

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/326038149>

# Hospital discharge, assisted living facilities, and social inclusion in the context of the Brazilian mental health policy

Article in *Revista Debates em Psiquiatria* · February 2018

DOI: 10.25118/2236-918X-8-1-3

CITATIONS

0

READS

107

1 author:



**Cesar Augusto Trinta Weber**

Centro de Estudos José de Barros Falcão

43 PUBLICATIONS 29 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Assistência Farmacêutica no SUS [View project](#)



Estratégias Terapêuticas de um Hospital Dia em Saúde Mental [View project](#)

# DESOSPITALIZAÇÃO, MORADIAS ASSISTIDAS E INCLUSÃO SOCIAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL

## HOSPITAL DISCHARGE, ASSISTED LIVING FACILITIES, AND SOCIAL INCLUSION IN THE CONTEXT OF THE BRAZILIAN MENTAL HEALTH POLICY

### Resumo

**Objetivo:** Investigar a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, com história de internação de longa permanência em um hospital psiquiátrico, transferidas para residências terapêuticas em uma vila de Porto Alegre (RS).

**Método:** Esta foi uma pesquisa qualitativa descritiva associada às técnicas de observação participante e entrevistas em profundidade. Foram realizadas 25 entrevistas com os moradores locais.

**Resultados:** A Vila Cachorro Sentado é uma área invadida, em meio a um bairro de classe média, dominada pelo tráfico de drogas e pelo comércio ilegal de produtos roubados. A vida social na vila é restrita ou inexistente; a discriminação e o estigma estão presentes, inclusive com atitudes hostis. O retraimento das pessoas com transtornos mentais desospitalizadas pode ser constatado.

**Conclusões:** A criação das residências terapêuticas, em meio à realidade da vila, compromete o alcance dos objetivos de reinserção social, liberdade e retomada de autonomia das pessoas com transtornos mentais transferidas para esses serviços substitutivos.

**Palavras-chave:** Antropologia cultural, desinstitucionalização, moradias assistidas, política pública de saúde, saúde mental.

### Abstract

**Objective:** To investigate the social inclusion of long-term inpatients with mental illnesses discharged from psychiatric hospitals and transferred to assisted living facilities in a low socioeconomic status community in Porto Alegre.

**Method:** This was a qualitative descriptive study associated with participant observation techniques and in-depth interviews. A total of 25 interviews were conducted with local residents.

**Results:** The community investigated is an invaded area located in the midst of a middle-class neighborhood, dominated by drug trafficking and illegal trading of stolen goods. Social life in the community is limited or nonexistent. Discrimination and stigma are present, including hostile attitudes. Withdrawal of the mentally ill discharged from psychiatric hospitals was observed.

**Conclusions:** The creation of assisted living facilities within the reality of the community hinders the achievement of the objectives of social reintegration, freedom and autonomy restoration in patients with mental illnesses transferred to these alternative services.

**Keywords:** Cultural anthropology, deinstitutionalization, assisted living facilities, public health policy, mental health.



MD. MSc. PhD. Pós-Doutor. Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), apoiada na Lei nº 10.216 de 2001<sup>1</sup>, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, entre os quais está o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). A Rede de Atenção Psicossocial<sup>2</sup> (RAPS), quando devidamente implantada, seria capaz de responder às necessidades de tratamento das pessoas com transtornos mentais em ambiente extra-hospitalar.

O lugar das moradias assistidas, ou SRT, na PNSM, é o de modalidade terapêutica substitutiva à internação psiquiátrica de longa permanência, com o objetivo, entre outros, de promover a inclusão social após a desospitalização daqueles que não possuem suporte social e/ou laços familiares para a sua inserção. Para tanto, as moradias assistidas devem estar preferencialmente inseridas na comunidade<sup>3</sup>.

No Brasil, diversos trabalhos se dedicaram a examinar o fenômeno da desospitalização e dos SRT. Alguns estudos destacam a importância dos mesmos no contexto da política de saúde mental<sup>4</sup> e as novas perspectivas dos serviços substitutivos para o campo da reabilitação<sup>5</sup>.

Jaegger et al.<sup>6</sup> pesquisaram o grau de satisfação dos usuários com o SRT no Instituto Municipal Juliano Moreira (RJ), indicando a satisfação com a equipe, instalações e com o próprio grupo.

