

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO DIREITO À MORADIA DE PESSOAS EM SOFRIMENTO ASSISTIDAS PELA SAÚDE MENTAL

*Considerations about the housing rights of people in suffering receiving assistance
for mental health*

Thiago Sousa Felix¹
Aluísio Ferreira de Lima²

Artigo encaminhado: 21/04/2017
Aceito para publicação: 12/06/2017

RESUMO: O objetivo deste ensaio é apresentar uma discussão acerca do direito à moradia de pessoas em sofrimento que são acompanhadas por serviços de atenção à saúde mental. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental que tornou possível a organização de uma breve retrospectiva dos (des)caminhos da reforma psiquiátrica no Brasil e o resgate dos documentos que abrangem os marcos legais e os direitos relacionados à habitação garantidos desde a Constituição Federal de 1988. A esse processo articulamos a singularidade do processo de institucionalização do abandono e negação de direitos da população pobre do estado do Ceará (localizado no nordeste brasileiro), desde a seca ocorrida na primeira metade do século XX. Esse percurso permite a análise crítica do atual descaso do estado frente à implementação de Residências Terapêuticas no interior do estado do Ceará, mesmo após 16 anos de aprovação da Lei 10.216/2001 que orienta a reforma psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Saúde mental. Moradia. Sofrimento mental. Residências terapêuticas.

ABSTRACT: The purpose of this essay is to present a discussion about the right to access housing of people suffering who received mental health services. In order to do so, a bibliographical and documentary research was carried out in order to: 1) organize a brief retrospective of the (dis)ways of psychiatric reform in Brazil and 2) the retrieval of documents that cover the legal frameworks and rights related to guarantee housing since the Federal Constitution of 1988. This process articulates the singularity of the development of institutionalization of the abandonment and rights denial to poverty population of the state of Ceará (located in northeastern Brazil), since the drought occurred in the first half of the

¹ Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, UFC. Psicólogo pela Universidade de Fortaleza, UNIFOR. Especialista em Docência do Ensino Superior, UFC e Especialista em Educação em Saúde para Preceptores do SUS, Sítio-Libanês. Servidor de Quixadá. Membro do Parallaxe: Grupo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Intervenções em Psicologia Social Crítica da UFC.

² Doutor e Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP. Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, UFC. Especialista em Saúde Mental pela Universidade de São Paulo, USP. Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Regional de Psicologia, CRP11. Líder do Parallaxe: Grupo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Intervenções em Psicologia Social Crítica da UFC. Bolsista de Produtividade do CNPq.

twentieth century. This strategy allows the critical analysis of the state's current neglect on the implementation of Therapeutic Residences in the interior of the state of Ceará, even after 16 years of Law 10.216 / 2001 approval, that guides the Brazilian psychiatric reform.

Keywords: Deinstitutionalization. Mental health. Housing. Mental suffering. Therapeutic residences.

Para Maria das Dores, inspiração no trato com saúde mental e também para a escrita este texto.

1 INTRODUÇÃO

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

No decorrer deste ensaio discutiremos alguns pontos concernentes à política, à legislação e outros aspectos relacionados à proposta de desinstitucionalização que transcorre no projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Mais detalhadamente, iremos abordar questões ligadas à moradia e sua relação com a assistência à saúde mental mais integral de pessoas em sofrimento que fazem uso dos serviços substitutivos. Com o intuito de enriquecer o panorama reflexivo acerca das questões assinaladas e objetivando situar o(a) leitor(a), afirmamos que o texto foi concebido vislumbrando particularmente o contexto dos avanços e retrocessos da saúde mental no estado do Ceará, região nordeste do Brasil. Como poderá ser observado, isso não significará um distanciamento ou desinteresse de uma leitura sistemática do cenário nacional.

A discussão nos parece oportuna se considerarmos que nos últimos anos a saúde mental vem sendo, cada vez mais, reconhecida como uma questão de saúde pública de grande relevância. Isso decorre, dentre outros fatores, do fato de o Estado ter assumido responsabilidades junto ao cuidado com a vida dos cidadãos, em resposta às lutas por direitos que possibilitaram a Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a aprovação

da Lei 10.216 de 2001, que legitima a Reforma Psiquiátrica antimanicomial. Soma-se a isso, a própria centralidade que a questão da saúde mental tem ocupado no cenário internacional.

Lembremos que segundo o relatório sobre saúde mental elaborado pela WHO (sigla em inglês da Organização Mundial de Saúde - OMS):

‘perturbações mentais e comportamentais (...) são comuns, afetando 20%-25% de todas as pessoas, em dado momento, durante a sua vida. São também universais, afetando todos os países e sociedades, bem como indivíduos de todas as idades. Estas perturbações têm um pronunciado impacto económico, direto e indireto, nas sociedades, incluindo o custo dos serviços. É tremendo o impacto negativo sobre a qualidade de vida dos indivíduos e famílias (OMS, 2002, p. XXI).

