

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

NOVOS VIZINHOS, NOVAS PERSPECTIVAS: O DISCURSO DE
MORADORES DO ENTORNO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM
UM BAIRRO DE MANAUS

Bolsista: Gabriel Vitor Melo Rocha, FAPEAM

MANAUS
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL
PIB-SA/0126/2014
NOVOS VIZINHOS, NOVAS PERSPECTIVAS: O DISCURSO DE
MORADORES DO ENTORNO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM
UM BAIRRO DE MANAUS

Bolsista: Gabriel Vitor Melo Rocha, FAPEAM
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ermelinda do Nascimento Salem José
Co-orientadora: Rebecca Nunes de Assis

MANAUS
2015

Todos os direitos deste relatório são reservados a Universidade Federal do Amazonas, ao Laboratório de Intervenção Social e Desenvolvimento Comunitário, do Departamento de Psicologia e aos seus autores.

Esta pesquisa é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas, FAPEAM, através do Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas, sendo desenvolvida pelo Laboratório de Intervenção Social e Desenvolvimento Comunitário do Departamento de Psicologia.

RESUMO

A alarmante situação da Saúde Mental no Brasil tornou-se evidente a partir dos anos de 1970, quando surgiram os primeiros movimentos (inspirados nos movimentos europeus) objetivando a melhoria do tratamento oferecido às pessoas em sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos, devido à desconsideração dos direitos humanos dos internados, aos precários serviços oferecidos por estas instituições e ao agravamento das doenças psiquiátricas em decorrência do método e manejo asilar. Após décadas de discussões e debates em congressos e conferências de saúde, foi elaborada a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei 10.216), que visa a extinção dos hospitais psiquiátricos e sistema de internação asilar e a instauração dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) e das Residências Terapêuticas (RT's) para o acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico. Apesar disso, suas diretrizes foram cumpridas tardiamente, fato observado também no estado do Amazonas, tendo em vista a quantidade ainda insuficiente de CAPS's para a demanda de sua população e a recente transferência dos ex-pacientes internos no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) para as RT's, localizadas no bairro Santa Etelvina em Manaus, chamadas de "Lar Rosa Bayla". Levando em conta esta recente mudança, propôs-se uma pesquisa que objetiva analisar as percepções de moradores do bairro Santa Etelvina acerca da mudança dos ex-pacientes do CPER para as RT's instaladas no bairro, além de identificar o conceito "loucura" segundo os moradores do bairro Santa Etelvina, conhecer experiências que os mesmos podem ter com pessoas em sofrimento psíquico, e identificar estratégias para se trabalhar possíveis pré-conceitos e questionamentos acerca da efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas, uma vez que os moradores estão convivendo e permanecendo em contato direto com os ex-internos. Como metodologia, utilizou-se o método fenomenológico de pesquisa, baseando-se em entrevistas com os próprios moradores a respeito deste tema, buscando a compreensão dos significados existentes em seus discursos, através de uma questão norteadora, que pôde ser desdobrada em várias outras para melhor compreensão do depoimento dos participantes. Em suma, percebe-se o preconceito social, a intolerância e o mito da incapacidade da pessoa em sofrimento psíquico, além da resistência dos moradores do bairro ao estabelecimento das RT's, persistindo uma visão de segregação e de exclusão ao usuário da rede de saúde mental. Apesar disso, em outros discursos, evidenciou-se a importância do tratamento humanizado às pessoas em sofrimento psíquico e a mudança de pensamento acerca dos indivíduos enfermos, através da convivência dos moradores do bairro com os moradores das RT's. Assim, conclui-se que a comunidade ainda não está apta para receber a demanda das pessoas em sofrimento psíquico, pois não houveram campanhas de conscientização acerca dos rumos da reforma psiquiátrica. Porém, a partir destes resultados, pode-se pensar em atividades que podem ser desenvolvidas entre os moradores do bairro em conjunto com os recentes moradores das RT's, objetivando a real efetivação da reforma psiquiátrica no Amazonas.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, residências terapêuticas, posicionamentos.

ABSTRACT

The alarming situation of Mental Health in Brazil has become evident from the 1970s, when the first movement (inspired by European movements) aimed at improving the treatment offered to people in psychological distress in psychiatric hospitals due to disregard of rights human of internees, the poor services offered by these institutions and the worsening of psychiatric illness as a result of the method and asylum management. After decades of discussions and debates at conferences and health conferences, it was elaborated the Law of Psychiatric Reform in Brazil (Law 10,216), which aims to extinction of psychiatric hospitals and hospital systems asylum and the establishment of the Centers of Psychosocial Attention (CAPSs) and Therapeutic Residences (RTs) for tracking people in psychological distress. Nevertheless, its guidelines were fulfilled late, a fact confirmed in the state of Amazonas, in view of the still insufficient CAPSs to the demand of its population and the recent transfer of internal former patients at the Eduardo Ribeiro Psychiatric Center (CPER) to the RTs, located in the neighborhood Santa Etelvina in Manaus, called "Lar Rosa Bayla". In light of this recent change, proposed a research that aims to analyze the perceptions of neighborhood residents Santa Etelvina about the change of the former patients of CPER for RTs installed in the neighborhood, and identify the concept of "madness" according to residents of the neighborhood Santa Etelvina, know the experiences that they may have with people in psychological distress, and identify strategies to work possible preconceptions and questions about the effectiveness of psychiatric reform in the Amazon, as the locals are living and staying in direct contact with former inmates. The methodology used the phenomenological method of research, based on interviews with the residents about this issue, trying to understand the existing meanings in his speeches, through a research question, which could be broken down into several others for the better understanding the testimony of the participants. In short, we perceive social prejudice, intolerance and the myth of the person in psychic suffering disability, in addition to resistance from residents of the neighborhood to the establishment of RTs, continuing a vision of segregation and exclusion to the user of the mental health network. Nevertheless, in other speeches, he highlighted the importance of humane treatment to people in psychological distress and the shift in thinking about the sick individuals, through living for local residents with the residents of RT's. Thus, it is concluded that the community is still not able to receive the demand of the people in psychological distress, because there were no awareness campaigns about the direction of psychiatric reform. However, from these results, one can think of activities that can be developed between neighborhood residents together with recent residents of RTs, aiming at the real effectiveness of the psychiatric reform in the Amazon.

Keywords: psychiatric reform, therapeutic residences, positions.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
DESCRIÇÃO METODOLÓGICA.....	18
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	20
1 MEDO DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	20
1.1 Pessoas em sofrimento psíquico como ameaças à comunidade.....	20
1.2 Vivência excludente dos moradores das RT's.....	22
1.3 Desconhecimento da importância da rede de saúde mental.....	23
2 IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO HUMANIZADO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	23
3 ABANDONO FAMILIAR EXPERENCIADO PELAS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	25
4 CONVIVÊNCIA COM PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	26
5 MUDANÇA NA PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	28
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	29
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	31
REFERÊNCIAS.....	33
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).....	36

INTRODUÇÃO

Os primeiros passos da Reforma Psiquiátrica no Brasil foram marcados por inúmeras denúncias feitas por funcionários de instituições filiadas à DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), com relação às condições precárias dos manicômios e das entidades de saúde, no final dos anos de 1970. Esse fato foi o estopim para a realização de conferências e debates para a implantação de maneiras alternativas no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Em 2001, houve a promulgação da Lei 10.216 que visou a extinção dos manicômios brasileiros e a criação de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS's) e de Residências Terapêuticas (RT's) (AMARANTE, 1995; AMARANTE, 1996).

No que se refere à reforma psiquiátrica no estado do Amazonas, pouco se foi feito após a promulgação da lei citada, com apenas três CAPS's em funcionamento na capital Manaus: o CAPS Silvério Tundis inaugurado em 2006, o CAPS-Sul inaugurado em 2010 e o CAPSi-Leste inaugurado em 2012. Com relação às RT's, apenas em 2014 foram inauguradas na cidade, no bairro Santa Etelvina (próximo ao CAPS Silvério Tundis), sendo as únicas em todo o estado (PAZUELLO, 2014). Como prevê a Lei 10.216, os ex-pacientes internos no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) foram transferidos para as RT's, retornando à comunidade manauara, longe do isolamento e das situações precárias oferecidas pelo antigo manicômio (LOURENÇO, 2010). Com disso, surgiu a preocupação em como os moradores no entorno das RT's estão vivenciando essa nova realidade em seu bairro, pois é imprescindível que seja criado um ambiente acolhedor na comunidade ao redor das RT's, tanto para os novos moradores quanto para os antigos moradores do bairro.

Variados estudos e pesquisas foram realizados em residências terapêuticas com o principal objetivo de salientar novas percepções acerca da reforma psiquiátrica e da extinção dos antigos manicômios. Moreira & Castro-Silva (2011) adotaram uma perspectiva etnográfica baseada em entrevistas e conversas informais com moradores de cinco residências terapêuticas na cidade Grande Vitória/ ES, com o intuito de compartilhar relações entre a equipe de pesquisa e os próprios moradores. Os resultados foram relatos favoráveis à mudança para as RT's, criação de vínculos sociais entre os moradores e os profissionais da saúde e expectativa de novas experiências de vida dos moradores. Fassheber & Vidal (2007) também realizaram uma pesquisa com moradores de residências. Os autores adotaram a abordagem qualitativa que se consistia em entrevistas com os moradores da primeira residência terapêutica de Barbacena/MG, com o objetivo de compreender a reconstrução da

identidade e do novo diagnóstico assistencial para os moradores. Os relatos se basearam na conquista de autonomia e da individualidade, a construção de vínculos afetivos entre eles mesmos e com os profissionais da saúde da instituição e perspectivas de novas experiências e vivências, em comparação ao asilo oferecido pelos antigos manicômios.

