todos ex-internos de hospitais psiquiátricos que as famílias não possuem condições de abrigar. As RTs possuem cuidadores que trabalham em turnos, em que cada casa possui um tempo determinado de trabalho dos cuidadores, dependendo da autonomia e do grau de complexidade dessas casas. Algumas casas há cuidadores 24h, outras somente no turno da noite, outras têm cuidadores durante o dia, algumas não possuem cuidadores. As RTs também contam com o acompanhamento de referências técnicas, que são técnicos que possuem ensino superior em psicologia e assistência social e, cada técnico é responsável por aproximadamente cinco casas. Os moradores atualmente recebem um auxílio financeiro do governo, que é utilizado por eles, com o auxílio do projeto, para custear seus gastos.

É importante ressaltar que o Serviço Residencial Terapêutico está inserido em um processo temporal, ou seja, talvez perdurará por um espaço de tempo definido e desaparecerá, já que se as políticas públicas permanecerem seguindo o curso da desospitalização, não haverão mais pessoas que foram ex-internas de hospitais psiquiátricos e necessitam desta moradia. No entanto, é um mecanismo extremamente importante na compreensão de uma mudança de lógica em relação aos serviços em saúde mental no Brasil, pois são elas que refletem a saída dos manicômios, o que se

surgiu de necessidades a partir disso e quais foram às consequências em relação a este novo trato para com a loucura.

4.3 A questão do Estigma

Resolvi iniciar este tópico sobre estigma, relatando uma experiência pessoal que tive em que, buscando entrevistados para esta pesquisa, entrei pela primeira vez em uma Residência Terapêutica. Eu estava na casa de um parente que vive nas redondezas de uma RT refletindo se ia ou não nessa mesma residência procurar pelo cuidador para tentar conseguir uma entrevista. Pois bem, levantei e fui até a casa tocar na porta para perguntar se o cuidador estava. Quando cheguei até a porta da casa, toquei a campainha, porém, a porta estava aberta e eu vi um homem parado na lateral da sala. Eu entrei e perguntei a ele onde estava o cuidador, ele falou pouco, porém, apontou para um outro quarto ao lado da sala e disse algo como: “ele está lá, mas é mudo”. Então entrei chamando pelo cuidador e fui até o quarto em que aquele homem estava me apontando. Quando cheguei lá, um dos moradores que é mudo e eu já conhecia de ver pelo bairro, estava gesticulando para mim e apontando para algo dentro do armário. Eu o ajudei e peguei o travesseiro que ele queria no armário. Perguntei pelo cuidador, dei uma olhada pela cozinha e fui embora avisando que mais tarde voltaria para tentar encontrá-lo.

Com este relato pode-se ter várias interpretações. Pessoalmente eu estava um pouco receosa de estar entrando na casa de pessoas que eu não conhecia muito bem e detinham de certa imprevisibilidade pra mim - o que também pode ser englobado no estigma da loucura - porém, lembrei a mim mesma que são pessoas como quaisquer outras e que, apesar de aparentarem e agirem de forma diferente, não quer dizer que representam perigo, aliás, eu sempre os via pela rua, já vivem ali há muitos anos. Por essa mesma questão é que entrei quando um deles falou para eu olhar no quarto, porque para mim era um vizinho me convidado para entrar em sua casa, em momento algum senti qualquer tipo de ameaça por parte deles, a ameaça estava talvez na minha mente.

Após essa visita, cheguei à casa de meu familiar e contei a história. Uma parente que não mantinha nenhum tipo de contato com Residências Terapêuticas ficou impressionadíssima com o que eu havia feito, acentuando o grande perigo que havia

naquelas ações por serem loucos; outra parente que vive nessa mesma vizinhança e já conhece os moradores há anos, disse que não havia problema, eram pessoas de bem.

A partir dessa experiência é possível perceber como a loucura é fortemente estigmatizada e, provém deste estigma uma noção de periculosidade em que, Flávia Vasques, coordenadora de saúde mental de Barbacena, aponta (informação verbal)¹¹ como extremamente presente. Para ela, as políticas em saúde mental na cidade têm como uma de suas muitas atribuições desconstruir o estigma da loucura como perigosa, bem como a coordenadora acredita que as residências terapêuticas já têm conseguido, através da convivência diária e de uma maior proximidade da sociedade em relação aos moradores de RTs, mudar isso. Essa mudança de perspectiva em relação à loucura entre pessoas que residem nas proximidades das RTs também é possível de perceber na minha experiência relatada acima e será discorrida mais adiante na análise das entrevistas realizadas com vizinhos.

O desvincular da loucura à periculosidade, é um trabalho árduo nosso. Nem todo doido é perigoso, não é? Desvincular isso da loucura, que é esse estigma pesadíssimo da periculosidade. Então a gente vem desconstruindo isso, quando a gente coloca as pessoas no território, as pessoas passam a ser vizinhos. Por exemplo, o grupo lá da casa da (sua parente), hoje são vizinhos lá de vocês. Então eles passam a ser vizinhos, passam a ser consumidores, passam a comprar as coisas na venda, eles começam a usar serviço de cabelereiro, de manicure, as mulheres de maneira geral, de faxina, eles contratam algumas pessoas para fazer faxina. Então assim, muda a posição do sujeito em relação ao mundo. (Flávia Denise Vasques, entrevista dia 23/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

Para Goffman (1891) o estigma pode ser delineado como um “atributo” considerado depreciativo por um grupo de pessoas, no entanto, o atributo estaria embutido mais em uma questão de relações do que características distintivas, já que o mesmo estigma pode ser considerado normal à um indivíduo e causar uma impressão desdenhosa em outra pessoa. No entanto, o estigma surge de forma a diferenciar pessoas que podem ser englobadas ou em uma categoria de incluídas, ou em uma situação de menos desejáveis; ou, em casos muito extremos, perigosas.

¹¹ (Flávia Denise Vasques, entrevista dia 23/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

Um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto. (Goffman, 1981, p. 7).

O estigma para o Goffman (1981) pode ser categorizado como desacreditado ou desacreditável. O desacreditado se refere à situação de que as outras pessoas têm o conhecimento prévio das características distintivas do estigmatizado, ou seja, antes de conhecer, já sabe de seu estigma. O desacreditável é em relação à condição de quando o estigma não é imediatamente conhecido ou perceptível. Pereira (2008) aponta como o estigma em relação à vizinhança de RTs, principalmente em relação aos moradores de mesma rua ou aos comerciantes do bairro - como é o caso dos vizinhos em que entrevistei - é desacreditado, ou seja, todos já sabem quem são os moradores de RT por associá-los à casa em que vivem, mesmo que os moradores sejam capazes de encobrir este estigma. No entanto, Pereira (2008) acentua que o surpreendeu a observação de as RTs não possuírem tanta visibilidade na vizinhança, essa visibilidade é mais acentuada exatamente na rua em que a mesma está situada.

Flávia Vasques ressalta como a coordenação do projeto residencial terapêutico lidou com essa questão do estigma nas RTs em Barbacena, em que inicialmente estes coordenadores pediam para divulgarem em igrejas do bairro, anunciavam na vizinhança que ia haver a inserção de uma residência terapêutica, quem era aquelas pessoas, no entanto, percebeu-se que essa divulgação acentuava ainda mais a questão do estigma e, portanto, assim como as outras pessoas não anunciam quando vão se mudar para algum bairro, também não era necessário tomar essa conduta, que se assemelha a uma conduta manicomial de distinção da loucura.