O consumismo, o enfraquecimento dos vínculos comunitários, a competitividade, o individualismo, a busca incessante pelo prazer, o mergulho irrefletido nas novas tecnologias, articulados com altos índices de desemprego, instabilidade política e econômica, têm demandado dos sujeitos novas atitudes que, em muitos dos casos, provocam sofrimento e desorganização. Não sendo surpreendente, portanto, o aumento dos casos de mortes por causas externas³, conforme assinalou Oliveira (2010).

Além disso, seguindo a lógica do capital que visa lucros e rendimentos em todos os níveis e esferas da vida, percebe-se ainda a radicalização do uso de uma racionalidade instrumental, que tem reduzido a complexidade do sofrimento à lógica diagnóstica e a uma questão de medicalização da vida. Assim, os predicativos utilizados para descrever, nomear e identificar os diversos tipos de sofrimento se tornam instrumentos de perpetuação do próprio sofrimento, que se torna abafado e individualizado como se fosse uma produção dos organismos, quando, na verdade, são o resultado da interação de várias esferas relacionadas entre si.

Cada um dos sofrimentos contemporâneos, longe de serem compreendidos em seu sentido, têm sido cooptados a fim de se transformar em mercadorias produtoras de dividendos para indústrias, serviços, corporações,

³ As mortes por causas externas são basicamente o suicídio, os acidentes (automobilísticos, por exemplo) e os assassinatos.

dentre outros. Nesse caso, transformando os sujeitos em vítimas dos projetos e recursos que eles próprios criaram. Como bem descreveu Japiassu (1978):

A máquina não veio aliviar o sofrimento dos homens. Pelo contrário, veio agravá-lo. Veio transformar o homem num escravo de sua própria criação. Ao criar muita riqueza, repartia por toda parte a miséria. Ao reduzir a força física, introduzia um trabalho monótono e fastidioso, substituindo o ritmo vital e o ritmo humano do trabalho pela uniformidade do ciclo mecânico que se repetia indefinidamente. (p. 42-43).

Diante de tamanha catástrofe sem fim parece evidente que precisamos cada vez mais nos posicionar e tomar um ponto de vista crítico, o que não é uma tarefa fácil, uma vez que todos nós estamos inseridos no sistema que produz nosso sofrimento. E, como a distância que se estabelece entre os objetos de análise não produz uma visão melhor dos objetos justamente pelo próprio perder de vista que produz a pretensão de neutralidade, parece oportuno direcionar nosso olhar para perto e discutir nossa realidade local.

2 BREVE CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E O SURGIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A partir de certo momento torna-se desafiante escrever algo original em torno da história da psiquiatria e da política de saúde mental no Brasil tendo em vista que vários autores já realizaram com êxito esse intento. Mesmo considerando que as muitas versões da história ainda devem ser contadas, narradas, registradas e que é essa diversidade de vozes quem irá compor um cenário histórico mais rico e efetivo⁴, transcrever fatos e momentos da história passada e recente da saúde mental vão além do desafio analítico. Esse trabalho envolve um esforço de síntese que pode gerar mais mal-entendidos do que ajudar. Entretanto, uma vez que a história da saúde mental brasileira não é de todo conhecida pelas pessoas, parece justo que corramos esse risco.

⁴ Isso sem falar das muitas lacunas discursivas existentes na história oficial. Fato que ocorreu como resultando, em parte, pela inexistência da versão vivenciada pelos povos e sujeitos vencidos, calados e dominados no processo de colonização.

Seguindo direto ao momento histórico onde ocorre o início da institucionalização da lógica manicomial, podemos definir como o marco precisamente, no ano de 1852, a inauguração do Hospício Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, sede do Império. Essa primeira instituição de grande porte do gênero, inspirada nos grandes manicômios europeus, servirá de exemplo para os governos provinciais⁵ na criação de asilos e hospícios edificadas primeiramente nas grandes capitais da nação.

Sem embargo, enquanto essas instituições não eram construídas, foram sendo encaminhados para o Hospício Pedro II milhares de brasileiros (além de alguns estrangeiros como os imigrantes que chegavam naquele período). Isso se deu pelos mais variados motivos, ou seja, nem sempre por questões psiquiátricas e de sanidade mental. Considerando que a legislação da época atribuía ao profissional de medicina o chamado mandato social (Costa-Rosa, 2013), ou seja, o poder do médico se fazia sentir por meio da internação de sujeitos apresentando como instrumento para tal fim o laudo médico.