Marques & Mângia (2012) elaboraram uma pesquisa com profissionais da saúde de duas residências terapêuticas em Campinas/SP, fazendo uso de entrevistas e observação participante. Os sujeitos relataram mudanças positivas no dia-a-dia das residências, em comparação com a precariedade dos antigos manicômios, aumento da autonomia e independência dos moradores, criação de laços afetivos entre os profissionais e os moradores, ressaltando a importância de ouvir o que o morador pensa e deseja. Além disso, os profissionais salientaram a importância do processo de humanização da assistência em saúde mental. Santos Junior & Silveira (2009) também desempenharam um estudo com profissionais da saúde em seis residências terapêuticas de Campina Grande/PB, objetivando identificar a visão dos profissionais acerca das residências, usando como método entrevistas e conversas informais. Segundo os autores, os profissionais percebem as RT's como lugares de reinserção social, reabilitação e recuperação das pessoas em sofrimento psíquico, onde devem ser estimulados o autocuidado, a autonomia e a criação de relações de amizade entre eles e os moradores. A equipe de enfermagem da residência terapêutica de Caicó/RS foram os sujeitos da pesquisa de Silva e Azevedo (2011), buscando a visão da reforma psiquiátrica e da saúde mental segundo esses profissionais. Entre os resultados, destacam-se a interpretação da reforma como um movimento complexo para modificar a psiquiatria atual e o modelo assistencialista, a reinserção social do sofrido psíquico, uma transformação da prática hospitalar, a perspectiva de novas formas e estruturas, e a adoção de uma postura horizontal e humanista para com os moradores. Além disso, houveram relatos de descrença nas ideias da reforma e o desejo de retornar à realidade hospitalar, que podem ter sido causados pela falta de capacidade dos profissionais e a deficiente articulação entre as residências e os demais órgãos da saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS'S).

Houveram estudos com os cuidadores que trabalham nas residências (responsáveis pelas tarefas domésticas dentro da instituição). Sprioli & Costa (2011) entrevistaram os cuidadores usando a metodologia qualitativa etnográfica a fim de analisar o trabalho destes nas residências do Instituto Nise de Oliveira no Rio de Janeiro. Os entrevistados relataram dificuldades no exercício da função pela falta de infraestrutura adequada das residências e a superlotação de moradores, ocasionando obstáculos em olhar a individualidade destes moradores. Apesar disso, afirmaram que houve o estreitamento de laços afetivos com os

moradores da instituição, além de ajuda-los na reabilitação social, na autonomia, no autocuidado e na boa gestão domiciliar.

Com relação a estudos relacionados diretamente com a comunidade que recebe os novos moradores de residências terapêuticas, quase não há bibliografia. Martins *et al* (2012) destacam uma pesquisa com profissionais da saúde de uma residência terapêutica em Volta Redonda/RJ com o objetivo de investigar as circunstâncias da criação das RT's na cidade. Entre os resultados mais evidentes estão o descaso dos governantes para com a construção das residências na cidade, a falta de infraestrutura adequada e a superlotação de moradores, e principalmente, a hostilidade dos vizinhos ao redor das residências. Segundo os entrevistados, os residentes do entorno das RT's reagiram com preconceitos e ofensas aos moradores, com relação à incapacidade e ao "perigo" que possam representar à sociedade. Nessa perspectiva, os autores salientam:

A reação desfavorável dos moradores vizinhos às Residências Terapêuticas também se constituiu em um obstáculo a ser superado, principalmente, quando algum usuário entrava em crise. Apesar dos funcionários terem feito algumas reuniões com as Associações de Moradores dos bairros onde estas seriam implantadas, muitos vizinhos reagiram negativamente à presença dos usuários e agiram, muitas vezes, de forma preconceituosa, demonstrando sua insatisfação com a nova situação. No caso mais extremo, foi sugerida a realização de um abaixo-assinado, como medida para pressionar as autoridades municipais a repensarem a continuidade do Projeto das Residências Terapêuticas. (MARTINS *et al*, 2012, p. 91).

Nascimento, Fernandes & Leite (2010) também evidenciam o preconceito social sofrido pelos moradores de residências terapêuticas em entrevistas feitas com moradores das RT's de Teresina/PI:

Um aspecto marcante que apareceu nos relatos dos sujeitos foi o preconceito social. A discriminação e o preconceito é uma realidade abordada pelos que padecem de transtorno mental (...). O mito da incapacidade é aquele que mais contribui para a marginalização e exclusão das pessoas com perturbações mentais. A ideia de que essas pessoas não são capazes de trabalhar, de assumir responsabilidades, de prover o seu sustento, de educar os filhos, de tomar decisões, está muito difundida. Acrescente a isto o fato de alguns moradores serem idosos, que também é outro agravante para o preconceito social (...). A exclusão dos sujeitos pela sociedade no caso está muito mais referendada e mais eficaz do que muros e grades fisicamente edificadas no convívio asilar (...). Observa-se claramente que a comunidade não está preparada para o acolhimento de pessoas com transtornos mentais. Há um nítido desconhecimento no que se refere ao programa de serviço residencial terapêutico. (NASCIMENTO, FERNANDES & LEITE, 2010, p. 03).

Como se percebe, não há estudos direcionados e detalhados acerca da percepção dos moradores no entorno das Residências Terapêuticas (RT's) a respeito da implantação dos serviços oferecidos pela reforma psiquiátrica brasileira.

A partir da percepção quanto a necessidade de um trabalho de reinserção social dos pacientes internos no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), nasceu em 2002 o “Programa Encontro”, da Universidade Federal do Amazonas, utilizando-se da filosofia do Encontro, proposta por Jacob Levi Moreno. Com os passar dos anos, a construção das residências foi interrompida, mas percebeu-se que a intervenção realizada no CPER era benéfica aos pacientes, pois contribuía para a ressocialização destes, e a formação de uma consciência humanizada dos funcionários da instituição. As atividades realizadas durante a execução do programa objetivavam a criação de vínculos entre eles e os estudantes/profissionais da universidade, minimizando os efeitos nocivos da hospitalização manicomial; a produção de artesanato pelos próprios pacientes a fim de restaurar o processo criativo dos mesmos, além de se tornar uma fonte alternativa de renda; e a criação de redes de educação em saúde mental, como palestras em escolas e em comunidades próximas ao CPER (SALEM MUNIZ *et al*, 2004).

A emergência para com a efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas surgiu a partir da notícia de que o Brasil seria o país-sede da Copa do Mundo em 2014, sendo Manaus uma das cidades escolhidas para a realização os jogos (BRASIL, 2014). Conseqüentemente, pelo fato do CPER se localizar próximo ao estádio onde os jogos foram disputados, criou-se a tensão para com a possível transferência dos pacientes internados da instituição para as RT's, localizadas atualmente no Bairro Santa Etelvina.

Diante disto, emergiu a preocupação quanto à forma como os moradores do Bairro Santa Etelvina percebem as possíveis mudanças na dinâmica do bairro, decorrentes do estabelecimento dos ex-internos do CPER nas RT's, considerando que, posteriormente, podem ser feitas atividades de conscientização dos moradores do bairro a respeito de questões referentes à saúde mental e à reforma psiquiátrica.

A presente pesquisa teve como objetivo principal: analisar as percepções de moradores do bairro Santa Etelvina acerca da mudança dos ex-pacientes do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro para as Residências Terapêuticas instaladas no bairro. Quanto aos objetivos específicos: identificar o conceito “loucura” segundo os moradores do bairro Santa Etelvina; conhecer experiências que os mesmos podem ter com pessoas em sofrimento

psíquico; e identificar estratégias para se trabalhar possíveis pré-conceitos e questionamentos acerca da efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas.

Para realizar o escopo desta pesquisa, ou seja, compreender como os moradores de um bairro de Manaus concebem a criação das RT's próximas de suas casas, buscou-se essa compreensão a partir de significados existentes em seus discursos, expressos em entrevistas áudio-gravadas e realizadas em seus domicílios, considerando a teoria da Psicologia Fenomenológica-Existencial.

A teoria citada utiliza-se da abordagem qualitativa em pesquisa, visto que se pretende obter os significados da vivência, buscando informações junto às pessoas – já que a vivência não encerra um sentido em si mesma, mas adquire um significado, para quem a experiência está relacionada à sua própria maneira de existir. Por esse motivo optou-se pelo método fenomenológico, que possibilita investigar a vivência das pessoas nas diferentes situações, chegando assim à compreensão dessas pessoas (GOMES & CASTRO, 2010).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A história da loucura se entrelaça com o início da história da humanidade. O que se entende hoje como loucura, ou seja, um processo duradouro e complexo com alterações emocionais e orgânicas é relativamente moderno na ciência. Pessotti (1994) argumenta que há três principais maneiras de compreender o fenômeno da loucura, da antiguidade clássica ao século XIX: a mitológico-religiosa, que foi iniciada por Homero e se estende até aos estudos de demonologia no fim da Idade Média; a passional-psicológica, que começa pelas tragédias gregas, finalizando em Eurípedes; e a organicista, onde a loucura detém o atributo de doença e é analisada pela visão médica, iniciada por Hipócrates e Galeno, indo até Pinel, Esquirol e Cotard.

Durante a antiguidade grega, não havia uma ideia completa da chamada natureza humana. As desordens ou falhas desse estado possuíam causas deveras vagas e fragmentadas. Até aproximadamente o século V a.C., os principais responsáveis por qualquer repentina mudança no comportamento humano (descontrole das vontades, impulsos irracionais, agressivos e passionais ou perda da razão) eram os deuses, seja por punição aos pecados dos homens, motivação a atos heroicos ou capricho. Homero foi um dos primeiros autores a fazer “distinções” sobre comportamentos desajustados em seus poemas, como a diferenciação entre mania e melancolia, sendo causados pela *moria*, ou destino. Seguindo a concepção mitológico-religiosa da loucura, tem-se a doutrina demonista medieval como circunstância para o fenômeno. Assim, a natureza humana é compreendida como um dualismo, sendo cabível ao homem não se entregar a entidades “pagãs” ou demoníacas. O homem passa a ser autor dos comportamentos aberrantes e indecentes, devido a sua fraqueza. Com o advento da Inquisição e a criação do *Malleus Maleficarum* (Martelo das Feiticeiras), manual usado pelos inquisidores para identificar e punir os acusados de bruxaria, a loucura torna-se obra do demônio, por livre iniciativa das pessoas ou por desejo de uma bruxa (PESSOTTI, 1994).