Furtado et al.<sup>7</sup> avaliou a situação atual do SRT no Sistema Único de Saúde (SUS), concluindo que o número desses equipamentos está aquém do necessário e que a transformação das mentalidades em relação à loucura e à implicação dos gestores municipais ainda constitui um entrave para a expansão do SRT no Brasil.

Suiyama et al.<sup>8</sup> realizaram um levantamento bibliográfico (1980, 1990 e 2000) contextualizando o surgimento de projetos de moradia para pessoas com transtornos mentais no Brasil a partir da implantação da reforma psiquiátrica e a problemática dos moradores de hospitais psiquiátricos. Os resultados revelaram que a construção desses espaços não garante a mudança na lógica das relações institucionais com pessoas com transtornos mentais, permanecendo como um desafio o resgate da subjetividade dos sujeitos, por meio da ampliação dos espaços de troca e participação dos sujeitos que neles residem.

Vidal et al.<sup>9</sup> apresentaram uma revisão da literatura sobre a experiência do SRT no município de Barbacena (MG). Concluíram que, apesar das dificuldades na sua implantação, os tratamentos de base comunitária tornaram-se o modelo dominante de cuidados psiquiátricos, ressaltando que, para os pacientes desospitalizados, os SRT têm papel importante no processo de reinserção social.

Silveira & Santos Junior<sup>10</sup> realizaram uma pesquisa nos SRT do município de Campina Grande (PB), Brasil, com o objetivo de conhecer as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, na prática de cuidado delineada a partir do referido serviço, e identificar as perspectivas por eles apontadas para os(as) moradores(as). Os resultados mostraram que as principais dificuldades enfrentadas são de base estrutural, insuficiência de recursos humanos e/ou falta de capacitação e de apoio social. Concluíram que, apesar das dificuldades vivenciadas, é possível ver avanços, como a autonomia de alguns moradores. Todavia, por ser um serviço recente, precisa ser constantemente avaliado.

Martins et al.<sup>11</sup> se ocuparam de caracterizar o estigma vivenciado por pessoas com transtorno mental e profissionais de saúde durante o processo de implantação dos SRT e analisar a atuação da equipe de enfermagem para a transposição desses obstáculos e implantação dos mesmos. Foi observado que o estigma social resultou na resistência de alguns atores sociais para a implantação e permanência dos SRT, tanto por parte dos moradores próximos aos mesmos quanto para o aluguel desses imóveis. Concluíram que o enfermeiro teve papel fundamental ao interferir no processo de estigmatização da pessoa com transtorno mental e dos profissionais de saúde mental, mostrando que a mudança na forma da assistência prestada seria uma inovação.

Furtado<sup>12</sup>, a partir de revisão narrativa, analisou os antecedentes e a constituição de moradias para pessoas com transtorno mental grave implementadas no Brasil pelo SUS. Identificou a pouca discussão sobre os limites do SRT e a quase inexistência de discussões sobre alternativas para as necessidades de moradia de pacientes graves ligados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Constatou, sob a reflexão da experiência canadense, a necessidade e os caminhos possíveis de ampliação não só quantitativa, mas

sobretudo qualitativa, das formas de apoio às moradias de pessoas com transtorno mental grave no Brasil.

Almeida Filho et al.<sup>13</sup> discutiram como os SRT para usuários com transtorno mental, nos municípios de Miranda do Corvo, Portugal, e de Volta Redonda (RJ), Brasil, contribuem para o processo de reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento psíquico. Constataram que, embora em ambos os municípios a intenção seja a desinstitucionalização das pessoas com sofrimento psíquico, em Miranda do Corvo, a gestão financeira e administrativa é de responsabilidade de uma Fundação, e em Volta Redonda, essa gestão fica sob os auspícios do poder executivo municipal. Além disso, em Miranda do Corvo, observou-se a adoção de normas disciplinares em função do excesso de usuários.

Esses estudos deixam evidente a multiplicidade de situações e contextos em que foram pesquisados os SRT, sem ainda poder chegar a conclusões gerais ou definitivas, o que reforça a necessidade de pesquisas mais detalhadas sobre os mesmos, como a investigação apresentada neste texto.

Nessa direção, este artigo foi desenvolvido com base nos resultados de uma tese de doutorado realizada no Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, com o propósito de investigar o processo de inclusão social das pessoas com transtornos mentais selecionadas e transferidas para o SRT Morada São Pedro (SRT-MSP), na perspectiva dos moradores da Vila Cachorro Sentado/Vila São Pedro (VCS/VSP), em Porto Alegre (RS).