A gente até no início divulgava isso, na primeira, segunda, terceira residência. A gente ia na igreja do bairro, a gente ia na redondeza falar. Depois a gente entendeu que aquilo não era legal, que não era bacana, porque são pessoas comuns. Então quando eu vou mudar de casa eu não vou lá no padre falar: “Oh, eu estou mudando de casa”, ou “minha filha vai morar aqui”, ou “meu pai vai morar aqui”. Então a gente estava tendo a mesma conduta manicomial que existia antes, então a gente teve que desconstruir essa lógica e dizer: “Não, nós não vamos trabalhar assim. Nós vamos colocar as casas, inseri-las e depois vamos ver o que vai dar”. (Flávia Denise Vasques, entrevista dia

23/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

Apesar de o projeto que rege as RTs buscar com que o estigma não seja acentuado em relação aos moradores, ele ainda assim existe. Pode existir não sob o viés de periculosidade por parte de seus vizinhos, mas existe pelo fato de serem reconhecidos enquanto os “doidinhos” que vivem naquela casa. Ou seja, mesmo existindo uma boa convivência dos moradores de RT com a vizinhança ao entorno, essas diferenças que os enquadram enquanto pessoas que não são “normais” é que se sobrepõem sobre todas as outras características que eles possam ter.

4.4 As RTs em interação com a sociedade

As residências terapêuticas (RTs) marcam uma mudança brusca na vida de centenas de pessoas que vivenciaram a realidade dos manicômios brasileiros e, como este trabalho visa focar, os manicômios barbacenenses. A cidade de Barbacena conta atualmente com 29 residências terapêuticas nas quais recebem ex-internos de hospitais psiquiátricos, buscando uma reinserção dessas pessoas à sociedade (Coordenação de Saúde Mental de Barbacena, 2018). O Ministério da Saúde prevê com que as RTs, além de fornecerem o direito de moradia, ofereçam suporte na reabilitação psicossocial, de forma a prevalecer a individualidade e autonomia neste processo. (Ministério da Saúde, 2004).

A mudança do manicômio para uma Residência Terapêutica se trata, para além de uma mudança de morada, de uma transformação de vida e convívio com a sociedade, e envolve uma série de ressignificações, tanto por parte das pessoas que passam a viver nas RTs, quanto por parte da sociedade. Enquanto no passado, esses agentes que hoje são denominados “moradores” de RTs só conheceram – pois chegaram muito novos – ou por anos só vivenciaram a realidade de dentro do manicômio, uma realidade extremamente normativa de uma instituição total que isolava essas pessoas do convívio social e controlava cada aspecto de suas vidas, atualmente as mesmas foram realocadas para residências que têm a função não só de serem suas casas, mas de fornecer uma nova forma de tratamento que permita com que haja subjetividade e interação em sociedade.

Essa nova forma de uma vida em sociedade exige cuidados e instrução para que os “moradores” possam aprender a conviver e interagir socialmente, bem como adquirir hábitos que lhes permitam uma vida mais autônoma. A cuidadora entrevistada ACR aborda em seu depoimento como são estes cuidados no dia-a-dia:

A gente procura ir ensinando a eles como tomar banho, como se portarem à mesa, como escovar os dentes, pentear seus cabelos, guardar seus pertences. É um processo. Você vai falando todos os dias. [...] Eles levantam, a gente primeiramente olha o que querem. Porque eles têm liberdade, eles têm a casa como a casa deles. É deles, passou a ser deles para eles estarem se integrando na sociedade. Então assim, o cuidado é estar ensinando para eles assim: a casa é de vocês, vocês tomam banho a hora em que sentir vontade, porque eles não são obrigados a nada. A gente como cuidador não fala, levanta eles de madrugada, ou antes do café dizendo: “você é obrigado a tomar banho agora”, não, os que estiverem de xixi, ou as vezes fez cocô, a gente incentiva a ir. Às vezes tem uns que têm a necessidade de serem ajudados a tomar o banho e tudo, aí a gente ajuda e vai ensinando: “Oh, isso aqui é sabonete para você passar, isso aqui é shampoo, isso aqui é condicionador”. Porque tem que explicar. Aí você explica pra eles todos os dias até eles entenderem cada processo. Então o higiene com eles, o dia-a-dia deles é isso. É ir inserindo eles dessa forma, é ir ensinando eles como agir. (ACR, entrevista dia 18/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

Essas casas tentam manter o maior grau de autonomia possível do indivíduo, para que possa se constituir realmente enquanto um lar e não nos moldes de uma instituição. Desta forma, os moradores podem dormir e acordar na hora que quiserem, não há a necessidade de que todos comam juntos, as tarefas não são necessariamente realizadas em conjunto, ou seja, cada um pode fazer o que quiser separadamente, o que se diverge do que Goffman (1974) caracterizou como instituição total. Os moradores que já possuem um maior grau de autonomia saem sozinhos pela cidade, pegam ônibus; outros que já não possuem tanta autonomia saem somente pelo bairro. O cuidador SAS acentua que na casa em que trabalha é bem variado, há alguns que saem mais, outros ficam só pela rua e outros não gostam de sair. Ambos os cuidadores entrevistados expõem que as saídas são uma das atividades deste processo de ressocialização, em que o próprio projeto passa a incentivar.

Aí chega no fim de semana, os que gostam, os que têm condições físicas, a gente trás eles pros forros, pros bailes. Igual aqui no barbacenense, as meninas adoram vim dançar, aí elas se

arrumam, elas se enfeitam, elas enchem com as suas joias, com as suas pulseiras, porque elas gostam de ficar bem bonitas né. Outra coisa que eles têm e que é uma coisa que é fundamental, a gente ensinar eles assim, a gente marca cabelereiro, aí eles têm que sair de casa. Porque não existe esse negócio do cabelereiro ir lá, cabelereiro só vai lá, a manicure só vai lá se eles estiverem acamados, ou em cadeira de rodas. Que não dá para sair mesmo. (ACR, entrevista dia 18/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3)

Esse processo [de ressocialização] começa assim: quando eles chegam, eles têm uma dose elevada de medicamentos. À medida que eles vão ficando nas casas, eles vão passando pelos psicólogos e os médicos terapeutas, que vão diminuindo a quantidade de medicamento. Começa a sair com eles aos poucos, a ir na rua 15, a pegar um ônibus. Porque eles têm que levar uma vida como se fosse normal, quer dizer, um normal entre aspas né, porque é difícil também, às vezes tem sempre um que apronta alguma coisinha. Toda casa tem, não adianta falar que não tem, porque tem. Mas isso é normal, acontece isso mesmo. Mas então esse processo de levar eles na rua 15, de pegar um carro, de entrar numa van, coisas que eles nunca fizeram antes. (SAS, entrevista dia 16/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

No depoimento de SAS é possível notar que, apesar de as RTs terem como objetivo uma “vida normal” aos seus moradores, o cuidador não considera que isto seja possível. Em sua fala há o que já foi discutido anteriormente em relação ao estigma, a perspectiva de certa impossibilidade para que estas pessoas possam se enquadrar em um padrão de normalidade. No entanto, o que seria essa vida “normal”?

A cuidadora ACR aponta que se pode considerar a vida dos “moradores” como uma vida normal “entre aspas”, em relação aos moradores que detêm menos autonomia e exigem cuidados específicos, no entanto, muitos deles conseguem sair e realizar atividades sozinhos, o que poderia sim se caracterizar em uma vida normal, principalmente em comparação com a vida em que essas pessoas possuíam antes, quando institucionalizadas.

Normal entre aspas, porque assim, eles exigem um pouco de cautela, de cuidado, porque tem alguns que saem na rua sozinhos, sabem voltar para a residência sozinhos, eles saem, interagem e voltam. Tem outros que já têm um cuidado específico. Mas eu acho que em condições dos tempos antigos com agora, eles têm uma vida normal sim, uma vida bem agradável. Eles são umas pessoas normais, você olhando assim

são normais. Têm seus cuidadinhos, mas... (ACR, entrevista dia 18/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

Para DMO, uma das vizinhas entrevistadas, “eles se adaptaram à nova realidade do mundo que estão vivendo”, ela acentua como alguns dos moradores que residem em sua rua saem para passear pela vizinhança, participam de festas do bairro e interagem com os vizinhos.