Retornando ao período clássico grego, na visão de poetas trágicos como Ésquilo, Sófocles e Eurípedes, a loucura é percebida de forma passional: mania, delírio, desvario, perda do bom senso e alucinações são retratados como dramas da existência humana, conflitos entre a razão e as emoções, sendo causadas ora por intervenção dos deuses ou fatalidade ora por impulsos do próprio indivíduo. Eurípedes destaca-se entre os autores por frequentemente questionar a loucura em suas obras, denunciando-a como um descontrole das paixões,

ausência das faculdades intelectuais e imaginativas ou uma percepção distorcida da realidade (PESSOTTI, 1994).

Apesar de Eurípides ser o primeiro a olhar a loucura sob um prisma semelhante ao da psicologia atual (com sintomas, quadros clínicos e contradições emocionais dos seres humanos), foi Hipócrates o primeiro a definir padrões clínicos, fisiológicos e organicistas para este fenômeno. Em sua concepção, a loucura era consequência de disfunções humorais (exclui-se a mitologia, mas não a metafísica). Hipócrates acreditava que a natureza humana era formada por quatro elementos humorais: sangue, pítuita, bÍlis amarela e bÍlis verde, ou escura. As doenças eram causadas pelo desequilÍbrio entre os humores, sendo a loucura centrada em desordens no Órgão cerebral. O filósofo Galeno também compartilhava da ideia de humores, mas deu à loucura uma abordagem mais neurofisiológica, abordando concepções do que seriam as doenças do sistema nervoso. Ao contrário de seus antecessores, Galeno não dissocia o conceito de alma do conceito de corpo. Para ele, ambos são interligados, e interferências entre eles podem causar patologias. As doenças mentais são lesões nas capacidades diretoras da alma, que são: imaginativa, raciocinante ou racional e a memorativa ou mnemônica (PESSOTTI, 1994).

Hipócrates e Galeno inauguraram a concepção médica-organicista da loucura, princípio seguido pelo médico Philippe Pinel no século XIX, que a define como sendo uma lesão ou comprometimento do intelecto e da vontade, se manifestando no paciente, variados sintomas, podendo ser hereditário ou adquirido durante o curso da vida. Através de observações e estudos clÍnicos, trouxe o termo alienação mental como sinônimo de loucura e postula o confinamento necessário ao doente mental. DiscÍpulo de Pinel, Jean-Étienne Esquirol enriqueceu o conceito de seu antecessor, ao afirmar razões orgânicas como causa da loucura. Na obra de Pinel, não há definição clara sobre o papel do organismo no desenvolvimento do comportamento errático. Mais tarde, o neurologista Jules Cotard define a loucura como sendo alterações na sensibilidade moral, e ser um dos primeiros a criarem um modelo de aparelho psÍquico, seguido pelo neurologista Sigmund Freud (PESSOTTI, 1994; PESSOTTI, 1999).

No advento do século XX, médicos como Emil Kraepelin e Eugel Bleuler inauguraram a visão orgânica-emocional da loucura, como um desenvolvimento complexo e por vezes duradouro, culminando na criação do Manual da APA (American Psychiatric Association), o DSM e do CID-10. Assim, a loucura assume um universo amplo de síndromes e transtornos, com a necessidade atual de critérios uniformes para o registro clÍnico-estatístico das doenças mentais (PESSOTTI, 1999; BOARINI, 2006).

O principal lugar da loucura se estabeleceu com a criação da instituição psiquiátrica manicomial. Os manicômios surgiram a partir de instituições de caridade da Igreja Católica no início da Idade Média, que abrigavam pobres, mendigos, desabrigados, doentes e loucos (FOUCAULT, 1978). No século XVII, estas instituições passaram a cumprir uma função social e política mais evidente, ao responsabilizar as autoridades reais e judiciárias pelas internações. Mais tarde, com os ideais republicanos advindos da Revolução Francesa, novas instituições assistenciais foram criadas para assumir a responsabilidade de tratamento dos enfermos. Ornellas (1997) salienta que estas instituições não foram criadas para proteger a população de doenças e conter seu avanço, mas proteger a sociedade dos doentes, ocasionando a exclusão dos doentes do espaço urbano comum. Assim, no século XVIII, a Medicina ocupa seu lugar no hospital, transformando-o em seu local de trabalho e estudo. Nos anos de 1790, Pinel inicia suas pesquisas para fundamentar a atuação dos médicos nos hospitais gerais e psiquiátricos, onde postula que o isolamento e a segregação do doente é a forma mais apropriada de tratamento, transformando o enfermo num objeto empírico (AMARANTE, 2007; PESSOTTI, 1996).

Nessa perspectiva, La Haye (2007) afirma:

O manicômio ou o hospital psiquiátrico protege, na realidade, a sociedade de seus desviantes. Assim como a prisão, ele exclui pelo encarceramento. O hospital psiquiátrico, malgrado seu parque encantador (...) permanece, apesar de tudo, um campo de concentração (...). Mas ainda existe uma rejeição maciça em relação ao doente mental pela sociedade, simbolizada por esse encarceramento e pelo tratamento infligido ao paciente pela comunidade terapêutica. (LA HAYE, 2007, p. 35).

Goffman (2008) salienta que o hospital psiquiátrico, por se tratar de uma instituição total, leva o internado a desenvolver patologias decorrentes dos anos em que foi institucionalizado e piorar as psicopatologias já existentes. Além disso, tende a perder sua relação com a sociedade e as pessoas próximas a ele, principalmente a família. Ademais, declara:

Portanto, o sistema de enfermarias é um exemplo extremo da maneira pela qual os fatos físicos de um estabelecimento podem ser explicitamente responsáveis empregados para modelar a concepção de uma pessoa tem de si mesma. Além disso, o mandato psiquiátrico oficial dos membros dos hospitais para doentes mentais provoca ataques ainda mais diretos e violentos contra a imagem que o internado tem de si mesmo. Quanto mais 'médico' e 'progressista' for um hospital mais precisa enfrentar a afirmação da alta administração de que seu passado foi um fracasso, que a causa disso está nele mesmo, que sua atitude diante da vida é errada, e que, se desejar ser

uma pessoa, precisa mudar sua maneira de lidar com as pessoas e sua concepção de si mesmo. (GOFFMAN, 2008, p. 128).

Ou seja, o internado tem de se submeter ao saber médico que dita como ele deve se comportar e o que deve pensar de si mesmo, tornando o internado responsável pela própria doença. Os funcionários da instituição psiquiátrica não estão preocupados em ouvir o que os internados tem a dizer sobre sua história de vida e suas próprias impressões sobre o hospital, apenas em obrigar que todos aceitem a verdade absoluta dos médicos. Sobre isso, o autor destaca:

Para que o grupo psiquiátrico e o encarregado da custódia consigam fazer com que [o internado] coopere nos vários tratamentos psiquiátricos, pode ser útil desmentir a interpretação que o paciente tem de suas intenções, e fazer com que avalie que sabem o que estão fazendo, e que estão fazendo o que é melhor para ele (...). O paciente precisa ‘compreender’, ou fingir compreender, a interpretação que o hospital dá dele. (GOFFMAN, 2008, p. 132).

Ademais, Foucault (2002) ressalta:

O asilo é talvez sempre internação e exclusão; mas agora ele é, além disso, ingestão. Como se, às velhas leis tradicionais do hospital: ‘Tu não mexerás, tu não gritarás’, se acrescentasse esta: ‘Tu engolirás’. Tu engolirás teus medicamentos, tu engolirás tuas refeições, tu engolirás nossos cuidados, nossas promessas e nossas ameaças. (FOUCAULT, 2002, p. 318).

No Brasil, no advento dos anos de 1830, surgem os primeiros protestos para com a criação de um hospício de alienados, nas Santas Casas de Misericórdia. Em 1841, foi criado o Hospício Pedro II na cidade do Rio de Janeiro. Com isso, em diversos lugares do país, hospícios são criados para suprir as necessidades da população, quase sempre em lugares de difícil acesso. O hospício é concebido como um lugar de exercício da prática terapêutica, realizando uma verdadeira pedagogia da ordem, um tratamento moral. Assim, o hospício se caracteriza como um lugar de isolamento, vigilância e repressão. Em 1903, é aprovada a Lei dos Alienados, onde consta que o hospício é o único lugar apto a receber os doentes mentais, marco para a institucionalização da loucura no Brasil (ORNELLAS, 1997).

Apenas nos anos de 1950 foram iniciados os processos de reformas nas instituições manicomiais, como a instauração da “comunidade terapêutica” por Maxwell Jones, na Inglaterra em 1959, devido ao desrespeito aos direitos humanos dos internados, à violência dos técnicos e funcionários, à extrema precariedade da instituição e ao agravamento das

doenças psiquiátricas por conta das más condições dos manicômios. No mesmo período, François Tosquelles inicia na França a “psicoterapia institucional”, munido pelos mesmos ideais de Jones. Ambos os movimentos sugeriram a participação da comunidade no processo terapêutico dos enfermos e a discussão dos valores das instituições manicomialis (AMARANTE, 1995).

Na década de 1960 surgiram os movimentos da “psiquiatria de setor”, novamente na França, onde o paciente é tratado em seu próprio meio social e cultural, antes e depois de uma internação psiquiátrica, da “psiquiatria preventiva” nos Estados Unidos, onde se iniciaram as propostas de promoção da saúde mental, buscando a redução de transtornos mentais nas comunidades (em especial, pela primeira vez, foram introduzidas outras metodologias além da medicina, como a sociologia, a antropologia e a psicologia), e a “antipsiquiatria” na Inglaterra, onde objetivava desapropriar a loucura do saber médico, buscando destituir a prática psiquiátrica no que concerne à compreensão e tratamento dos transtornos mentais, instaurando uma “comunidade terapêutica” (AMARANTE, 1995).