## MÉTODO

Foi realizada pesquisa qualitativa descritiva. As técnicas de observação participante e de entrevistas em profundidade<sup>14,15</sup> permitiram o detalhamento da realidade do processo de inclusão social investigado, envolvendo pessoas com transtornos mentais e demais moradores da VCS/VSP, no período de outubro de 2009 a janeiro de 2011.

Lévi-Strauss<sup>16</sup> salienta que a antropologia assume o homem como objeto de estudo, mas difere das outras ciências humanas por aspirar compreender o seu objeto nas suas mais diferentes formas. Martin<sup>17</sup> destaca que a principal consequência dessa abordagem é caracterizar o ser humano como essencialmente cultural, ou seja, capaz de pensar simbolicamente. Assim, quando a antropologia

se insere no debate das questões da área da saúde, necessariamente faz um deslocamento da compreensão biomédica, buscando entender o ser humano em sua totalidade, como vários autores chamaram a atenção, sejam eles clássicos ou contemporâneos<sup>16,18-20</sup>.

O relativismo cultural faz lembrar que não somos a única cultura possível, assim como as nossas soluções para problemas cotidianos não são melhores nem piores do que as de outras culturas ou subculturas; são simplesmente diferentes. É necessário romper com o nosso etnocentrismo e buscar a lógica que orienta o comportamento do outro<sup>17</sup>.

A seleção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos, ser morador da VCS/VSP, ter idade entre 21 e 70 anos, não ser egresso de internação no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) e possuir competência para compreender o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para Minayo<sup>21</sup>, o material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. Foram realizadas 25 entrevistas semiestruturadas, gravadas em meio digital e transcritas para análise das categorias de estudo identificadas pelo pesquisador. A quantidade de participantes foi indicada pela própria saturação ou recorrência dos dados, ao se observar que a busca de novos sujeitos não iria acrescentar mais nenhum dado novo à investigação. O material de pesquisa obtido foi refletido e analisado tendo como referencial teórico o conceito de cultura<sup>14,15</sup>.

A pesquisa foi realizada tendo como garantia os aspectos éticos e confidenciais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HPSP, conforme Resolução nº 9.003, e pelo CEP da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo, conforme CEP nº 1577/09.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SRT-MSP faz parte de um projeto intitulado São Pedro Cidadão, que foi aprovado em 1999 pela Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, o qual foi assumido como um projeto prioritário pelo governo estadual (gestão 1999-2003), com o propósito de atender os ideais do movimento da

MD. MSc. PhD. Pós-Doutor. Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

Reforma da Assistência Psiquiátrica de desospitalização e desinstitucionalização de pacientes com história de internação de longa permanência no HPSP.

Nesse contexto, o SRT-MSP se constitui como uma estratégia para “desconstrução” do HPSP, nos moldes das residências terapêuticas (alternativa de moradia para egressos dos hospitais psiquiátricos internados há muitos anos) disciplinadas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Assim, o SRT-MSP é um conjunto de moradias construído em uma área atrás do HPSP, contígua a uma área invadida, denominada inicialmente VCS. Para fins

deste estudo, será denominada VSP a área específica que passou a abrigar as 36 residências terapêuticas construídas, juntamente com as 30 casas construídas para serem entregues aos moradores da VCS, por conviverem proximamente com pacientes egressos do HPSP. A denominação de VCS refere-se, exclusivamente, à área invadida, com seus moradores nativos e que não conta com moradores egressos do HPSP.

A Tabela 1 apresenta as características dos moradores da VCS/VSP que participaram deste estudo, identificados pelas letras M ou F, dependendo do sexo, mais o