Participam [das festas do bairro]. Muitos inclusive pegam o ônibus, ônibus aqui na rua, vão para o centro, voltam a pé, entendeu? Conseguem andar pela cidade. Não digo todos, tem uns que até não saem de casa, ficam lá dentro. E outros tipo o G. ou o S, que só saem na rua, mas não saem pela cidade. [...]
Outro que também sai muito fica aqui em frente com o C. [vizinho que não é morador de RT]. O C. fica aqui tocando pandeiro, ele fica tocando tambor junto. Isso todas as tardes, religiosamente. (DMO, entrevista dia 25/04/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

A entrevistada DMO também acentua acontecimentos da vida dos vizinhos, como uma forma de enfatizar que eles vivem uma vida alegre e fazem as coisas “como pessoas normais”. Ela conta casos que retratam isso:

[...] E de uma certa forma nada tristes, porque até muitas vezes é alegre. Por exemplo, já aconteceu aniversários de chamarem carro de som. Aí colocam carro de som tocando, eles saem pra rua, dançam, *como pessoas normais* também saem pra rua e dançam, não é porque eles estão na condição deles não. E são pessoas assim, muito amigáveis. Estão sempre com um sorriso, estão sempre te dando um tchau, estão sempre te cumprimentando. (DMO, entrevista dia 25/04/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

É possível perceber que nas duas entrevistas feitas a vizinhos de RT, ambos acentuam como os moradores são ótimos vizinhos de uma forma inclusive exaltada, sendo perceptível que criou-se um afeto entre vizinhos, - por sempre ver na rua e já fazer parte de suas vidas - e o exaltar dessa boa relação com os “moradores” se dá inclusive para que não haja mudanças que necessitem com que eles saiam dali.

O outro vizinho entrevistado, CSM, dono de uma mercearia em frente a uma RT, comenta que possui uma grande relação de proximidade com os “moradores”, em que um deles inclusive vigia seu comércio para ele quando ele precisa sair e lhe conta informações íntimas de sua vida ainda no manicômio. O entrevistado ressalta que em relação à vida nas RTs hoje, “eles estão no céu” e critica com indignação o tipo de tratamento que lhes era destinado no manicômio, justamente pelos casos que escutou do seu vizinho que vivenciou a esta realidade.

Eu estou de frente, sou um comércio de frente para uma casa terapêutica, então, a presença deles aqui é constante. Eles me compram, conversam, são pessoas *especiais, normais*. Eu tenho o meu segurança aqui, inclusive, o J. [morador da RT vizinha], é o meu segurança, a gente brinca... E realmente tomam conta mesmo, eles tomam conta do meu comércio. Se você tentar mexer numa porta aqui de noite, eles estão acordados tomando conta. [...]

Mas, assim, era um ambiente sofrido, ele conta da época que ele tomava choque, isso ele conta, chegou a tomar choque. Ele viveu na colônia, ele mostra do jeito que ele tremia, caía no chão, ele mostra o jeito que acontecia com ele... Hoje eles estão no céu, né! Quem tomava choque, hoje estão aí tomando café com vizinho né! Do jeito que eles eram tratados, e achavam que iam curar uma doença, era totalmente errado. Não é com choque, não é com paulada... O cara fica mais louco do que tudo! Mais louco do que entrou. (CSM, entrevista dia 26/04/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

Em ambos os relatos, tanto dos entrevistados que são vizinhos de RTs, como dos cuidadores, há a presença da comparação a um determinado padrão de normalidade. Em relação ao cuidador SAS, ele questiona a possibilidade de uma vida normal aos moradores de RTs, por eles “aprontarem alguma coisinha” de vez em quando; em relação à DMO, os moradores se comportam “como pessoas normais”, que vão à rua dançar não por “estarem em suas condições”, mas da mesma forma com que as “pessoas normais fariam” e CSM, enquadra os moradores enquanto “especiais, normais”, o que ressalta o caráter de diferença e ao mesmo tempo de normalidade nessas diferenças.

CSM também comenta que muitos dos consumidores de seu comércio que não conhecem os “moradores” ficam assustados com a abordagem com que algumas vezes lhes é direcionada, no entanto, isso não se constitui em problema nem para ele e nem para os seus clientes. Para CSM é através de um maior entendimento dessas pessoas, de quem elas são, que é possível se livrar de um preconceito, da mesma forma com que ele

diz que foi com ele, em que, inicialmente, quando soube que haveria uma RT naquela rua, ficou apreensivo, no entanto, depois que conheceu melhor, viu que são pessoas tranquilas.

Na época [que descobriu que teria um RT na rua] fiquei apreensivo, pois você não sabe quem vai vir, como são, o que eles vão fazer. Mas depois que veio, não houve problema algum, são super tranquilos, nunca tivemos problema com ninguém aí.
[...]

Tem muito [preconceito] de quem não conhece! Quem não participa junto, mas quem está participando, já vai tomando um entendimento de como eles são. É igual eu te expliquei, se um T. [um dos vizinhos morador de RT] chegar perto de você pedindo um cigarro, você sai correndo. Ele chega gritando, chega pedindo... Se você não souber, você assusta! Já teve clientes do meu comércio que se assustaram, mas a gente conversa, explica... Nunca teve nenhum cliente que não voltou mais por causa deles. Não deixam de vir por causa deles não. (CSM, entrevista dia 26/04/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

Este não foi o único vizinho que aponta uma preocupação inicial em relação às RTs. DMO também aborda que apesar de não ter tido problemas em saber que haveria uma RT na sua rua, inicialmente alguns vizinhos de seu bairro se demonstraram temerosos com a descoberta de que haveria uma RT por perto, porém, os “moradores” hoje convivem muito bem na vizinhança.

Eu sempre tive muito carinho, ficava procurando em FHEMIG, o próprio manicômio judiciário eu visitei lá, ajudava. E assim, deu no que eu sempre apostei. Porque o que eu percebia, é que as pessoas aqui estavam temerosas, morreram de medo, “ai aqui vai ser uma RT e gente doida” e eu já estava fazendo faculdade, já estava fazendo não, já tinha formado, então eu já tinha um conhecimento bem maior. Então aí o que acontece, eu já sabia de antemão que se bobear seriam os vizinhos mais tranquilos que a gente tem. E de fato, são os vizinhos mais tranquilos. São os vizinhos que nesses anos todos são os mais tranquilos, os que menos dão problemas com a gente. É super tranquilo conviver com eles. (DMO, entrevista dia 25/04/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

O depoimento da vizinha entrevistada DMO demonstra que a mesma já havia tido contato com os manicômios devido à sua formação em direito e que este contato também era dotado de uma grande solidariedade em relação aos internos, bem como DMO acentua que as RTs era o que ela “apostava” para o futuro daqueles internos e que

estes hoje não dão nenhum tipo de problemas para as pessoas em seu entorno. No entanto, a boa convivência com a vizinhança ocorreu com o tempo, já que no início havia um grande estranhamento por parte da sociedade, principalmente devido aos hábitos dos “moradores” que foram trazidos da FHEMIG (instituição responsável pelo Hospital Colônia de Barbacena).