A partir da década de 1970, os movimentos antimanicomialis ganham interesses político-sociais mais amplos. Franco Basaglia dá início em Trieste, na Itália, a desinstitucionalização dos manicômios, construindo centros de saúde mental e comunidades terapêuticas em cada região da cidade e grupos-apartamento, onde moravam usuários dos serviços e técnicos, em 1972 (AMARANTE, 1995). Sobre isso, Basaglia (1985) afirma:

Assim, a comunidade terapêutica pode ser considerada um passo necessário na evolução do hospital psiquiátrico (necessário principalmente devido à função do desmistificadora que teve e ainda tem relativamente à falsa imagem do doente mental e devido à individualização dos papéis *anteriormente existentes* fora do nível de autoridade), não pode entretanto ser considerada a meta final, mas antes uma fase transitória enquanto a própria situação evolui de modo a fornecer-nos novos elementos de elucidação... (BASAGLIA, 1985, p. 118).

Posteriormente, houve a fundação da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), dando possibilidades para que a população denunciasses as práticas desumanas nos manicômios e a criação de leis para regulamentar as práticas alternativas no tratamento dos transtornos mentais. Finalmente, em 1978, foi aprovada a Lei Basaglia, que cria subsídios para a implantação da reforma psiquiátrica na Itália (AMARANTE, 1995).

No Brasil, a reforma psiquiátrica surgiu a partir de pequenos movimentos. No fim dos anos de 1970, os funcionários de instituições ligadas à DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) iniciaram uma greve que resultou na demissão deles próprios. Posteriormente,

estas instituições iniciaram a contratação de bolsistas (pós-graduandos e universitários da área da saúde) para suprir a demanda de seus serviços. Porém, devido à constante violência e às condições trabalhistas precárias, médicos bolsistas denunciam as irregularidades da entidade, obtendo o apoio da mídia. Em decorrência, surge o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), que realizam conferências e debates para a transformação da assistência psiquiátrica. Assim, criam-se subsídios para a realização de congressos nacionais e regionais com foco na discussão do fazer psiquiátrico e da humanização dos serviços psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

Nos anos de 1980, há os primeiros debates a respeito da desinstitucionalização dos manicômios, onde a saúde mental atinge dimensões globais e complexas, em vez de ser um processo técnico-assistencialista. Nessas conferências, há pela primeira vez a participação da população (antes exclusivas apenas a profissionais e tecnocratas), envolvendo variadas entidades e instituições da sociedade civil. Assim, com as denúncias da precariedade e da destituição dos direitos humanos em diversos manicômios brasileiros, a reforma psiquiátrica ganha contornos cada vez mais abrangentes (AMARANTE, 1995).

O ponto culminante para a reforma psiquiátrica brasileira foi a promulgação da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que garante a proteção e o direito ao tratamento humanizado às pessoas em sofrimento psíquico, a derrubada do modelo assistencialista médico e a extinção gradativa dos manicômios, acarretando na criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) e das Residências Terapêuticas (RT's) (AMARANTE, 2007).

Os CAPS's e as RT's destacam-se como sendo os principais agentes da Reforma Psiquiátrica. O objetivo do CAPS é realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social do usuário pelo acesso ao trabalho, lazer, restituindo-lhe seus direitos civis e fortificação das relações familiares e comunitárias, com o comprometimento de diversos profissionais, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. Podem ser definidos em cinco tipos: CAPS I, para municípios com população de 20000 habitantes até 70000 habitantes, funcionando de 8h às 18h de segunda a sexta-feira; CAPS II, para municípios com população de 70000 até 200000 habitantes, funcionando de 8h às 21h de segunda a sexta-feira; CAPS III, para municípios com população acima de 200000 habitantes, funcionando 24h todos os dias; CAPSi, especializado nos atendimentos a crianças e adolescentes, para municípios com população acima de 200000 habitantes, funcionando de 8h às 21h; e CAPSad, especializado no atendimento de dependência química, para municípios com população acima de 100000, funcionando de 8h às 21h. Esses serviços devem aproveitar

ao máximo a intersetorialidade, com a criação de vínculos com a comunidade e as políticas públicas em geral, formando uma “rede” (AMARANTE, 2007).

As Residências Terapêuticas (RT's) são o modelo substitutivo dos manicômios, destinadas às pessoas internadas há anos em hospitais psiquiátricos, caracterizadas como moradias abertas e inseridas na própria comunidade, podendo ser assistidas por profissionais da saúde. O modelo psiquiátrico asilar do manicômio acabou por produzir graves sequelas nas vidas de milhares de pessoas, como obstruir projetos de vida, reduzir expectativas, expressões e sentimentos. Muitos não têm mais família ou a família não os querem mais em casa. Cabe às RT's o acompanhamento destas pessoas, ajudando-as a adquirirem autonomia e independência. (AMARANTE, 2007).

Assim, a saúde mental abandona sua concepção positivista, neutra e autônoma para se tornar um processo complexo, sobretudo social. Além disso, sendo necessário colocar a doença mental “entre parênteses”, onde não se trata de negar a existência da doença, mas suspender um determinado conceito que implica em possibilidades de novos conhecimentos empíricos à experiência vivida pelos sujeitos (AMARANTE, 2007).

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

O presente estudo foi realizado a partir dos pressupostos da pesquisa qualitativa, utilizando o método fenomenológico. A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que se quer investigar, não se preocupando com generalizações. A atenção é centrada no individual, no peculiar e no específico, concebendo inúmeras possibilidades ao fenômeno. A ciência positivista, ao basear-se numa metodologia que normatiza os procedimentos do sujeito a que se quer conhecer e reduzi-los à fórmulas metodológicas da ciência, perde sua visão sobre a experiência direta do sujeito. O conhecimento se torna uma ingênua ideia da descrição da realidade, se distanciando dos problemas humanos, sociais, históricos e, principalmente, do que se refere à existência do homem (MARTINS & BICUDO, 2005).

O método fenomenológico de pesquisa baseia-se no estudo da experiência vivida pelos sujeitos e não partindo de uma ideia funcionalista da experiência. Nessa perspectiva, o objetivo é buscar a essência do fenômeno que se apresenta. Assim, não se faz análises prematuras ou ideias explicativas nas descrições no fenômeno (MARTINS & BICUDO, 2005).

Para a obtenção dos dados da pesquisa foi utilizado o instrumento da entrevista, por ser capaz de apreender dados relevantes sobre o mundo-vida dos sujeitos, seguindo as orientações de Martins & Bicudo (2005). Foram realizadas entrevistas áudio-gravadas com 10 (dez) moradores do bairro Santa Etelvina que vivem no entorno das Residências Terapêuticas (RT's), chamadas "Lar Rosa Bayla", com os seguintes critérios: serem maiores de 18 anos, serem residentes do bairro há pelo menos 1 (um) ano e concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Inicialmente, foi feita uma visita às residências dos participantes da pesquisa e o convite de que participem da pesquisa. O objetivo do estudo foi apresentado aos participantes dando ênfase à importância de sua participação. Posteriormente, foi lançada a questão norteadora: "Gostaria que você me dissesse o que pensa sobre as Residências Terapêuticas e de seus moradores aqui próximo da sua casa", que foi desdobrada em outras questões permitindo a observação do discurso dos participantes. O pesquisador pôde intervir quando necessário com o objetivo de esclarecer, informar ou facilitar as expressões oriundas dos participantes da pesquisa.

A entrevista sob o olhar da fenomenologia procura perceber o sentido do comportamento, efetuando a leitura da verdade, que culmina em ter uma visão de unidade e

totalidade, visão de ultrapassagem do pensamento objetivo situando o comportamento para além de conteúdos particulares motores e visuais, é a “demonstração de sua totalidade e não de seus fragmentos” (CARVALHO, 1991).

Segundo Carvalho (1991), através da entrevista fenomenológica:

Há que se chegar à compreensão do problema fundamental do cliente, projetando sua vida para um mundo que não é soma de gestos e sons e multiplicação de palavras, mas engajamento contínuo e ininterrupto às solicitações e exigências da vida cotidiana pelo gesto linguístico, uma necessidade permanente de instituição do espaço humano e social, um estar presente no mundo, nas coisas, no outro, na vida familiar e de trabalho, em todas as tarefas necessárias a uma história vivida, em todos os movimentos e gestos necessários à instituição do espaço. (CARVALHO, 1991, p. 60).

A análise dos dados também foi feita a partir das referências de Martins & Bicudo (2005). Primeiro, o pesquisador efetuou uma leitura do início ao fim das entrevistas, sem buscar quaisquer interpretações do que estava sendo apresentado ou identificar algum atributo ou elemento que ali poderia constar. Após, várias releituras das entrevistas foram feitas para discriminar as unidades de significado dentro de uma perspectiva psicológica. Posteriormente, com a obtenção das unidades de significado, foram expressos os *insights* psicológicos contido nelas, usando um procedimento de reflexão e de variação imaginativa. Assim, a síntese de todas as unidades de significado foi transformada numa preposição consistente que se refere às experiências dos moradores do bairro.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa qualitativa na perspectiva fenomenológica permite a interpretação dos dados sob o prisma da totalidade, a fim de se chegar à essência do que está sendo mostrado, não embargando predefinições estabelecidas. Para melhor entendimento dos resultados da pesquisa acerca das percepções dos moradores do bairro Santa Etelvina com relação aos novos moradores do Lar Rosa Bayla, as Residências Terapêuticas (RT's), foram discriminadas as seguintes unidades de significado: Medo das pessoas em sofrimento psíquico (que se dividiu em três subcategorias: Pessoas em sofrimento psíquico como ameaças à comunidade, Vivência excludente dos moradores das RT's e Desconhecimento da importância da rede de saúde mental); Importância do tratamento humanizado às pessoas em sofrimento psíquico; Abandono familiar experienciado pelas pessoas em sofrimento psíquico; Convivência com pessoas em sofrimento psíquico; e Mudança na percepção em relação às pessoas em sofrimento psíquico.