**Tabela 1** - Caracterização dos participantes do estudo, Porto Alegre (RS), 2009-2011

Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Religião	Local	Tempo (anos)
F01	21	Casada	EFI	Nenhuma	VSP	5
F02	28	Casada	EFI	Católica	VSP	11
F03	48	Casada	EFI	Católica	VSP	21
F04	68	Viúva	EFI	Evangélica	VSP	50
F05	21	Solteira	EMC	Católica	VSP	21
F06	58	Casada	EFI	Católica	VSP	16
M07	41	Casado	EFI	Evangélica	VCS	13
M08	31	Casado	EFC	Católica	VCS	8
M09	36	Casado	Analfabeto	Nenhuma	VCS	25
F10	44	Casada	EFI	Católica	VCS	19
F11	46	Casada	EMC	Católica	VCS	8
F12	37	Separada	EFI	Umbanda	VCS	20
F13	59	Viúva	EFI	Evangélica	VCS	25
F14	57	Viúva	EFI	Católica	VSP	26
M15	28	Solteiro	EMC	Católica	VSP	26
F16	34	Casada	EFC	Católica	VCS	14
F17	67	Viúva	EFI	Evangélica	VCS	31
M18	28	Solteiro	EMC	Evangélica	VCS	28
F19	46	Casada	EFI	Evangélica	VCS	18
F20	48	Viúva	EMI	Nenhuma	VCS	19
F21	57	Solteira	EFI	Evangélica	VSP	22
F22	51	Solteira	EFC	Evangélica	VCS	29
M23	28	Casado	EMI	Evangélica	VSP	23
M24	40	Solteiro	EMC	Umbanda	VSP	20
F25	44	Separada	EMI	Espírita	VCS	3

EFC = ensino fundamental completo; EFI = ensino fundamental incompleto; EMC = ensino médio completo; EMI = ensino médio incompleto; VCS = Vila Cachorro Sentado; VSP = Vila São Pedro.

número correspondente à ordem em que as entrevistas ocorreram e distribuídos por idade, estado civil (o estado civil é aquele informado pelo participante, sem qualquer comprovação documental), escolaridade, religião, local e tempo de residência na vila (VCS ou VSP).

### *Residências terapêuticas e o cotidiano da vila*

O SRT-MSP constitui um conjunto de moradias assistidas, todas com capacidade para quatro habitantes, construídas numa área localizada entre os fundos do HPSP e a VCS, com o propósito de promover a desospitalização e a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais com história de internação de longa permanência no HPSP. Foi inaugurado em 30 de dezembro de 2002, com oito pacientes egressos do HPSP e boa parte das obras ainda inacabadas. O SRT-MSP funciona com uma capacidade instalada 25% inferior àquela planejada, pois das 36 casas previstas, foram construídas 27. Após a instalação do SRT-MSP, a vila foi renomeada para VSP. A taxa média mensal de ocupação dos SRT-MSP se situa ao redor de 50%.

A VCS/VSP é uma área invadida em meio a um bairro de classe média. Encontra-se próxima ao centro da cidade, e seu entorno oferece acesso fácil a transporte coletivo de qualidade e a um *mix* de serviços e lazer. Chamam a atenção os nítidos contrastes decorrentes da regularização fundiária de parte da área invadida, onde os benefícios dessa intervenção estatal podem ser constatados no local onde está localizado o SRT-MSP.

Para que os moradores da VCS/VSP aceitassem o convívio com os pacientes desospitalizados, foram oferecidas 30 casas de um dormitório, construídas em frente às casas destinadas aos pacientes, o que beneficiou poucas famílias nativas, juntamente com a promessa de regularização fundiária do restante da vila, fato que até agora não ocorreu.

A VCS/VSP, atualmente, é dominada pelo tráfico de drogas e pelo comércio de produtos roubados. O cotidiano da vila é marcado tanto pela violência intrínseca, característica dessas atividades ilegais, quanto pelo pacto de silêncio compulsório entre os seus moradores, como se pode constatar nessas falas:

[...] A nossa vila, ela é comandada pelo tráfico [...] tem que andar de acordo. (F19, 46 anos)

[...] Tem a lei do silêncio e que as pessoas não podem se manifestar. Existe esse pacto. [...] Já sabe como são os códigos de conduta dentro da comunidade. (M24, 40 anos)

Poucos têm emprego estável. A maioria ganha a vida como catadores/papeleiros, auxiliares na construção civil, empregados domésticos; outros, cometendo furtos ou, ainda, envolvidos no narcotráfico.

Não se pode ocultar a fama que a vila carrega de ser muito violenta e de ser um ponto de tráfico de drogas e desmanche de carros; um lugar considerado perigoso de se estar e muito mais de se morar.

O convívio entre os moradores da VCS/VSP é subjugado à realidade da vila. Observou-se que as relações sociais de vizinhança, como ir à casa do outro para uma prosa, uma reza, para tomar um café, uma cerveja ou ainda um chimarrão, são restritas ou inexistentes, como mostra a seguinte fala:

[...] Antigamente não tinha tanta droga, tanta perdição, tanto tráfico, tanto roubo. Não dá pra entrar altas horas da noite porque torna-se perigoso. (M23, 28 anos)

A sociabilidade entre os moradores da VCS/VSP se mantém dentro dos limites dos vínculos familiares existentes entre alguns. O isolamento social é um comportamento frequente e pode ser observado durante as visitas ao campo. Apesar das tentativas dos participantes nas suas respostas de descrever um clima de sossego, concórdia e respeito entre os moradores da vila, restou evidente que se trata de uma estratégia acauteladora da tensão das relações naquela comunidade.