No início as pessoas estranhavam muito por causa dos hábitos que eles trouxeram da FHEMIG. Porque o E. [um dos “moradores”], por exemplo, no início, ele chegava perto de mim, quer dizer, não só perto de mim, mas ele chegava na frente de todo mundo e pedia ou pratinha ou cigarro. Isso era uma prática comum na FHEMIG, eu via lá. Como também deitavam, por exemplo, saíam de manhã para pegar sol, deitava no meio do passeio. O que também era feito na FHEMIG. Porque a FHEMIG é tipo uma chácara, lá era tudo aberto e lá era tranquilo você deitar num passeio, você deitar nos jardins que tem lá. Só que aqui não, aqui era perigoso. Então eu via que eles tinham trazido esses hábitos que lógico, para eles lá no manicômio era normal. (DMO, entrevista dia 25/04/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

A cuidadora ACR aborda que quando os “moradores” chegam à Residência Terapêutica é necessário uma adaptação a um novo lugar, a novas formas de convívio. Desta forma, a ressocialização se dá de maneira gradual, com o auxílio diário dos cuidadores, que ensinam novos hábitos e aos poucos vão ajudando na readaptação. Há também o auxílio das referências técnicas, que analisam as necessidades e as particularidades de cada “morador”, não só em relação ao seu tratamento, mas à identificação com a residência e os outros moradores da casa.

Eles chegam às vezes do local que eles sempre viveram, e quando eles chegam na residência, eles ficam “meio assim”. Mas é quando eles vão se adaptando. Aí você vê a evolução deles através disso, como que eles mudam né. E assim, tem outro detalhe, vamos supor que chegou uma moradora nova hoje na residência, aí ela vai ficando e você vai observando ela, se ela está se alimentando direitinho, se ela está se adaptando naquela casa. Aí a gente vai observando. Aí igual eu te falei, tem as festinhas, as comemorações, a gente leva. A gente vê, porque às vezes ela interagiu melhor com a outra casa, com as pessoas da outra casa, aí a gente vai observando isso. Aí se ver que ela interagiu melhor com a outra casa, a gente faz o revezamento. O projeto em si faz esse revezamento, põe ela na casa que ela se

sente bem, que ela se sente melhor, porque aí o desempenho dela é melhor. (ACR, entrevista dia 18/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

O cuidador SAS demonstra que hoje a vizinhança já está se acostumando com as RTs e essas relações, com a proximidade, deixam de ter um sentido de rejeição e se tornam também de ajuda aos cuidados dos “moradores”. No entanto, essa aceitação não foi exatamente fácil devido ao preconceito que há em relação a essas pessoas.

Agora eu acho que a vizinhança já tá acostumando. Agora parece que algumas coisas estão se invertendo, tem hora que até a vizinhança ajuda, porque até os próprios vizinhos já reconhecem a casa, sabe o que é, já conhecem os moradores, sabe como é que eles são. Então às vezes vê um morador perdido, avisa na casa: "Oh, fulano tá em tal lugar, ciclano tá em tal lugar". Está acontecendo isso. Aí agora a própria vizinhança já está começando a aceitar. É difícil. (SAS, entrevista dia 16/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

A partir de todos esses depoimentos, que interpelam tanto a função do cuidador no processo de ressocialização, quanto a relação que passa-se a estabelecer entre os vizinhos e moradores de RTs, é possível sinalar a complexidade deste processo. Em relação aos “moradores”, a mudança da “cultura do manicômio”, para a “cultura da sociedade”, desta forma, a necessidade do amparo de toda uma equipe envolvida no projeto residencial terapêutico para considerar a subjetividade de cada um e, desta forma, buscar a qualidade de vida dessas pessoas em um novo contexto. Essa qualidade de vida envolve desde a medicação até a interação com outras pessoas, em que, assim como vários relatos expõem, a interação é colocada em primeiro plano e as saídas, as festas, as formas de diversão são um dos pontos centrais deste projeto.

A vizinhança, a princípio receosa, demonstra certa preocupação e estranhamento inicial em relação às RTs. A preocupação era principalmente a respeito da periculosidade e a imprevisibilidade das formas de comportamento destas pessoas, e o estranhamento aos hábitos que foram definidos como “hábitos trazidos do manicômio”. Todavia, com a convivência diária e a proximidade, mesmo que casual, desconstruiu-se essa perspectiva de isolamento da loucura, uma noção, recorrentemente trazida à tona neste trabalho, de que a loucura deve ser mantida na esfera da segregação. É importante ressaltar que essa é uma análise da história oral de dois vizinhos entrevistados, o que não é passível de generalização, ou seja, apesar de ser perceptível uma grande empatia

destes vizinhos em relação aos moradores de RTs, é improvável que todos pensem da mesma forma, justamente pela questão do estigma abordada anteriormente.

Para Flávia Vasques a sociedade de Barbacena no geral recebeu bem a mudança dessas pessoas para as RTs. Apesar de também ressaltar uma preocupação inicial da população como em todos os outros depoimentos, diz que o histórico da cidade, de possuir uma vizinhança ativa¹², também contribuiu para o entendimento desse novo lugar social da loucura. Para a coordenadora de saúde mental do município, os conflitos que às vezes há nas vizinhanças com relação aos moradores de RTs, são conflitos normais, que há entre quaisquer outros vizinhos e essa preocupação inicial da sociedade para com as residências pôde ser resolvida através do diálogo.

Olha num primeiro momento não foi fácil não. Apesar de eu entender que Barbacena acolheu muito bem, a gente tem esse histórico da vizinhança. Em um lugar ou outro a gente teve problema, mas assim, nada que não fosse resolvido com uma conversa sobre o quê que era, por que eles estavam ali, quem eram eles. [...]

Eu acho que hoje a cidade acolhe muito bem. A gente sempre tem algumas exceções, porque a gente sempre tem um vizinho chato. A gente tem um vizinho enjoado em qualquer situação, independente de ser ou não ex-interno de hospital psiquiátrico, sempre tem um vizinho chato na vida. Mas nada que trouxesse pra gente grandes transtornos sabe, pontualmente. Não é nada que trouxesse muito problema. (Flávia Denise Vasques, entrevista dia 23/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

A coordenadora ainda resalta o atributo à caridade com que uma parcela da população de Barbacena inicialmente conferiu às residências terapêuticas, muitas vezes vistas como asilos. “As pessoas faziam doação, as pessoas levavam comida, aí depois começaram a querer visitar e a gente cortou” (Flávia Denise Vasques, entrevista dia 23/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3 - 33 min). Para Flávia Vasques existe a necessidade de que essas residências sejam compreendidas enquanto casas normais em que vivem pessoas comuns e essa compreensão requer também com que a relação da sociedade para com estes moradores

¹² Vizinhanças vivas “são vizinhanças com uma intensa dinâmica social e cultural, onde podemos encontrar uma diversidade de tipos sociais e de relações locais [...] além de um suporte social diário” (Farias; Pinheiro, 2013, p. 28).

seja uma relação sem distinções. O desvincular das RTs ao caráter de instituição é um desafio não somente no campo da sociedade, mas também no espaço político que rege essas residências.

4.5 O desvincular de um discurso e uma lógica manicomial

A coordenadora de saúde mental em Barbacena ressalta que apesar de atualmente a cidade possuir uma “lógica clara” em relação ao funcionamento das residências terapêutica e ter se tornado referência em reabilitação psicossocial, isto não ocorre em todos os municípios do país e nem nas esferas políticas direcionadas à gestão da saúde pública no Brasil. Desta forma, a coordenadora exemplifica como a lógica manicomial ainda é muito presente na área das políticas públicas e precisa ser desconstruída diariamente para que haja o entendimento de que as RTs se constituem enquanto casas dessas pessoas e não enquanto “pequenos hospícios”. Flávia expõe como essas residências ainda são gerenciadas enquanto “pequenos hospícios” em vários municípios do país e como ainda é necessário lutar para que as políticas públicas não sigam a uma lógica manicomial na cidade de Barbacena.

Talvez o maior desafio hoje seja fazer com que essas casas... Porque aqui em Barbacena a gente tem a lógica muito clara, hoje nós somos referência nacional em reabilitação psicossocial, é reconhecido pelo ministério da saúde. O trabalho daqui é um trabalho diferenciado do resto do país. Eu já andei o país inteiro e é também por isso que eu ando o país inteiro, porque eu vou visitar algumas residências que não são residências, são pequenos hospícios. [...].