1 Medo das pessoas em sofrimento psíquico

1.1 Pessoas em sofrimento psíquico como ameaças à comunidade

Nos discursos dos entrevistados evidenciou-se o temor vivenciado pelos moradores do bairro acerca dos moradores das RT's:

Assim, eu sei que eles têm as necessidades deles, mas também a gente não gostou muito porque é um pouco perigoso. Porque de vez em quando eles fogem (...). Já cansei de ver, não só eu, como tudo mundo aqui, que é até perigoso, porque de repente dá aquelas crises que dá naquelas pessoas (...). Aí, todo mundo tem que andar de porta fechada. (Participante 2).

A gente sente uma certa insegurança, particularmente ao fato da minha mãe ser deficiente né, e muitas vezes ela está sozinha... porque a gente não sabe o motivo, o que aconteceu com elas né. Já ouvi rumores que tem alguns que cometeram crimes familiares, mataram o pai, mataram mãe, mataram irmãos. (Participante 5).

Foucault (2002) ressalta que desde a Idade Clássica, o ser humano teme aquilo que desconhece, atribuindo anormalidade a tudo o que é diferente e fora de sua cultura. A loucura é tida como permanente, pois em quaisquer épocas, o *louco* é estigmatizado. O sofrimento psíquico se sobrepõe ao indivíduo que adocece, a humanidade do *louco* já não é mais reconhecida, apenas a doença.

Goffman (2003) também discorre nesta perspectiva:

Um problema na aplicabilidade do modelo de serviço à psiquiatria institucional decorre do fato de que parte do mandato oficial do hospital psiquiátrico público é proteger a comunidade do perigo e dos aborrecimentos de certos tipos de má conduta (...). Uma vez que tenha um registro de ter estado num hospital para doentes mentais, o público em geral o considera como um ser a parte; o doente é estigmatizado. (GOFFMAN, 2003, p. 286-288).

Ou seja, o que se teme é a dúvida em como a pessoa em sofrimento psíquico poderá se comportar, ainda na perspectiva de que a pessoa estará frequentemente em crise e não conseguirá controlar seus impulsos. Quando se tem maior atenção ao cuidado com o enfermo, a impulsividade e a agressividade exacerbada tendem a diminuir consideravelmente. No ambiente psiquiátrico tradicional, a hospitalização resulta na piora dos sintomas e no aparecimento de novos, devido ao isolamento, às más-condições de tratamento e à falta de livre-arbítrio das pessoas em sofrimento psíquico (BOARINI, 2006).

Ademais, houve um relato em que, para a segurança da comunidade, os moradores das RT's necessitam estar constantemente vigiados e “treinados” a não fugirem do Lar Rosa Bayla:

Tem que ter orientação, né? Orientação, ser bem vigiados, né? Que eles não mexem com ninguém. Precisam ser vigiados, né (...)? O muro é bem baixinho lá. Eu já perguntei até deles se eles querem fugir. Eles falaram: ‘não, não’. Acho que são orientados pra não fugir. Se eles caírem daquele muro, foram orientados que eles morrem, né? (Participante 10).

Goffman (2003) também afirma a importância do controle e da vigilância para a organização social das instituições totais manicomiais, criando-se uma divisão entre o grupo de internados e uma pequena equipe de supervisão médica, onde cada agrupamento concebe o outro através de estereótipos hostis e limitadores. As diretrizes da reforma psiquiátrica acerca do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico ainda são recentes: o morador das RT's ainda é visto igualmente como um paciente do manicômio, necessitando de vigilância constante para não burlar as regras e as imposições dos profissionais na instituição, que limita sua liberdade e livre-arbítrio. La Haye (2007) destaca uma das principais missões das instituições manicomiais: impedir que os internados fujam, privando-os de sua liberdade para o sucesso do tratamento psiquiátrico, dando um aspecto prisional ao manicômio.

1.2 Vivência excludente dos moradores das RT's

A visão separatista dos moradores do bairro em relação aos moradores das RT's também foi explorada nas entrevistas. As novas diretrizes da rede de saúde mental descrevem a importância da integração entre a pessoa em sofrimento psíquico e a comunidade onde vive, mas isso foi pouco percebido:

O muro é muito baixinho já viu? É muito baixinho, era pra ter feito uma grade como essa daqui [aponta para o muro alto da vizinha]. Que ficava mais seguro né (...)? E também não quero que eles mexam comigo (risos) nem com ninguém (...). Vou dizer pra ti, que toda a vida eu tive medo [dos moradores das RT's], eu oro pra que isso nunca aconteça com meus filhos (Participante 1).

Mas aí, a gente tem que conviver com eles né, eles lá e a gente aqui (risos). Até o muro é baixo, o pessoal até conversa com eles, mas por enquanto não vamos mudar nossa opinião. (Participante 2).

A gente sabe que é uma coisa necessária, que muitas vezes a gente vê pacientes andando, vagando pela rua e a gente sabe que é errado. Eu só gostaria de um pouco mais de segurança porque já houve umas fugas aí. Tipo, o muro é muito baixo, tá certo que não é uma prisão também, não pode ter essas características. (Participante 5).

Foucault (2002) salienta que os chamados *loucos* viviam à margem da sociedade desde a época clássica. Em determinados momentos da história, o *louco* se relacionava com o “sagrado” na Grécia antiga, com o “profano” no período medieval e com o “marginal” no início da idade moderna. Após o século XVII “produziu-se uma grande ruptura: toda a série de modalidade transformou o louco como um ser marginal em um ser completamente excluído” (FOUCAULT, 2002, p. 237). Ou seja, o *louco* se tornou um ser sem identidade ou história, onde a exclusão é a maneira deste não *contaminar* o restante da sociedade.

Rosa (2011) também argumenta nesta questão:

Cada época histórica e cada sociedade criam seu procedimento específico de abordar o fenômeno da loucura. Aquilo que foge do padrão social e é consensualmente definido de comportamento, conduta e maneira de ser, constitui mecanismo próprio de controle, integração e segregação. (ROSA, 2011, p. 39).

Goffman (2003) ressalta que, apesar da exclusão do modelo manicomial, a instituição psiquiátrica ainda não pôde ser realmente *desconstruída* enquanto um lugar de isolamento. Persiste, ainda hoje, a ameaça que a pessoa com sofrimento psíquico pode representar à comunidade. Para La Haye (2007), o *louco* tornou-se o bode expiatório para

assegurar a *sanidade* da população, um meio de transferir todas as perturbações e as inquietações a alguém que é *incapaz* de se ajustar socialmente.

1.3 Desconhecimento da importância da rede de saúde mental

Em seus discursos, alguns moradores manifestaram a decepção por ter sido construído uma instituição de saúde mental em seu bairro, aspirando ao estabelecimento de outras instituições:

Eles fizeram essa casa, mas eu achava que era pra gente morar, pra outras pessoas morarem, não sabia que eles viriam pra cá, fui saber depois. O que eu posso fazer, só eu ser contra e os outros não? (Participante 1).

Não sei como as pessoas aqui do bairro, quando disseram que iam fazer alguma coisa aqui... tudo bem que eles precisam, mas a gente estava precisando de uma creche (...). Não só eu mas como as pessoas daqui gostariam que tivesse sido construído outra coisa. (Participante 2).

Lobosque (1997) justifica a importância de mudanças na rede de saúde mental por uma questão de humanizar o tratamento oferecido às pessoas em sofrimento psíquico, através do envolvimento da comunidade e dos profissionais da saúde. A comunidade daria o apoio necessário para que o morador das RT's possa perceber-se novamente como cidadão e construtor de sua própria história.

O progresso da reforma psiquiátrica na cidade de Manaus ainda está se movendo lentamente, com apenas três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) e um conjunto de RT's atuando na região. Faz-se necessário um trabalho mais significativo com o estabelecimento de mais unidades da rede de saúde mental para suprir a demanda da cidade. É importante frisar que em todo o estado do Amazonas há essa carência de serviços às pessoas em sofrimento psíquico, com poucos CAPS's na região metropolitana e sem RT's no interior do estado (D24AM, 2014).

2 Importância do tratamento humanizado às pessoas em sofrimento psíquico

No curso das entrevistas, foram apresentados relatos acerca das más-condições do antigo Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) que foram expostas pelos meios de comunicação (jornais, noticiários e artigos na internet), e da relevância do estabelecimento e da humanização do cuidado dispensado às pessoas em sofrimento psíquico:

Diz que estavam tudo abandonado. Diz que não podiam nem visitar com a sujeira, com tudo que tinha lá [no CPER]. E aqui não. Aqui eles têm outra vida. (Participante 1).

Acho que isso [sofrimento psíquico] deve ser tratado com muita humanidade, muito cuidado, muito carinho por eles. (Participante 3).

Eles [moradores das RT's] são mais, assim, que perturbados porque eles viviam só, isolados, e aí [nas RT's] não, aí eles têm o ambiente aberto pra eles conversarem com as pessoas, eles vão pra igreja, podem andar. Porque lá no Eduardo Ribeiro, creio eu, era tipo que um isolamento. (Participante 4).

Quanto ao Lar [Rosa Bayla], realmente, é algo bom né, pra não deixar o paciente como se fosse um objeto como era no Eduardo Ribeiro, que a gente sabe que era algo desumano ali. (Participante 5).

Eles devem ser tratados com o máximo de cuidado. Eles tem que estar num lugar apropriado com alimentação saudável, com médicos adequados para cuidar deles, especialmente. (Participante 6).

Eu acho que lá [CPER] era muito ruim, porque tenho um cunhado que trabalhou lá e disse que lá, eles [pacientes] eram muito maltratados. (Participante 9).

Segundo um artigo do jornal *Acritica*, investigações foram feitas pelo Ministério Público Federal e Ministério Público do Estado do Amazonas que constataram as condições indignas que os antigos pacientes do CPER vivenciavam, como: refeições inadequadas, ausência de instrumentos necessários para emergências, falta de artigos de higiene pessoal e vestuário, carência de atividades de recreação, esporte e lazer, inexistência do acompanhamento psiquiátrico e psicológico e escassez de profissionais de saúde qualificados na instituição (KELLY, 2014).