### *Estigma, discriminação e hostilidade*

O estigma e a discriminação estavam presentes entre os moradores da VCS/VSP com relação aos pacientes desospitalizados. Para os moradores da vila, as pessoas com transtornos mentais deveriam morar em hospitais ou em algum lugar onde fossem “bem tratadas”. Ou seja, longe do convívio deles.

Martin et al.<sup>22</sup>, em seu estudo com moradores dos cortiços na região central de Santos (SP), também constataram que a maioria das entrevistadas falou sobre



MD. MSc. PhD. Pós-Doutor. Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

a necessidade de um cuidador para as pessoas com transtorno mental, de preferência, em outro local que não o cortiço. Na VCS/VSP, os moradores disseram:

[...] Eles deveriam morar num lugar onde eles têm amor, num lugar onde eles são bem tratados [...] as pessoas tratam eles como doentes mentais, como loucos trancando em jaulas e em cadeias eles [...] não conseguem ter uma vivência com pessoas normais. (M23, 28 anos)

Do total de pessoas transferidas para o SRT-MSP, 50% possuem o diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia. De todos os transtornos mentais, a esquizofrenia é a mais estigmatizante e permanece associada a estereótipos negativos, tais como violência e perigo<sup>23,24</sup>, o que termina por influenciar negativamente o prognóstico, o tratamento, a recuperação e a própria qualidade de vida do portador desse transtorno<sup>24,25</sup>.

Peluso & Blay<sup>26</sup> mostram que crenças relacionadas ao estigma público em relação a pessoas com doença mental (esquizofrenia) são encontradas com frequência entre a população da cidade de São Paulo.

O estigma conduz ao preconceito e à discriminação, produzindo um impacto na vida das pessoas idêntico aos efeitos deletérios da doença, uma vez que reduz oportunidades e interfere na autoestima<sup>27</sup>.

Corrigan & Penn<sup>27</sup> mostram que é comum achar que doentes mentais são rebeldes e que devem ser temidos e mantidos fora das comunidades. O medo do convívio com doentes mentais indica o hospital como sendo o melhor lugar para eles morarem, como revela o dito por uma moradora:

[...] Vamos supor que ele esteja num momento de crise e me ataque. [...] Eles saem com pau atrás da criança, eles não têm noção se vão machucar [...]. Acho que tem que ser muito bem estudado onde essas pessoas estão sendo colocadas aqui, como, por ser numa vila, eles estão correndo muitos riscos. (F05, 21 anos)

Corrigan et al.<sup>28</sup> referem a existência de uma forte correlação entre os sentimentos de medo revelados e o nível de distância social do público em relação à doença mental, devido à pouca frequência do convívio. O medo de uma moradora é retratado nessa fala:

[...] A gente tem até medo deles, porque uns passam gritando, outros passam nervosos. A gente nem convive com eles. (F25, 44 anos)

O comportamento social diretamente associado à loucura mostra-se inaceitável, produtor de medo e característico da doença mental. Entretanto, indivíduos ditos “normais”, quando exibem atitudes como gritar, ficar nervoso, agredir, perder o controle ou ainda a violência produzida por um alcoolista, por exemplo, são bem mais tolerados socialmente. Tal fenômeno leva a crer que, de um lado, alguns atores sociais teriam a permissão para determinados comportamentos e que, de outro, o que realmente assusta na loucura ainda é desconhecido, por se tratar de uma experiência irreduzível e simbolizada de modo particular.

Os moradores da VCS/VSP demonstraram pouco conhecimento ou informação técnica sobre o que são os transtornos mentais e quais as suas causas, fato constatado da mesma forma por Martin<sup>17</sup>, em estudo realizado em outro contexto no qual vivem pessoas com transtornos mentais em situação de pobreza e vulnerabilidade. Mesmo assim, os pacientes desospitalizados também são vistos como diferentes. Há preconceito pelo comportamento, que, segundo os moradores da vila, é típico das pessoas com transtorno mental, caracterizando-as pelo “seu jeito diferente” dos demais. Segundo uma moradora:

[...] A gente vê a diferença entre uma pessoa normal e eles que são pacientes, eles são diferentes. [...] Dá pra ver a diferença entre os moradores e esses pacientes. (F19, 46 anos)