As nossas casas não têm prontuário, as nossas casas não têm medicação, a medicação é só a do uso do usuário, as nossas casas não têm nenhum aspecto de casa de unidade de saúde. Há pouco tempo o Estado, muito desavisadamente, o Estado de Minas provocou a secretária aqui com uma ordem da vigilância sanitária. Uma ordem de que a vigilância sanitária teria que fazer uma vistoria em todas as residências terapêuticas. A vigilância sanitária é a vigilância que faz o serviço de fiscalização de tudo. De restaurantes, de hospitais, de todo lugar que movimenta gente. E aí o rapaz veio falar comigo: “Oh Flávia, aqui a ordem, quando é que nós vamos começar a fazer a vistoria da vigilância nas casas?” eu falei: “Na hora que você passar pela minha! O dia que você conseguir entrar na minha casa, e fazer vistoria da vigilância na minha casa, você vai poder entrar em residência. Porque eu não autorizo não”. E não pode

entrar na minha casa, só pode entrar na minha casa com um mandato judicial. Então assim, a gente tem que desconstruir. (Flávia Denise Vasques, entrevista dia 23/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

A psicóloga e psicanalista das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação de Minas Gerais, Maria Mercedes Merry Brito, aborda (informação verbal)¹³ como a tarefa da reforma psiquiátrica deve se centrar no “balanço e a resistência das redes”, ou seja, em uma maior atenção sob a forma de funcionamento e dinâmica das redes que regem a saúde mental hoje e a resistência nos campos políticos e sociais para que não haja um retrocesso em relação ao estímulo aos dispositivos não manicomial.

É possível perceber a partir do depoimento de Flávia Vásques e das falas de outros agentes¹⁴ políticos do campo da saúde mental, que criou-se um discurso de ressocialização forjado no processo de militância e que este atualmente ocupa um espaço importante nas políticas públicas. A militância que apoia a saúde pública, a luta antimanicomial, permeia hoje nos espaço de gestão da saúde mental pública do país e, segundo a coordenadora de saúde mental de Barbacena, é essa militância que sustenta a reforma psiquiátrica e a saúde mental pública na contemporaneidade.

[...] O nosso trabalho é todo voltado em cima da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial. Eu também sou militante da luta antimanicomial já há muitos anos. Então isso para nós é muito claro. A gente não consegue entender porque para se cuidar de alguém essa pessoa tem que estar excluída do meio social, do meio familiar. [...]

A gente está o tempo inteiro ligado, articulado politicamente. Então o que acontece, a gente tem uma questão, a gente tem uma militância! Eu acho que o que sustenta a saúde mental pública, o que sustenta a reforma e a saúde mental, é a militância. Nós somos muito militantes. Nós já levamos usuário para marcha em Brasília de ônibus. Nós saímos daqui de noite com 44 usuários de ônibus para Brasília e um grupo pequeno, eram 6 ou 7 cuidadores. (Flávia Denise Vasques, entrevista dia 23/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

¹³ Conferência “O Balanço e a Resistência das Redes” realizada na Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), na cidade de Barbacena, dia 22 de maio de 2018, em homenagem ao dia da luta antimanicomial (18 de maio).

¹⁴ Agentes que abordaram sobre o tema da saúde mental e residências terapêuticas em palestras nas Universidades UEMG e UNIPAC, na semana da luta antimanicomial, maio de 2018, Barbacena.

Uma das importâncias do “balanço da rede” é para que a lógica e o discurso antimanicomial estejam alinhados entre todos os vinculados à rede de saúde mental, no entanto, ainda há a presença muito marcante de uma lógica manicomial por parte da sociedade em geral, que vêm como necessário a tutela das pessoas em sofrimento mental por parte do Estado, para que elas possam estar “vigiadas” e “protegidas”. É possível perceber, em entrevista a SAS, cuidador que está a um curto período de tempo trabalhando no projeto residencial terapêutico, a ainda existência de um discurso manicomial.

A princípio assim, quando se falou de residência terapêutica, todo mundo pensava assim: ah vai vim um bando de loucos e um bando de malucos pras residências. Realmente eles não estavam errados. Porque no início eles vieram para se adaptar, e muitas casas quando começaram eram pessoas que tinham saído há pouco tempo da Mantiqueira, da FHEMIG, lá do próprio manicômio. Então eles ainda estavam em estado de como se ainda estivessem lá, nos seus devidos lugares. (SAS, entrevista dia 16/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

O cuidador, ainda que inconscientemente, atribui o manicômio como o devido lugar dos loucos em seu depoimento. Não necessariamente a existência de um discurso manicomial quer dizer que o cuidador acredite que a loucura deve permanecer restrita ao confinamento, porém, é perceptível que o manicômio ainda é atribuído como o lugar social do louco, bem como as noções de tutelar as pessoas que por algum motivo são consideradas “incapazes”, tratamento moral, são muito presentes não só tomando como foco de análise a loucura e o depoimento do cuidador, mas em relação a várias esferas da vida social.

A coordenadora das residências terapêuticas de Barbacena, Leandra Vilhena, aborda em palestra (informação verbal)¹⁵ como a lógica manicomial é muito presente em nossa sociedade inclusive em pequenos gestos e ações cotidianos. A noção de controle sob as outras pessoas, a necessidade de que as outras pessoas se enquadrem à nossa noção de moralidade e inclusive de normalidade é recorrente na sociedade, desta forma, o projeto residencial terapêutico deve ter o cuidado de desconstruir essa conduta

¹⁵ Conferência “O Balanço e a Resistência das Redes” realizada na Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), na cidade de Barbacena, dia 22 de maio de 2018, em homenagem ao dia da luta antimanicomial (18 de maio).

manicomial que existe não somente na esfera da instituição hospitalar, mas cunhado em uma concepção¹⁶ de mundo da cultura ocidental contemporânea que se apresenta em diversos âmbitos das relações sociais.

Atualmente ainda há uma dificuldade da sociedade para com o entendimento da autonomia do louco, como pôde ser percebido inclusive no depoimento do cuidador SAS (citação pag. 45); assim como no tópico anterior é possível notar uma preocupação inicial da vizinhança das RTs em relação à desordem com que os considerados “loucos” poderiam causar em suas comunidades.

Não se pode deixar de levar em conta a concepção de contenção e tutela da loucura como ainda presente em nossa sociedade. Apesar de as RTs terem metaforicamente “desmistificado a loucura” para a comunidade em seu entorno e a reforma psiquiátrica a partir do viés da luta antimanicomial ter se tornado uma “vencedora temporária”, estando fortemente presente no ideário de importantes atores em cargos públicos do país, os embates em torno do tema saúde mental ainda não estão concluídos e, desta forma, este pode ser submetido a mudanças em esferas mais altas do poder político nacional.

4.6 Embates atuais no campo da Saúde Mental Brasileira

A sociedade capitalista teve como embasamento uma tradição de pensamento que vem sendo construída a partir de uma ciência positivista e um caráter de “higienização” das ruas das cidades em relação aos considerados improdutivos por um viés econômico – não enquadramento em uma lógica de trabalho que alimenta o sistema produtivo capitalista -, bem como social, em que se vê como necessário com que as pessoas se enquadrem a uma ordem moral e uma concepção de “virtude”. Essas tendências, apesar de terem sido demonstradas como incipientes na sociedade europeia, podem ser expressas por este trabalho como também presentes na sociedade brasileira. Os manicômios no Brasil, principalmente o Hospital Colônia de Barbacena – como foco principal deste trabalho –, conjugaram os princípios médicos aos de exclusão dos

¹⁶ Concepção discorrida de forma aprofundada no capítulo 1 “Representações simbólicas de loucura em Foucault e a “grande internação”, pág. 12.

marginalizados e desenquadrados moralmente, em que seus internos eram submetidos a técnicas médicas que tinham como o objetivo a “cura”, porém, com uma utilização prática muito mais enquadrada ao controle.