La Haye (2007) também evidencia as precárias condições que os hospitais psiquiátricos apresentavam a seus pacientes: uso em grande quantidade de medicamentos fortes com duradouros efeitos colaterais; uso de camisas de contenção e isolamento de certos pacientes para inibição da liberdade; uso de eletrochoques a partir dos anos de 1930; castigo às transgressões através de maus-tratos; más condições de moradia, higiene e alimentação pouco nutritiva e/ou insuficiente, entre outros. Goffman (2003) acrescenta como consequência direta da longa hospitalização, a mortificação do eu: a pessoa com sofrimento psíquico acaba por perder sua identidade e personalidade em favor do tratamento médico invasivo.

Jung (1986) relata que mudanças necessárias beneficiariam tanto os próprios enfermos quanto os profissionais da instituição:

Tendo isso em mente, a moderna psiquiatria tenta evitar o caráter de prisão e dar à clínica a aparência de uma casa de saúde. As enfermarias são arrumadas o mais possível como uma casa, os médicos evitam a coerção e se assegura a maior liberdade possível aos pacientes. (JUNG, 1986, p. 200).

Ou seja, aos poucos, vão sendo desconstruídas antigas concepções acerca do tratamento oferecido às pessoas com sofrimento psíquico, destacando a importância do cuidado e da intervenção humanizada aos enfermos.

3 Abandono familiar experienciado pelas pessoas em sofrimento psíquico

O desamparo familiar sofrido pelas pessoas em sofrimento psíquico foi citado como uma constante nas vivências dos moradores das RT's:

Eles tem parentes, mas os parentes não ligam mais pra eles, né? (Participante 1).

Acho que se eles estivessem na casa deles, não sei como dever ser a casa de cada um, porque tem gente que quando adocece, todo mundo despreza, gente que despreza o doente, jogam no hospital e pra lá ficam muitos aí. (Participante 4).

Porque tem casos de pessoas assim que tenham parentes, às vezes abandona. As pessoas não sabem lidar. Às vezes aquele paciente foge de casa, fica andando pela rua e as pessoas que não tem conhecimento ficam com medo, chamam de louco. (Participante 7).

Eu senti indignação [ao saber dos maus-tratos sofridos pelos pacientes no CPER] porque às vezes os familiares abandonam né (...)? Acho que nenhuma família aceita. (Participante 9).

Segundo Rosa (2011), a família é um importante elemento vivenciado pelas pessoas em sofrimento psíquico, pois a família representa o início das relações sociais de qualquer indivíduo. A princípio, o *louco* gera uma tensão no meio familiar por se tratar de uma incógnita acerca do seu próprio destino, evidenciando o despreparo familiar para lidar com essa situação. Na maioria das vezes, a família é responsável pela entrada do sofrido psíquico no hospital psiquiátrico, entregando-o aos cuidados de especialistas com uma promessa de cura. Diante do fracasso da ressocialização e do agravamento dos sintomas decorrentes da hospitalização, a família transfere a responsabilidade do cuidado integral do doente ao hospital, ao Estado ou a qualquer outro grupo disposto a auxiliá-lo, geralmente em favor do preconceito social sofrido pelo enfermo. Outra questão levantada por Rosa (2011) seria a

culpabilização da família como agente causal da patologia mental, normalmente por um frágil ou violento núcleo familiar.

Com o advento da reforma psiquiátrica, a família ganha uma nova dimensão e importância para a vivência da pessoa em sofrimento psíquico, sendo uma conexão entre ele e a sociedade em geral, facilitando e estimulando o processo de ressocialização do indivíduo (ROSA, 2011).

A família se configura com uma parte integradora do tratamento da pessoa em sofrimento psíquico ou como uma parte segregadora que reforça o preconceito e o isolamento do enfermo. A rede de saúde mental deve dar o suporte necessário para a família poder suprir as necessidades do familiar em sofrimento psíquico, através de campanhas de conscientização e orientação, podendo se estender numa intervenção psicológica para a família.

4 Convivência com pessoas em sofrimento psíquico

No decorrer das entrevistas, houve exposições sobre situações vivenciadas pelos moradores do bairro com pessoas em sofrimento psíquico, antes da inauguração das RT's em 2014:

Eu tive um amigo que tinha uma família que eu conheci. O marido viu o ladrão matar a esposa e estuprar a filha. Ele ficou louco (...). Ele rodava na rua, andava... não sei o que foi feito daquele homem. (Participante 3).

Uma vez apareceu outra mulher aqui na minha porta pedindo ajuda, o porquê eu não sei, no momento ela estava muito agitada, que queria ajuda, queria tomar banho, que ela já tinha andado por aqui e ninguém quis ela, e eu ajudei. Coloquei ela aqui pra dentro de casa, dei banho, dei roupa pra ela vestir e levei ela lá pro CAPS pra pedir ajuda pra ela, porque eu mesma não sabia como ajudar. (Participante 7).

Uma tia minha ficou assim de uma hora pra outra. Surtou. Foi parar nesse hospital aí [COPER] (...). Foi só um distúrbio e ela ficou internada nesse hospital aí por uns 20 dias. Mas não vi nenhuma melhora (risos). Ficou doida (risos). (Participante 9).

Quer dizer, já teve o caso de uma ex-esposa de um irmão meu. Meu irmão largou ela com os filhos, e ela ficou assim, doente. Ela andava até despida na rua (...). Foi internada no Eduardo Ribeiro. Depois disso, os filhos dela, meus sobrinhos, tentaram ajudar no tratamento dela. Mas aí ela ficou meio 'beleléu', nunca ficou boa, não. Ela toma medicamento pra não ficar sempre surtada. (Participante 10).

Um relato que se destaca entre os demais é o da Participante 7, que discorre acerca da convivência com a filha em sofrimento psíquico, desde a descoberta da doença até os dias de hoje:

No caso da minha filha, a minha filha já nasceu assim né, e quando eu levei ela no pediatra pela primeira vez, aí... os outros pediatras que eu levava ela não me diziam o problema que ela tinha. Aí depois fui trocando de pediatra até que foi um médico que me falou assim: ‘mãe, eu tenho uma coisa pra falar pra você’. Aí eu já fiquei já um pouco nervosa, aí eu disse: ‘o que, doutor?’. Aí ele falou: ‘a sua filha tem uma síndrome de...’ um nome muito forte, não me lembro. Aí falou: ‘mas não fique triste por isso’. Mas que eu tinha que conviver com ela pra vida toda. Então, no momento, aquilo pra mim, assim, eu fiquei bastante assustada, é minha primeira filha e nasceu desse jeito. Mais hoje né, como certas pessoas falaram pra mim que como ela era uma criança assim, com problema assim, era raro a criança viver. Mas hoje ela está com 31 anos, não morreu como essas pessoas falaram pra mim. E hoje ela está aqui, está bem, tem momentos em que ela entra em crise, mas tem que saber conviver, saber lidar.

Notou-se que a maioria das pessoas em sofrimento psíquico das quais os participantes discorrem, são seus familiares. Como Rosa (2011) já salientou: a família pode atuar de diversas maneiras em como acolher o familiar enfermo. Nos discursos da Participante 9 e do Participante 10, a família agiu numa percepção segregadora ao transferir os cuidados do familiar aos profissionais de saúde do hospital psiquiátrico que, apesar de não terem constatado melhoras acerca do transtorno mental, nada mais de significativo fizeram ao enfermo.

A Participante 7 relatou acerca da convivência com a filha em sofrimento psíquico, intervindo da melhor forma possível, seja indo contra ao que a comunidade dizia ou acompanhando a filha na questão do cuidado. A reforma psiquiátrica trouxe uma nova perspectiva acerca das relações entre a família e a pessoa em sofrimento psíquico: tornando os familiares, agentes da reinserção do enfermo à comunidade. A pessoa em sofrimento psíquico terá acesso aos serviços do CAPS e das RT's quando necessário, mas a família propiciará o contato com a sociedade externa, quando o paciente se reconhece como cidadão (ROSA, 2011).

A Participante 3 e a Participante 7 conviveram pela primeira vez com uma pessoa em sofrimento psíquico através de amigos ou anônimos, respectivamente. A Participante 3 afirmou como a causa da “loucura” do amigo, o trauma relacionado à morte da esposa e ao estupro sofrido pela filha, correlacionando esse conceito às antigas tragédias gregas e aos

poemas de Eurípides, como um descontrole emocional causado por um choque (PESSOTTI, 1994).

Quando a primeira convivência com alguém em sofrimento psíquico ocorre no meio familiar, a família pode responder com a segregação do indivíduo, mantendo-o em instituições psiquiátricas e isolado do restante da família, ou com a integração do indivíduo na questão do cuidado e do respeito à dignidade humana. Com os avanços nas campanhas de conscientização promovidas pela reforma psiquiátrica, poderá abrir espaço para diálogos e construção de novos saberes na intervenção com pessoas em sofrimento psíquico.

5 Mudança na percepção em relação às pessoas em sofrimento psíquico

Através da convivência com os moradores das RT's e de usuários do CAPS, alguns entrevistados expuseram mudanças na maneira de pensar acerca das pessoas em sofrimento psíquico:

No início a gente ficou, assim, até meio amedrontado, pensando que eles fossem perigosos, mas agora não. A gente vai até visita-los, conhecer eles. A gente já conhece por nome e eles também, pelo nome da gente. Eles são bem carinhosos. Chamam a gente de mãe, eles são bem legais. O pessoal falava 'ah, os doidos do Eduardo Ribeiro... eles esganam a gente, eles agarram. Fazem isso e aquilo né'. Mas, é totalmente diferente. Conhecendo o dia-a-dia deles, a gente foi vendo que não é isso que as pessoas falam não. Eles só precisam de um pouco de carinho, de atenção, que cada cabeça é um problema pra se resolver. (Participante 4).

Já tinha contato com as pessoas lá do CAPS, que eu ia em busca de remédios pra minha filha. E quando eu me deparei com uma paciente, que estava muito agitada, aí eu pensei, quando ela se aproximou de mim eu tomei um susto (risos). Pensei que ela fosse me esganar naquele momento, mas não foi nada daquilo. Foi mais medo meu mesmo... (...), ela só estava em busca de, assim, se comunicar com uma pessoa, aquilo era mais medo meu mesmo. (Participante 7).