Na VCS/VSP, houve manifestações como a desta moradora:

[...] Acho que tá faltando tratamento pra eles. [...] Colocaram eles nas casinhas, mas tem pessoas que precisam de tratamento e não têm. (F11, 46 anos)

A hostilidade com os pacientes desospitalizados por parte de alguns moradores da vila, sobretudo do lado da VCS, foi destacada. São ataques morais (chacotas e zombarias diversas), furtos, roubos e outros tratamentos, muitas vezes, de agressividade. De acordo com um morador:

[...] Jogam pedras, pessoas que moram lá na vila, mexem. [...] Eles podem entrar dentro da casa deles pra roubar. Hoje em dia eles vivem trancados, eles vivem com grade tanto na porta como no portão, tem que ser vigiados 24 horas porque é perigosa a convivência deles com algumas pessoas da vila. (M23, 28 anos)

Aqui o perigo se inverte. Não são as pessoas “normais” que temem a loucura. O louco é reconhecido pelos moradores como vítima, em função da ideia de fraqueza que está ligada ao conceito de doença mental, o que faz com que os “normais” possam tirar proveito dessa situação.

O estigma é uma construção social que desvaloriza as pessoas como resultado de uma característica que as marca, tornando-as distintas das demais. A Organização Mundial de Saúde e a Associação Mundial de Psiquiatria reconhecem que a estigmatização e a discriminação ligadas aos transtornos mentais estão fortemente associadas com deficiência, sofrimento e pobreza<sup>29</sup>.

### *Retraimento social das pessoas com transtornos mentais desospitalizadas*

As pessoas desospitalizadas que moram no SRT-MSP ficam a maior parte do tempo em suas próprias casas, separadas do convívio com o restante da vila. Mais recentemente (nos últimos 2 anos), os moradores da VSP começaram a perceber que tais pessoas passaram a caminhar pela vila. Uma moradora chama a atenção para essa realidade ao dizer:

[...] Eles ficam na casa deles, não se envolvem. [...] Eu acho que eles são até orientados pra não se envolver, porque se eles se envolverem vira numa coisa. E aquele lado lá que não tá organizado, é brabo lá. (F21, 57 anos)

Quando saem, as pessoas com transtornos mentais são reconduzidas às suas casas pelos guardas contratados pelo HPSP para sua segurança. A fragilidade do cuidado de si e do patrimônio à sua disposição tornou essas pessoas alvo fácil para furtos praticados por alguns moradores da VCS, o que determinou a necessidade de guardas no SRT-MSP. Ressalta um morador:

[...] Algumas coisas são limitadas pra eles, eu acho. Quando estão muito tarde na rua, vejo que os guardas botam eles pra dentro. (M08, 31 anos)

As deficiências para as atividades de vida corriqueira (lidar com dinheiro, fazer operações matemáticas elementares, entre outras), decorrentes do avanço do transtorno mental, colocam essas pessoas em risco, por exemplo, ao comprarem algo no comércio da vila, onde podem ser enganados no preço do produto, no troco ou até mesmo ter o seu dinheiro roubado, situação que reforça o seu ostracismo, reconhecido por uma moradora que disse:

[...] Anoiteceu, eles estão tudo dentro de casa. Até no início eles foram muito roubados, os moradores da VCS roubavam as coisas. (F21, 57 anos)

A falta de uma melhor compreensão dos moradores da vila para o fato de que as pessoas com transtornos mentais possuem necessidades especiais, o que também foi encontrado em outros estudos<sup>22,26</sup>, contribui para que eles não sejam acolhidos da maneira esperada pelos idealizadores do projeto SRT-MSP e se mantenham apartados dos demais moradores. Esse fato foi narrado por um morador:

[...] Esses novos moradores têm casas novas, nós estamos aqui ainda sofrendo com a necessidade de ter moradia, de ter saneamento, de ter esgoto, e eles já têm. Então fica aquela coisa meio à parte: eles e nós. (M18, 28 anos)

As experiências de integração social ou de reintegração das pessoas que sofrem de transtornos mentais, entre eles, a esquizofrenia, quando retornam para a comunidade, vêm sendo investigadas por alguns pesquisadores<sup>30</sup>.