Atualmente, a discussão em relação ao novo percurso da saúde mental no Brasil e uma ainda existente perspectiva de exclusão dos “desajustados” característica de uma sociedade capitalista, é constante. Desta forma, os gestores públicos - como Flávia Vasques, coordenadora de saúde mental da cidade de Barbacena - que se definem também enquanto militantes da luta antimanicomial, ressaltam a importância de se abordar o caráter desta luta diariamente para que esta pauta não se torne superada com o passar do tempo e as mudanças de atores nos cargos mais altos da política nacional.

Isso [a luta antimanicomial] não tá concluído ainda, isso é uma tarefa diária, todos os dias a gente tem que falar isso, todos os dias a gente tem que fazer isso valer. Não é fácil, se eu te falar que isso é tranquilo, não é. A gente tem desconstruir uma lógica manicomial muito grande, ela é muito mais poderosa que as nossas falas. Porque ser manicomial é muito mais fácil, quando você tranca o outro num lugar, você deixa o outro lá, você tira ele do foco e aí as condutas e as práticas, elas são muito mais hierárquicas, muito mais regulares. Diferentes do cuidado da rua. (Flávia Denise Vasques, entrevista dia 23/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

O caráter normativo, hierárquico e de exclusão em que os profissionais vinculados à luta antimanicomial associa aos manicômios é exposto como atualmente em processo de mudanças graças a esta luta. As Residências Terapêuticas são retratadas por seus gestores enquanto horizontais em relação ao tratamento dos usuários em saúde mental da cidade de Barbacena, bem como se considera que seja um tratamento que ressalta a subjetividade em que cada transtorno mental está submerso e a liberdade do tratamento para com o louco. No entanto, esta não é uma lógica completamente predominante nos paradigmas sociais e políticos e não só pode como tem sido submetida a processos de mudanças.

As transformações políticas Brasileiras na contemporaneidade são significativas e associadas a processos de rupturas em que uma crise política, econômica e social está envolta. Em dezembro de 2017 representantes políticos de Estados e municípios e do Ministério da Saúde, aprovam mudanças na saúde mental brasileira através de uma portaria que tem como um dos artigos:

Art. 9º - Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

I - estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;

II - reestruturar a equipe multiprofissional mínima requerida para o funcionamento das enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;

III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo;

IV - reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital. (Diário Oficial da União, 2017, nº 245).

Tal medida levantou indignação por parte de profissionais ligados à saúde mental no Brasil, em que ex-coordenadores de saúde mental do ministério da saúde Alves, Delgado e Tykanori (2017) problematizam a legalidade da portaria por negligenciar a prioridade aos serviços comunitários – como está instituído na lei 10.216/2001 - a partir do estímulo a leitos e enfermarias psiquiátricas que priorizam a lógica da internação. Para os ex-coordenadores, o Ministério da Saúde está, com esta medida, afastando o Brasil do caminho percorrido e cunhado através reforma psiquiátrica nos últimos tempos e estas medidas podem resultar em um retrocesso na saúde mental do país, tendo sido inclusive ressaltadas como perigosas pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos, já que os serviços manicomial anteriores foram, por diversas vezes, denunciados pela imprensa e o Ministério Público, como violadores dos direitos humanos. (Alves; Delgado; Tykanori, 2017).

Os embates em torno dessas mudanças e do atual funcionamento da saúde pública são recorrentes nos dias atuais e ainda se constituem em tom de luta na cidade de Barbacena. Atualmente é realizada a marcha antimanicomial¹⁷ na cidade, no dia 18 de maio (dia instituído como dia da luta antimanicomial), em que usuários da saúde mental, profissionais vinculados à área, familiares e apoiadores da causa fazem uma passeata pelo centro da cidade com o objetivo de reivindicar e dar visibilidade ao lema “por uma sociedade sem manicômios”. Também são realizados debates nos meios acadêmicos – como as palestras em Universidades da cidade que foram utilizadas como

¹⁷ Fotos da marcha da luta antimanicomial em Barbacena em “Anexo C” deste trabalho, página 63.

fontes de informação verbal deste trabalho -, para que a discussão em torno do tema da reforma psiquiátrica não se torne obsoleta.

Um dos maiores desafios da reforma hoje é a gente ter recursos humanos em condição de entender a complexidade desse processo e assumir isso, e falar: deixa que agora nós vamos caminhar. Porque a gente não consegue. É muito complicado porque as universidades não preparam os trabalhadores de saúde mental, não preparam. (Flávia Denise Vasques, entrevista dia 23/05/2018. Entrevistadora: Bruna Oliveira Fullin. Barbacena, 2018. 1 arquivo .mp3).

Apesar de atualmente o tema da reforma psiquiátrica estar sendo fomentado no meio acadêmico em Barbacena, principalmente devido às mudanças políticas em relação à saúde mental no cenário nacional, a coordenadora de saúde mental de Barbacena ressaltava como ainda há um déficit nas universidades em relação ao debate destes assuntos e na preparação de profissionais que lidem com a saúde mental a partir das demandas da desinstitucionalização. Desta forma, o caminho da luta antimanicomial segue um percurso sinuoso em que, sucessível a disputas de caráter ideológico em relação à forma de se definir e lidar com a loucura na sociedade, necessita ser recorrentemente retomada para que se mantenha viva nas outras esferas sociais e profissionais, que extrapolam às da militância inicial do movimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alteração do ambiente do hospital psiquiátrico para uma Residência Terapêutica abrange uma série de ressignificações não só em relação à vida dos ex-pacientes de manicômios e suas perspectivas de mundo, mas também a forma com que a sociedade passa a lidar com os estigmatizados loucos. A mudança de valores no trato da loucura envolve uma nova ótica de se pensar a saúde mental em relação ao saber psiquiátrico e social, na qual além de exigir estratégias na forma com que ocorrerá essa socialização, lança luzes em um adoecimento que não é apenas da pessoa em sofrimento mental, mas da sociedade como um todo. (Passos, 2009).

A obra “O Alienista” de Machado de Assis (1984), faz uma sátira ao modelo psiquiátrico utilizado no passado, a partir de como um médico dedicado ao estudo da mente, passa a internar em uma espécie de hospício todos os que se desviavam de um padrão de normalidade. Ao fim, o psiquiatra se dá conta de que praticamente toda a população da cidade está internada e acaba por ser ele mesmo o considerado o louco. Este é um clássico que discute um dos pontos que buscou-se abranger neste trabalho, o confronto entre loucura e racionalidade e como essas experiências estão intimamente ligadas. A loucura é definida somente em contrapartida a um padrão de racionalidade, no entanto, o indivíduo abrange esferas muito mais complexas que a simples definição de “normal” ou de “louco”, já que cada um possui suas particularidades e nenhum indivíduo pode ser considerado inteiramente racional.

Enquadrar a loucura enquanto doença mental e tratá-la a partir da lógica de internação e hospitalização centraliza esta experiência na esfera biológica e patológica do indivíduo e deixa de considerar aspectos importantes da subjetividade humana que envolve todo o universo social e cultural em que este está inserido. A manifestação da loucura não pode ser considerada de maneira isolada ao seu contexto social e cultural, até porque as consideradas “doenças mentais” não são passivas de diagnóstico médico preciso em relação somente aos sintomas biológicos. Desta forma, não existe uma “cura” para a loucura como as práticas psiquiátricas buscavam alcançar no passado.