Amarante (2007) relata que a reforma psiquiátrica brasileira não objetivava apenas mais atenção ao cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, mas também a mudança de concepções arcaicas acerca da saúde mental, principalmente aquelas atreladas ao preconceito social. O trabalho de ressocialização do enfermo, em resposta ao período em que fora confinado no hospital psiquiátrico, representa o início da ressignificação da sociedade em geral acerca da pessoa em sofrimento psíquico. Os discursos da Participante 4 e da Participante 7 demonstraram o sucesso deste processo. Através da convivência com o *ser-diferente*, há diálogo e trocas de vivências, permitindo a mútua compreensão entre as pessoas.

Assim como foi visto na maioria dos discursos dos moradores do bairro, outras pesquisas também evidenciaram o preconceito social da comunidade ao redor das RT's em outras cidades brasileiras. Bastos & Aguiar (2011) realizaram um estudo com moradores de RT's na cidade de Feira de Santana-BA que objetivou descrever as vivências destes moradores no contexto da desinstitucionalização e compreender seu processo de reabilitação social. Os moradores das RT's discorreram acerca das relações com os vizinhos de bairro, considerando-os pouco receptivos, pois ainda carregavam o preconceito e a intolerância para com os usuários da rede de saúde mental.

Matos & Moreira (2013) também realizaram uma pesquisa numa região da cidade do Rio de Janeiro-RJ com o objetivo de descrever o processo de reinserção social dos moradores de RT's. Em seus discursos, também foi evidenciado o preconceito social sofrido pelos residentes, causados pela intolerância, pelo mito da incapacidade e pelo não-respeito às diferenças. Assim, destacam:

Os muros manicomialis que ditam a exclusão e o isolamento, nesse momento de transformação de paradigma e reforma psiquiátrica, deixaram de ser concretos e passaram para o plano das relações, capazes de estabelecer barreiras para as diferenças, baseando-se no imaginário popular da loucura e na figura do louco construída ao longo da história, trazendo de certo o aparato da exclusão ao tentar negar-lhes o direito de ir e vir. (MATOS & MOREIRA, 2013, p. 674).

Outro estudo realizado em Volta Redonda-RJ, que objetivou caracterizar o estigma vivenciado pelos moradores de RT's e analisar a implantação das mesmas e seus principais obstáculos também revelou resistências por parte dos moradores do bairro: “a sociedade também possui dificuldades de aceitar essa transformação social, devido ao estigma e pelo atributo depreciativo que acompanha o portador de transtorno mental” (MARTINS *et al*, 2013, p. 330).

- **Discussão dos resultados**

A questão da reforma psiquiátrica envolve a quebra do antigo modelo manicomial e maior atenção ao cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico. Esse cuidado se reflete principalmente no retorno da pessoa à sociedade, reinserindo-a no meio comunitário. Aos poucos, estes novos parâmetros estão se instalando, iniciando discussões e compreensão de diferentes pontos de vista acerca da saúde mental.

A comunidade tem papel fundamental na reabilitação social da pessoa em sofrimento psíquico. Faz-se necessário compreender de que forma a comunidade está lidando com as novas configurações da rede de saúde mental, objetivando a efetiva reforma no sistema psiquiátrico.

Em suma, a comunidade responde de forma positiva à mudança dos ex-pacientes internos do CPER para as atuais RT's instaladas no bairro ao se preocupar, principalmente, com a importância do tratamento humanizado às pessoas em sofrimento psíquico e da integração familiar. Além disso, puderam-se perceber pequenas mudanças da maneira de pensar acerca dos indivíduos enfermos, conseguidas através da convivência com o *ser-diferente* e da troca de vivências.

Apesar disso, o preconceito social, a intolerância e o mito da incapacidade também estiveram presentes nos discursos dos participantes da pesquisa, persistindo a visão de segregação e exclusão da pessoa em sofrimento psíquico. Ademais, notou-se resistência quanto à instalação das RT's, pois os moradores do bairro almejavam a construção de outras instituições, como creches ou casas.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A reforma psiquiátrica trouxe novos conceitos e percepções, além de possibilitar discussões abrangentes acerca da rede de saúde mental e de sua importância, constituindo-se um novo campo de pesquisas e de inúmeras possibilidades de atuação.

A comunidade tornou-se um agente proativo nesta nova concepção, pois é um elemento importante para a reabilitação social das pessoas em sofrimento psíquico que viviam por muitos anos isoladas em instituições manicomiais. Faz-se necessário uma intervenção para com este público a fim de compreender de que forma estão lidando com as novas configurações em seu bairro e na saúde pública.

Os objetivos desta pesquisa foram atingidos em sua grande parte. Houveram manifestações acerca de como os moradores do bairro percebem as residências terapêuticas (RT's) e seus inquilinos, além de relatos de convivência com pessoas em sofrimento psíquico e em como uma moradora conceitua o termo “loucura”. Também mencionaram mudanças na maneira de pensar sobre o sofrimento psíquico, através do convívio com os moradores das RT's.

O momento atual da reforma psiquiátrica brasileira pode ser definido como o recente abandono do modelo manicomial e o início da adoção de novas técnicas de saúde, com o estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) e das RT's nos principais municípios do país. Esses serviços substitutivos estão aos poucos sendo implantados também em municípios do interior, a fim de ser criada uma complexa rede de atenção à saúde mental.

Com relação à reforma psiquiátrica amazonense, pouco tem sido feito para sua real efetivação. Há apenas três CAPS's atuantes na capital Manaus e apenas um conjunto de RT's para a demanda de todo o estado. Apesar disso, houveram maiores incentivos à pesquisa e às atividades de extensão universitária para facilitar a implantação dos CAPS's e das RT's na região amazonense, como por exemplo: Lopes Neto *et al* (2009) realizaram um estudo com profissionais de saúde do primeiro CAPS construído na cidade de Manaus, revelando a falta de estrutura e escassez de recursos básicos para se fazer um bom trabalho na rede de saúde pública, além da falta de articulação da instituição com outros serviços de saúde.

Colombaroli *et al* (2010) também realizaram uma pesquisa com funcionários de CAPS na capital manauara, também destacando a falta recursos básicos para as atividades terapêuticas da instituição, além da falta de cursos profissionalizantes para se atuar diretamente na questão da saúde mental. Caetano *et al* (2011) também fizeram um estudo com

servidores de outro CAPS em Manaus, constatando mais uma vez a falta de estrutura necessária para a execução de suas funções, mas foi unânime a importância da desinstitucionalização da saúde. Salem Muniz *et al* (2004) atuaram no período de 2002 à 2012 num programa de extensão da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) que objetivou trabalhar aspectos da reforma psiquiátrica com os até então residentes do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER).

O caminho que a reforma psiquiátrica ainda terá de percorrer para sua real efetivação vai além do estabelecimento de novos CAPS's ou RT's, mas *desconstruir* antigos paradigmas e propiciar debates acerca de novos conhecimentos e concepções acerca do sofrimento psíquico.

A presente pesquisa foi o primeiro passo para se pensar em novas abordagens com a comunidade na questão da saúde mental. Grande parte dos relatos feitos pelos moradores do bairro demonstraram aversão aos moradores das RT's, reproduzindo o discurso segregador e excludente ao *ser-diferente*, pois não foi realizado um trabalho de conscientização da comunidade acerca dos parâmetros da reforma psiquiátrica e de sua importância. Futuramente, pensa-se em atividades em que possam ser trabalhadas a recepção desse novo cenário do bairro e o acolhimento dos moradores das RT's na dinâmica da vizinhança, objetivando, aos poucos, a efetivação da reforma psiquiátrica amazonense.

Por fim, uma citação que reflete a emergência da reforma psiquiátrica no Brasil:

Lutamos por reinserção, reabilitação e cidadania para portadores de transtornos mentais quando essa questão se refere ao fato de que a constituição da cidadania em um país como o Brasil é menos uma questão relacionada à condição de louco e, mais uma questão social, tendo em vista a grande parcela da população brasileira que não desfruta das condições de vida identificadas com a cidadania (...). Em outras palavras, a desmontagem do manicômio como organização e, principalmente, como instituição efetiva-se, pois, através de uma luta política, teórica e prática que visa a articular uma rede comunitária de cuidados, englobando diferentes serviços substitutivos ao manicômio, que se conecte também a outros espaços da cidade. Tal rede torna possível não apenas uma modificação nas formas de cuidado e acolhimento, a partir das mudanças administrativas e da criação de novos equipamentos, mas principalmente, possibilita a invenção de novas relações e sociabilidades dentro da comunidade e do espaço urbano (...). É neste sentido que entendemos ser urgente pensar, inventar e propor outras formas de lidar com o espaço urbano, com as relações que se constituem cotidianamente na cidade e, de modo mais abrangente, com os discursos e práticas que modelam e modulam os processos de subjetivação e as sociabilidades contemporâneas. (LIBERATO, 2009, p. 6).

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (Coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 132 p.
- AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 141 p.
- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 117 p. Temas em Saúde.
- BASAGLIA, F. (Coord.). A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. 326 p. Biblioteca de Filosofia e História das Ciências; v. n. 17.
- BASTOS, L. C. & AGUIAR, M. G. G. Vivências de moradores de residências terapêuticas de Feira de Santana, Bahia: do fio da vida administrada no “Hospital Colônia” à vida em liberdade na cidade. Revista Baiana de Saúde Pública: v. 35, n.2, p. 432-445, abr./jun, 2011.
- BOARINI, M. L. A loucura no leito de Procusto. – Maringá: Dental Press, 2006. 128p.
- BRASIL (2002). Legislação em Saúde Mental. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Portal da Copa: site do Governo Federal Brasileiro sobre a Copa do Mundo da FIFA 2014. Disponível em: <<http://www.copa2014.gov.br/pt-br/sedes/manaus>> Acesso em 01/03/2014.
- CAETANO, A. S.; ALVES, A. C. A.; SOUZA, J. C. P.; COLOMBAROLLI, M. S.; SILVA, M. V. V. & KATSURAYAMA, M. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Reforma Psiquiátrica no Amazonas: um olhar dos envolvidos. Sal. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.3, p.94-101, 2011.
- CARVALHO, A. de S. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. 2a ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991. 93 p.
- COLOMBAROLLI, M. S; ALVES, A. C. A.; SOARES, A. C.; SOUZA, J. C. P.; VESLAQUEZ, M. V. & KATSURAYAMA, M. Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Manaus. Psicologia: Teoria e Prática – 12(3):22-33, 2010.
- FASHHEBER, V. B. & VIDAL, C. E. L. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. Psicologia Ciência e Profissão. 27 (2): 184-207, 2007.
- FOUCAULT, M. História da loucura. 6. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999. 560 p.