Garrison<sup>31</sup> comparou as redes de relação social de mulheres que tinham ou não esquizofrenia e eram imigrantes de Porto Rico para examinar se haveria sistemas de amparo que ocorressem naturalmente e que poderiam ser acionados para reintegrar expacientes psiquiátricos na comunidade. Concluiu que os sistemas de amparo natural (que eram recriados em função da dependência geralmente mantida por esses doentes mentais em associações ou pessoas não aparentadas) ajudavam mais que a família, cujos vínculos conjugais e as relações com outros parentes estavam rompidos.



MD. MSc. PhD. Pós-Doutor. Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

Estroff<sup>32</sup> observou um grupo de pacientes que havia deixado o hospital e começou a participar de um programa comunitário de atendimento psiquiátrico, propondo-se a responder como uma pessoa consegue viver na comunidade quando é identificada por ela mesma e pelos outros como “louca”. Concluiu que os próprios pacientes psiquiátricos mantêm e perpetuam estratégias de sobrevivência no interior da comunidade, quando, por exemplo, fazem uso de sua identidade ou papel de pessoa “louca” como o meio pelo qual obtêm sucesso ou sobrevivem.

Corin<sup>33</sup> comparou um grupo de pessoas com esquizofrenia que tinha sofrido diversas hospitalizações com um grupo que apresentava poucas hospitalizações nos últimos anos, com o objetivo de compreender as estratégias desenvolvidas pelos pacientes esquizofrênicos hospitalizados *versus* não re-hospitalizados em relação à sua habilidade de permanecer na comunidade. Concluiu que os sinais de retraimento, a falta de envolvimento ou a inatividade não devem ser interpretados somente como sintomas negativos, mas como fenômenos que se referem a uma experiência fundamental de si próprio e do mundo.

Dalmolin & Vasconcellos<sup>34</sup> analisaram como pessoas com sofrimento psíquico vivenciam suas necessidades especiais e interagem com a comunidade local nos espaços públicos urbanos em Passo Fundo (RS). O estudo mostra ser possível o convívio social, ao contrário da ideia de exclusão dos doentes mentais por não conseguirem obedecer às regras mínimas de convivência ou por impertinência às regras de assistência. Concluíram que se trata de compreender o sujeito no contexto intersubjetivo e sociocultural como possibilidade de ampliar a inclusão, convivência, liberdade e identificação com o outro não doente, exercitando papéis aceitos nos códigos socioculturais da cidade.

É possível que tais pessoas tenham alguma forma de inclusão social em serviços terapêuticos, porém é indispensável a existência de um planejamento que leve em conta a realidade do lugar e o modo de vida das pessoas que nele vivem para a implantação das moradias assistidas.

A inclusão social está sendo entendida como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades

especiais e como, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade.

A VCS/VSP, como território do SRT-MSP, é por si só um espaço de exclusão social. Primeiro, pela forma como se organiza como espaço de vida. Segundo, pelo abandono daqueles que lá vivem pelo Estado. E, por fim, pela apropriação da vila pelo narcotráfico.

### CONCLUSÕES

A VCS/VSP é uma área invadida e dominada pelo tráfico de drogas. As condutas desviantes e a violência local decorrente dessas circunstâncias determinam aos seus moradores um modo de vida marcado pelo medo, silêncio e convívio subordinado.

O relacionamento social dos moradores da vila com as pessoas com transtornos mentais desospitalizadas é restrito, quando não inexistente. A estigmatização e a discriminação contribuem para a manutenção do *status quo* de exclusão.

A criação do SRT-MSP, em meio à realidade da VCS/VSP, coloca dúvidas quanto à conquista dos objetivos de reinserção social, liberdade e retomada da autonomia das pessoas com transtornos mentais transferidas para esses serviços substitutivos, entre outras metas da reforma institucional no setor médico-psiquiátrico.

Para o alcance das medidas que visam à melhoria da atenção à saúde mental, é determinante que as políticas públicas de desospitalização e desinstitucionalização, sugeridas pela reforma psiquiátrica, sejam acompanhadas de financiamento adequado às necessidades de infraestrutura, expansão e cobertura da rede ambulatorial<sup>35,36</sup>, o que não vem acontecendo no Brasil, em que pesem algumas exceções que confirmam a regra.

Artigo submetido em 22/11/2017, aceito em 17/01/2018. O autor informa não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; Edital Universal, MCT/CNPq nº 14/2011, Processo nº 471707/2010-4).