A forma de se tratar os loucos através do viés de “doença mental” – como um mal funcionamento dos mecanismos biológicos –, a partir da Reforma Psiquiátrica, passa a centrar-se no viés de “saúde mental”, de modo que a concepção de saúde enfoca

em uma noção de bem-estar e não especificamente de cura. As Residências Terapêuticas, como um dos dispositivos substitutivos aos manicômios, focalizam justamente o bem-estar de pessoas que por anos viveram nestas instituições, de forma a prevalecer a subjetividade, a individualidade e a ressocialização. No entanto, não é tarefa simples ressocializar essas pessoas que por anos viveram institucionalizadas, já que requer com que a própria sociedade desnaturalize uma perspectiva de controle, asilo, restrição da vida de outras pessoas, principalmente os considerados “loucos”.

As Residências Terapêuticas em Barbacena, em grande medida desconstruíram nas comunidades em que se inserem a noção de que a loucura necessita permanecer sob tutela em instituições asilares, no entanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a lógica manicomial deixe de ser presente nas percepções sociais. Ainda que o manicômio esteja deixando de ser o único lugar social do louco e as atuais políticas priorizem a vida em comunidade, é possível notar uma série de dificuldades de aceitação da loucura que envolvem desde o estigma até os paradigmas de uma sociedade capitalista. Nos depoimentos de história oral desta pesquisa, é possível notar que é comum que os moradores de RTs sejam comparados à um padrão de normalidade em que geralmente não se enquadram. No entanto, é perceptível o resgate por parte do projeto, para que de fato estes moradores possam ter uma vida considerada normal.

A loucura desde a Renascença se constitui enquanto conflituosa nos embates ideológicos na sociedade europeia. No Brasil, estes confrontos permanecem existentes e necessários de serem debatidos, até para que a saúde mental possa para além de se reafirmar enquanto antimanicomial, se reinventar e se desenvolver através de distintas perspectivas. Perspectivas estas que não centram-se apenas sob o saber médico, psiquiátrico ou psicanalítico, mas também envolva as ciências sociais, artes, dentre outros campos de estudo e setores da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Domingos; DELGADO, Pedro Gabriel; KINOSHITA, Roberto. **Retrocessos na saúde mental?** Folha de São Paulo. Dezembro, 2017.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.
- AMARANTE, Paulo. *Novos sujeitos, Novos direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica.* Caderno de Saúde Pública, nº 11, vol. 03. Rio de Janeiro, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio: A trajetória de Franco Basaglia.** Manguinhos Vol 1, 1994; 61 – 77.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro.** 1ª Ed. Geração Editorial. São Paulo, 2013.
- ARCE, Ricardo. **La Entrevista en el Trabajo de Campo.** Revista de Antropología Social, 2000, 9; 105 – 126.
- ASSIS, Machado. **O alienista.** Rio de Janeiro: Três livros e Fascículos, 1984.
- BAPTISTA, Mauro Rocha (org.) **Arte, loucura e educação: diálogos.** Barbacena, MG: EdUEMG, 2014.
- BECKER, H. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: HUCITEC, 1997.
- BOTTI, Nadja Cristiane L.; TORRÉZIO, Michele Cecília S. Festival da Loucura e a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica. *Psicologia & Sociedade*; 26 (n. spe.), 212-221, 2014.
- CARDOSO, Marina. **Psiquiatria e antropologia: notas sobre um debate inconcluso.** Ilha. Revista de Antropologia (Florianópolis), Florianópolis, v. 4, n.1, p. 85-113, 2002.
- FARIAS, Tadeu M.; PINHEIRO, José Q. **Vivendo a vizinhança: Interfaces Pessoa-Ambiente na produção de vizinhanças “vivas”.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 1, p. 27-36, 2013.
- FERREIRA, Marieta; AMADO, Janaína (Coordenadoras). **Usos e abusos da história oral.** 7 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

- FIRMINO, Hiram. **Drama dos hospícios**. Série de reportagens Nos Porões da Loucura, jornal Estado de Minas, 1979.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- FREITAS, Carla. **A Reforma Psiquiátrica e a inserção das famílias no tratamento – Uma análise da qualidade de vida do “familiar-cuidador”**. Trabalho de Conclusão de Curso: UNB, 2010.
- FURTADO, Juarez; ODA, Wagner.; BORYSOW Igor.; KAPP Silke. **A Concepção de Território na Saúde Mental**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Editora LTC, 4 ed., Rio de Janeiro, 1891 (digitalização 2004).
- HAGUETTE, Teresa Maria. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 2ª Ed. Editora Vozes. Petrópolis, 1990.
- LANGDON, Ester J. **A Doença como Experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Antropologia em Primeira Mão. Programa de Pós-Graduação em Antropologia social. Centro de filosofia e Ciências Humanas - UFSC. Florianópolis, 1996
- LOBATO. L.V.C. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.
- RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: TUNDIS, S. e COSTA, M. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1992.

- MELO, Anastácia Mariana da C. **Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012.
- MIRANDA SÁ JR, Luiz Salvador de. **Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade**. Rev. Psiquiatr RS; 29 (2): 156-158, 2007.
- PASSOS, Izabel. **Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais**. Argvmentvm Editora. Belo Horizonte, 2009.
- PEREIRA, Rafael. **De volta para casa: A vida nas residências terapêuticas e o trabalho dos cuidadores, em Barbacena – MG**. Dissertação de mestrado: UFF, 2008
- RATTON, Helvécio. Filme documentário “**Em nome da Razão**”, 1979. .
- SILVEIRA, Fillipa. **Antropologia e doença mental em Foucault: Caminhos do homem rumo à perda de sua verdade**. Perspectiva Filosófica, Vol. 2, nº 40, 2013.
- SILVEIRA, Maria de Fátima de A.; SANTOS JUNIOR, Hudson P. de O. **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 320, 2011.
- VELHO, Gilberto. Observando o Familiar. Presente em: **A Aventura Sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na Pesquisa Social**. p. 37-45. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1978.

ANEXOS

Anexo A – Lei 10.216/2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental

O presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com

a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracteriza os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que opto por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação estrita do familiar, ou do responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10 Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11 Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competente e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12 O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação dessa Lei.

Art. 13 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001: 180º da Independência e 113º da República