- FOUCAULT, M. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2002. 354 p.
- GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003. 312 p.
- GOMES, W. B. & CASTRO, T. G. de. Clínica fenomenológica: do método de pesquisa para a prática psicoterapêutica. Psic.: Teor. e Pesq. Vol.26 no.spe. Brasília, 2010.
- JUNG, C. G. Psicogênese das doenças mentais. Petrópolis: Editora Vozes, 1986. 279 p.
- KELLY, B. MPF e MP/AM exigem melhorias no atendimento do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Acritica, Manaus, 30 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://acritica.uol.com.br/manaus/MPF-MPAM-Hospital-Psiquiatrico-Ribeiro_0_1075692465.html>. Acesso em 10/01/2015.
- LA HAYE, J. L de. A morte do manicômio: história da antipsiquiatria. São Paulo: São Paulo: Imaginário: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2007. 209 p.
- LIBERATO, M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol. 1, nº1, jan-abr, 2009.
- LOBOSQUE, A. M. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. 96 p.
- LOPES NETO, D.; VIEIRA, H. W. D.; ARRUDA, A. T.; FARINA, H. A. D. Atenção à Saúde no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental – Vol 1 N.2 – Out/Dez, 2009.
- LOURENÇO, L. Único hospital psiquiátrico do Amazonas está prestes a fechar; internos ainda não têm para onde ir. Agência Brasil – Empresa Brasil de Comunicação. Manaus, 26 de junho de 2010. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2010-06-29/unico-hospital-psiquiatrico-do-amazonas-esta-prestes-fechar-internos-ainda-nao-tem-para-onde-ir>>. Acesso em 10/01/2015.
- MARQUES, A. L.; MÂNGIA, E. F. Ser, estar, habitar. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 245-52, set/dez, 2012.
- MARTINS, G. C. S.; MORAES, A. E. C.; SANTOS, T. C. F.; PERES, M. A. A.; ALMEIDA FILHO, A. J. O processo de implantação de residências terapêuticas em Volta Redonda – Rio de Janeiro. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 21 (1): 86-94, jan-mar, 2012.
- MARTINS, G. C. S.; PERES, M. A. A.; OLIVEIRA, A. M. B.; STIPP, M. A. C.; ALMEIDA FILHO, A. J. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas... Texto Contexto Enferm. Florianópolis, Abr-Jun; 22 (2): 327-34, 2013.
- MARTINS, J e BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos – 5.ed. – São Paulo: Moraes, 2005. 110 p.

- MATOS, B. G. & MOREIRA, L. H. O. SRT: o olhar do usuário. *Esc Anna Nery* (impr.), out-dez; 17 (4): 668-676, 2013.
- MOREIRA, M. I. B. & CASTRO-SILVA, C. R. Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. *Psicologia & Sociedade*; 23 (3): 545-553, 2011.
- NASCIMENTO, F. Z. F. O.; FERNANDES, M. A. & LEITE, J. M. da C. O convívio social dos moradores das residências terapêuticas do município de Teresina – Piauí: realidade e desafios. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina*. v. 3, n. 3, Jul/Ago/Set, 2010.
- ORNELLAS, C. P. O paciente excluído: História e crítica das práticas médicas de confinamento. – Rio de Janeiro: Revan, 1997. 254 p.
- PAZUELLO, A. Governo faz transferência de pacientes psiquiátricos do Eduardo Ribeiro. *D24AM*. Manaus, 26 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://new.d24am.com/noticias/amazonas/governo-transferencia-pacientes-psiquiatricos-eduardo-ribeiro/107025>>. Acesso em: 10/01/2015.
- PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 1995. 206 p.
- PESSOTTI, I. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996. 300 p.
- PESSOTTI, I. Os nomes da loucura. São Paulo: Ed. 34, 1999. 261 p.
- ROSA, L. C. dos S. Transtorno mental e o cuidado da família – 3. ed. – São Paulo, Cortez, 2011. 367 p.
- SALEM MUNIZ, E. N.; MARQUES, A. M. C.; CAVALCANTE, A. P., WAISMAN, D. F., AZEVEDO, H. P. M. Mudança na Atenção à Saúde Mental no Amazonas: Projeto para subsidiar a Implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos. 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA. 2004, Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte, 2004.
- SANTOS JUNIOR, H. P. O. & SILVEIRA, M. F. A. Práticas de cuidado produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. *Rev. Esc. Enferm. USP*: 43 (4): 788-95, 2009.
- SILVA, D. S. & AZEVEDO, D. M. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida. *Esc. Anna Nery* (impr.); 15 (3): 587-594, jul-set, 2011.
- SPRIOLI, N. & COSTA, M. C. S. Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias. *Rev. Latino-AM. Enfermagem*. 19 (5): [08 telas], set-out, 2011.

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Novos vizinhos, novas perspectivas: o discurso de moradores do entorno das Residências Terapêuticas em um bairro de Manaus

Pesquisador: Ermelinda do Nascimento Salem José

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31390414.4.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 667.152

Data da Relatoria: 28/05/2014

Apresentação do Projeto:

A alarmante situação da Saúde Mental no Brasil tornou-se evidente a partir dos anos de 1970, quando surgiram os primeiros movimentos (inspirados nas revoluções europeias) objetivando a melhoria do tratamento oferecido aos portadores de sofrimento psíquico nas instituições manicômiais, devido à desconsideração dos direitos humanos dos internados, aos precários serviços oferecidos pelos manicômios e ao agravamento das doenças psiquiátricas em decorrência do método asilar. Após décadas de discussões e debates em congressos e conferências de saúde, a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei 10.216), que visa a extinção dos manicômios e a instauração dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) e das Residências Terapêuticas (RT's), foi promulgada no ano de 2001. Apesar disso, suas diretrizes foram cumpridas apenas tardiamente, principalmente no que se refere ao estado do Amazonas, devido à quantidade insuficiente de CAPS's para a demanda de sua população e a recente transferência dos ex-pacientes do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) para as RT's, localizadas no bairro Santa Etelvina em Manaus. Este estudo tem como objetivo elucidar os posicionamentos dos moradores de comunidades no entorno das RT's no bairro Santa Etelvina acerca da recente instalação dos ex-pacientes do CPER para as RT'S, além de conceitualizar "loucura" segundo os próprios moradores, averiguar vivências que os mesmos

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



Continuação do Parecer: 667.152

possam ter com pessoas com sofrimento psíquico e apontar formas de se trabalhar conteúdos acerca da efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas, uma vez que os moradores estão convivendo e permanecendo em contato direto com os ex-internos. Como metodologia, opta-se por usar o método fenomenológico de pesquisa, baseando-se em entrevistas com os próprios moradores a respeito deste tema, buscando a compreensão dos significados existentes em seus discursos.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as percepções de moradores do bairro Santa Etelvina acerca da mudança dos ex-pacientes do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro para as Residências Terapêuticas instaladas no bairro.

Objetivo Secundário:

a) Identificar o conceito "loucura" segundo os moradores do bairro Santa Etelvina; b) Conhecer experiências que os mesmos podem ter com pessoas em sofrimento psíquico; c) Identificar estratégias para se trabalhar possíveis pré-conceitos e questionamentos acerca da efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não oferece nenhum risco aos participantes nem aos pesquisadores envolvidos, mas na eventualidade de qualquer tipo de dano, o pesquisador disponibilizará acompanhamento psicológico.

Benefícios:

A pesquisa trará benefícios para os moradores do bairro Santa Etelvina por possibilitar a discussão acerca da efetivação da reforma psiquiátrica no estado do Amazonas, incitando os questionamentos que podem advir, desde a concepção de "loucura" até debates sobre políticas públicas de saúde mental na região amazonense. Além disso, aos pesquisadores, a pesquisa poderá ser o ponto inicial para ações de conscientização da importância de melhorias do sistema público de saúde do Amazonas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa em nível de PIBIC a ser desenvolvido pelo discente do Curso de Graduação em Psicologia Gabriel Vitor Melo Rocha, sob a orientação da Profª. Drª Ermelinda do Nascimento Salem José e da pesquisadora assistente Rebecca Nunes de Assis. A pesquisa será desenvolvida através de abordagem qualitativa com entrevista aberta a ser realizada junto a dez

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69 057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



Continuação do Parecer: 667 152

moradores do entorno das Residências Terapêuticas. Os dados serão analisados à luz da Psicologia Fenomenológica-Existencial. O projeto apresenta-se coerente em seus objetivos e referenciais teórico e metodológico, bem como trará benefícios acerca de como a comunidade amazonense, no Bairro de Santa Etelvina, compreende e percebe as Residências Terapêuticas naquela localidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto: Apresentada pela Diretora da FAPSI, Profª Drª Iolete Ribeiro da Silva;
2. Termo de Anuência/Concordância: Não se aplica;
3. TCLE: Apresentado e adequado;
4. Instrumentos de obtenção de dados: Apresentados no projeto completo de PIBIC e adequados;
5. Critérios de inclusão e exclusão: Apresentados e adequados;
6. Riscos e benefícios: Apresentados e adequados;
7. Cronograma: Apresentado e adequado;
8. Orçamento: Apresentado e adequado.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o projeto em pauta cumpriu as exigências estabelecidas pela Res. 466/12, apresentando adequadamente todos os protocolos de pesquisa obrigatórios, encontra-se apto para aprovação pelo CEP, para desenvolvimento de acordo com o cronograma apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 667 152

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



MANAUS, 29 de Maio de 2014

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br