O livro “Holocausto brasileiro” (ARBEX, 2013), oferece com exatidão as causas alegadas para internações em hospitais psiquiátricos (que muitas vezes chegavam a não ter nenhuma relação com as condições psíquicas e as demandas de saúde das pessoas internadas). Apesar da falta de critério e seriedade, essas instituições foram ganhando espaços sem precedentes. A título de ilustração, destacamos abaixo a sequência da fundação dos principais hospitais psiquiátricos no Brasil do final do século XIX (iniciado com o Hospício Pedro II) indo até o começo do século XX⁶:

1852- Fundado o Hospício Imperial Pedro II, no Rio de Janeiro;

1874- Fundação do Hospício São João de Deus, conhecido mais tarde como Hospital Juliano Moreira, na Bahia;

1883 - Inaugurado o Hospício de Alienados em Tamarineira, Recife, hoje Hospital Ulysses Pernambucano, em Pernambuco;

1884- Inauguração do Hospício São Pedro em 29 de junho. Atualmente conhecido como Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Rio Grande do Sul;

⁵ Então o nome das unidades federativas que compõem o Estado brasileiro.

⁶ As datas e nomes das instituições foram consultados na Linha do Tempo do site do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo: <<<http://www.crpsp.org.br/linha/navegar.aspx>>> conforme consta nas referências.

1886- Criado, em Fortaleza, o Hospital São Vicente de Paulo, o Asilo de Alienados, hoje Asilo da Parangaba, ligado à Santa Casa de Misericórdia, no Ceará;

1887- Inauguração do *Asylo de Loucos* em 25 de maio; em 1891 passou a ser chamado Asilo Santa Leopoldina, a partir de 1951, denominado Hospital Colônia Portugal Ramalho, em Alagoas;

1898 – Construída a Colônia de Alienados de Juquery, em São Paulo;

1903- Criado o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais;

1911 – Construída a Colônia de Alienados de Engenho de Dentro. Atualmente denominado Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, no Rio de Janeiro.

Deve-se ressaltar que nesse longo período no qual vultosas somas de dinheiro público foram consumidas na construção e manutenção dessas instituições — e que tiveram no período da Ditadura Militar de 1964 a 1985 uma vergonhosa expansão, conforme assinala Lima (2010) — predominava uma produção científica cuja ideologia sustentava a crença de que existiam raças inferiores, quais sejam, a negra, a indígena e a “amarela” (povos orientais). Essas raças estariam dispostas abaixo numa pirâmide em que os brancos se achariam convenientemente no topo.

Essa produção científica era originária da Itália e da Alemanha, mas principalmente da Inglaterra e dos Estados Unidos. Sua influência era determinante sobre a nascente psiquiatria brasileira conforme nos traz Freire Costa (2006). Numa população onde a grande maioria dos cidadãos era composta de negros, mestiços e índios, a solução não seria outra: misturá-los a povos brancos numa tentativa de “esbranquiçar” o país. O que ocorreu com a chegada de levas de imigrantes europeus e orientais que aumentou nesse período.

Não por acaso, desse quadro resultou, por todo o século XX, um cenário onde o Brasil estava repleto de instituições psiquiátricas tanto públicas quanto privadas. Sendo que nelas, milhares de brasileiros estavam internados, na sua grande maioria involuntariamente.

Sucederam-se, contudo, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial, movimentos de contestação da lógica manicomial no mundo todo:

Psiquiatria de Setor e Psicoterapia Institucional na França, Antipsiquiatria e Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, Psiquiatria Comunitária ou Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos, Psiquiatria Democrática na Itália. Teoricamente, muitos foram os pensadores que assumiram uma postura crítica quanto ao modelo hegemônico de exercer a psiquiatria. Dentre os que contribuíram para essa nova visão estão: Ronald Laing, David Cooper, Erving Goffman, Thomas Szasz, Michel Foucault, Robert Castel, Felix Guattari, dentre outros.

No Brasil, perspectivas inovadoras no âmbito manicomial apareceram em figuras como Nise da Silveira e Ulysses Pernambucano. Esses profissionais, mesmo atuando dentro das estruturas asilares nas primeiras décadas do século XX, trouxeram uma visão mais social acerca das questões da saúde e sustentaram uma atitude mais humanista nas instituições em que atuaram, tornando-se referências para as modificações que viriam a se concretizar anos depois. O que queremos assinalar é que esses diferentes teóricos e profissionais inspiraram o projeto que fora denominado Reforma Psiquiátrica:

A denominação de reforma psiquiátrica ou, ainda, de reorientação e reestruturação da assistência psiquiátrica tem sido adotada no cenário internacional para designar os processos em curso em vários países de transformação do modelo pautado no asilamento psiquiátrico. Percursos singulares, produzidos em contextos socioculturais distintos e orientados por diferentes referenciais teóricos, constituem, ao mesmo tempo, um conjunto de saberes e práticas que intenciam: a superação da lógica asilar da atenção psiquiátrica, a assunção de direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a produção de saúde mental nos territórios (RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA, 1997 in NICÁCIO, 2003, p. 35)⁷.