Fernando Henrique Cardoso

José Gregori

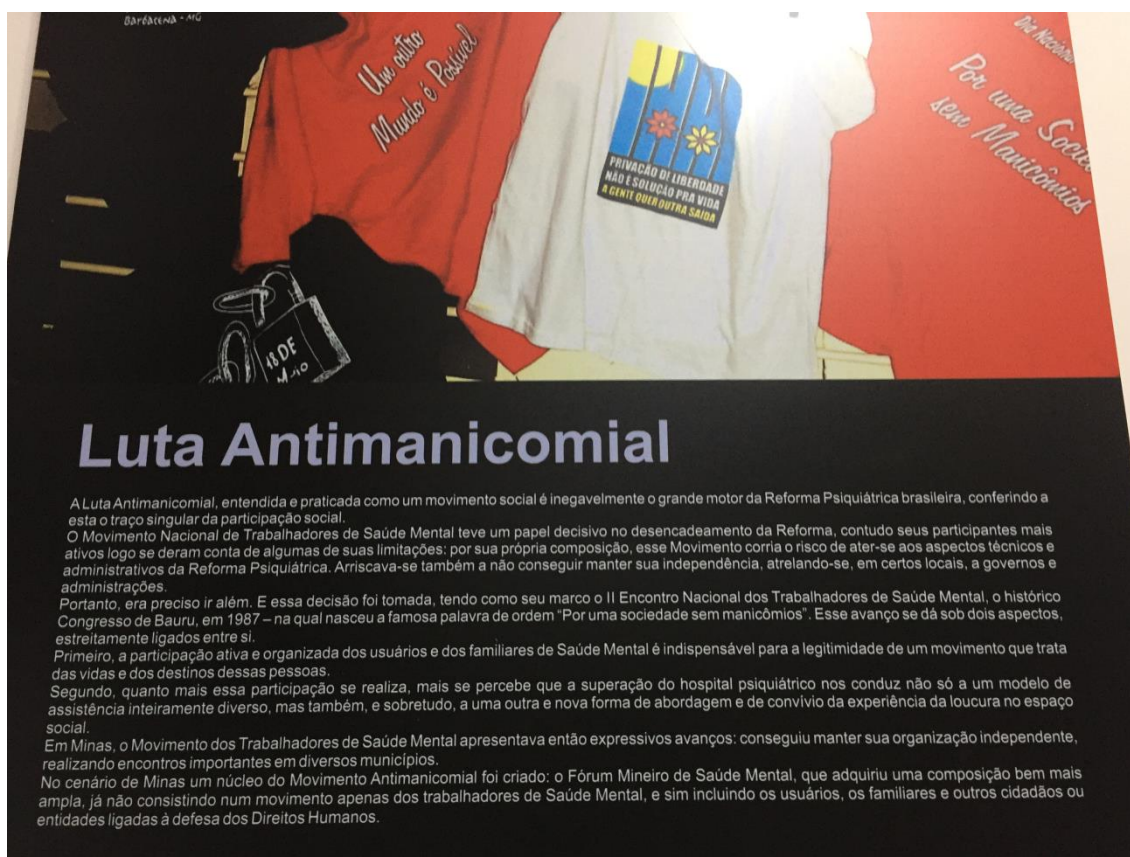
José Serra

Roberto Brant

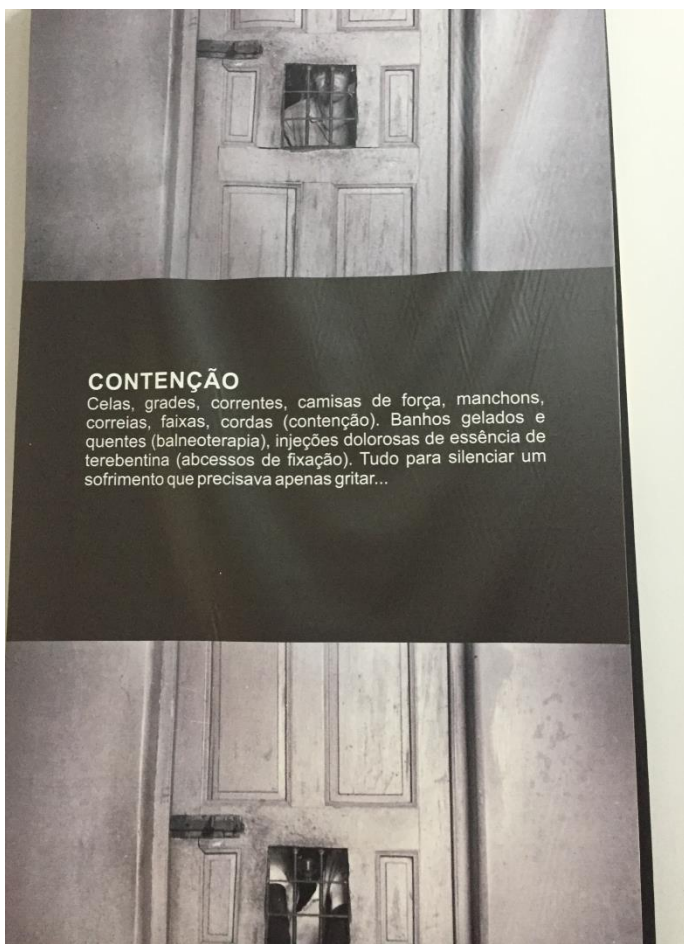
Anexo B – Fotos do Museu da Loucura de Barbacena



(Foto tirada pela autora deste trabalho)



(Foto tirada pela autora deste trabalho)



(Foto tirada pela autora deste trabalho)



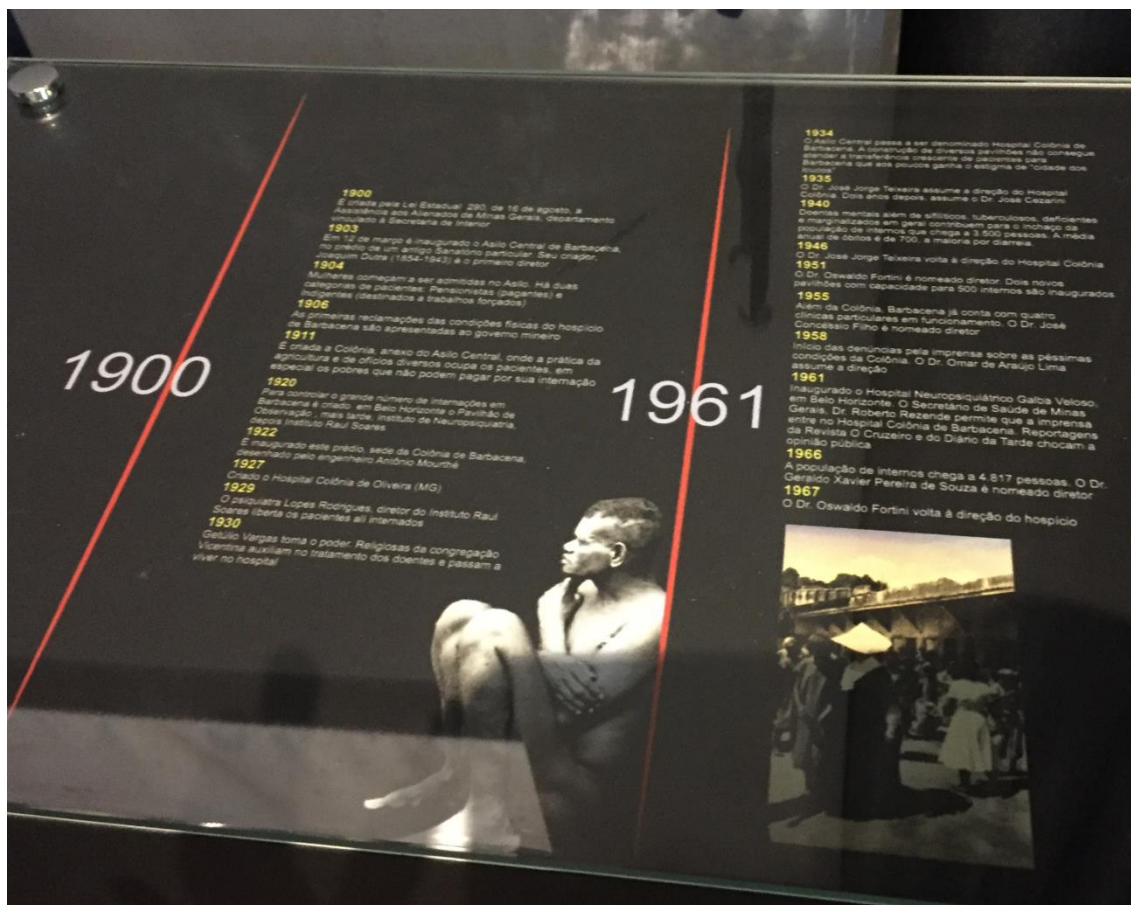
(Foto tirada pela autora deste trabalho)



(Fonte: G1.globo.com / Disponível em: <http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2016/05/museu-da-loucura-e-reaberto-com-objetivo-de-conscientizar-sociedade.html>)



(Fonte: G1.globo.com / Disponível em: <http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2016/05/museu-da-loucura-e-reaberto-com-objetivo-de-conscientizar-sociedade.html>)



(Foto tirada pela autora deste trabalho)

Anexo C – Fotos da marcha em homenagem ao dia da luta anti manicomial, Barbacena, 2018



(Fonte: Coordenação de Saúde Mental de Barbacena)



(Fonte: Coordenação de Saúde Mental de Barbacena)

Anexo D - Tabela com os serviços oferecidos por cada unidade de saúde mental do Brasil

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

(Fonte: Coordenação de Saúde Mental de Barbacena)