**Correspondência:** César Augusto Trinta Weber, Av. Ecoville, 190, casa 07, Bairro Sarandi, CEP 91150-400, Porto Alegre, RS. E-mail: trintaweber@hotmail.com

## Referências

1. Brasil, Código Civil. Lei 10.216/2001. Diário Oficial da União, 06 abril 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 3.088/2011. Diário Oficial da União, 23 dezembro 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 106/2000. Diário Oficial da União, 11 fevereiro 2000. Institui os serviços residenciais terapêuticos. [dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27\\_Portaria\\_106\\_de\\_11\\_02\\_2000.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf)
4. Mângia EF. Contribuição da abordagem canadense “prática de terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para terapia ocupacional em saúde mental. *Rev Ter Ocup.* 2002;13:127-34.
5. Mângia EF, Marques ALM. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos: novas perspectivas para o campo da reabilitação psicossocial. *Rev Ter Ocup.* 2004;15:129-35.
6. Jaegger RC, Guitton AP, Lyrio JM, Santos MM, Freitas RCO, Gonçalves SR, et al. A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. *Cad Saude Coletiva.* 2004;12:27-39.
7. Furtado JP, Nakamura E, Generoso CM, Guerra AMC, Campos FB, Tugny A. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface (Botucatu).* 2010;14:389-400.
8. Suiyama RCB, Rolim MA, Colvero LA. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? *Saude Soc.* 2007;16:102-10.
9. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57:70-9.
10. Silveira MFA, Santos Junior HPO. Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. *Cienc Saude Coletiva.* 2011;16:2089-98.
11. Martins GCS, Peres MAA, Oliveira AMB, Stipp MAC, Almeida Filho AJ. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. *Texto Contexto - Enferm.* 2013;22:327-34.
12. Furtado JP. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. *Interface (Botucatu).* 2013;17:635-47.
13. Almeida Filho FA, Queirós PJP, Rodrigues MA. Reabilitação psicossocial em moradias assistidas no Brasil e em Portugal. *Texto Contexto - Enferm.* 2016;25:e0770015.
14. Oliveira RC. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Rev Antropol.* 1996;39:13-37.
15. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC Editora; 2008.
16. Lévi-Strauss C. O etnólogo perante a condição humana. In: Strauss CL. O olhar distanciado. Lisboa: Edições 70; 1983. p.51-65.
17. Martin D. Abordagem antropológica em saúde mental: deslocamentos conceituais para Ampliar o Debate. In: Weber CAT. Residenciais terapêuticos: o dilema da inclusão social de doentes mentais. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2012. p. 17-36.
18. Mauss M. Sociologia e antropologia. Vol. II. São Paulo: EPU; 1974.
19. Duarte LFD. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. *Physis.* 1993;3:43-73.
20. Duarte LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Cienc Saude Coletiva.* 2003;8:173-83.
21. Minayo MCS. Pesquisa social – teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
22. Martin D, Andreoli SB, Pinto RMF, Barreira TMHM. Condições de vida de portadores de transtornos

- psicóticos vivendo em cortiços em Santos, SP. Rev Saude Publica. 2011;45:693-99.
23. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Eur Psychiatry. 2005;20:529-39.
  24. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. Schizophr Bull. 1999;25:467-78.
  25. Villares CC, Sartorius N. Challenging the stigma of schizophrenia. Editorial. Rev Bras Psiquiatr. 2003;25:1-2.
  26. Peluso ET, Blay SL. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33:130-6.
  27. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. Am Psychol. 1999;54:765-76.
  28. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. Schizophr Bull. 2001;27:219-25.
  29. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry. 2002;1:16-20.
  30. Redko C. Cultura, esquizofrenia e experiência. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos; 2001. p. 221-41.
  31. Garrison V. Support systems of schizophrenic and nonschizophrenic Puerto Rican migrant women in New York city. Schizophr Bull. 1978;4:561-96.
  32. Estroff SE. Making it crazy. Berkeley: University of Califórnia; 1981.
  33. Corin EE. Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. Cult Med Psychiatry. 1990;14:153-88.
  34. Dalmolin BM, Vasconcelos MP. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. Rev Saude Publica. 2008;42:49-54.
  35. Zappitelli MC, Gonçalves EC, Mosca I. Panorama da saúde mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. Rev Adm Saude. 2006;8:71-8.
  36. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MD, Maril Jde J. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29:43-6.



INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

**TODAS AS SEGUNDAS-FEIRAS**  
**21 horas ao vivo**  
**Facebook: abpbrasil**

***O programa ABP TV proporciona educação continuada para você associado e ajuda na luta contra o estigma. Participe!***