A compreensão do próprio significado de reforma psiquiátrica não é unívoca, uma vez que remete às possibilidades históricas e culturais nas quais se forjam os diferentes projetos institucionais, aos valores, às finalidades éticas e à relação Estado-cidadãos na qual se inscrevem as políticas públicas, bem como às diferentes formas de compreensão e

⁷ Referência do trecho citado em Nicácio (2003): Red de Salud Mental Comunitária. Documento de Criação. In: **Encuentro Latinoamericano de Salud Mental Comunitaria**, I, 1997, Havana. Cuba, 1997. 3p.

interpretação do significado dos saberes psiquiátricos e psicológicos. (NICÁCIO, 2003, p. 35).

Yasui (2006), complementando essa perspectiva, assinala que:

Nascida a partir da mobilização de trabalhadores de saúde, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, a Reforma Psiquiátrica buscou politizar a questão da saúde mental, especialmente, na luta contra as instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocam uma ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sócio-cultural. (...) Todo este processo se articulou com outros movimentos sociais e com a luta pela redemocratização do país, levando seus protagonistas a desempenharem uma militância que transcendia a questão específica da saúde mental. Mais do que isso, criou um movimento social, o Movimento da Luta Antimanicomial, congregador não apenas de setores da saúde mental, como profissionais, associações de usuários e familiares, mas também, estudantes, artistas, jornalistas, intelectuais. (YASUI, 2006, p. 26).

Alinhada aos processos de redemocratização do país em meados dos anos de 1980, a Reforma Psiquiátrica — assim como a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) —, surgiram como resultado do fortalecimento das conferências de saúde, sua efetivação como reguladoras das políticas públicas nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), tal como na criação das conferências de saúde mental, dos conselhos locais de saúde, dentre outros mecanismos que aglutinam e integram agentes políticos, profissionais, pesquisadores da área e população em geral.

Mantendo as críticas ao asilo e a violência institucional, no contexto da contestação ao regime militar e fortalecendo o processo de redemocratização, a Reforma Psiquiátrica buscou ampliar as discussões técnicas para uma perspectiva política e social, expressa no relatório da I CNSM, o primeiro documento brasileiro oficial a colocar a questão da saúde mental nessa perspectiva da luta entre os interesses de classes. (YASUI, 2006, p. 39).

Como resultado da militância dos profissionais de saúde e da mobilização de vários coletivos e movimentos sociais, mesmo com vários entraves e problemas, foi publicada a Lei 10.216, em 06 de abril de 2001, proposta pelo então deputado federal Paulo Delgado. A Lei 20.2016/2001, como sabemos, redirecionou a assistência em saúde mental no Brasil, regulando um complexo processo de redução dos leitos psiquiátricos em sua rede de atendimento. E claro, longe de ser o final da história, ela passa a ser o início de um longo processo de lutas que envolve não somente a atenção do poder público, mas participação de toda a sociedade brasileira.

3 EXPERIÊNCIAS NA GESTÃO PÚBLICA E A RECORRENTE QUESTÃO DA MORADIA

Devidamente apresentadas algumas questões consideradas básicas para discussão e concernentes ao tema em estudo, passemos agora a nos debruçar mais pontualmente sobre a questão da moradia para o sujeito portador de transtorno mental.

As experiências do primeiro autor desse ensaio, ligadas à assistência com populações pobres em cidades médias no interior do Ceará, apontam para um grave problema que parece, muitas vezes, passar por despercebido pelos pesquisadores e agentes públicos: a questão da moradia.

A habitação, representada pela propriedade ou materializada no formato da casa aparece em vários parágrafos da Constituição Federal em vigor. Mais precisamente nos parágrafos XXII, XXIII, XXIV, XXV e XXVI do artigo 5º contido no Capítulo I dos direitos e deveres individuais e coletivos dos Direitos e garantias fundamentais do cidadão. Cujas citação mais direta é a XI onde se lê que: “a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial”. (BRASIL, 1988)

Transcrevendo-as, conforme colhidas na fonte:

XXII - é garantido o direito de propriedade; XXIII - a propriedade atenderá a sua função social; XXIV - a lei estabelecerá o procedimento para desapropriação por necessidade ou utilidade pública, ou por interesse social, mediante justa e prévia indenização em dinheiro, ressalvados os casos previstos nesta Constituição; XXV - no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano; XXVI - a pequena propriedade rural, assim definida em lei, desde que trabalhada pela família, não será objeto de penhora para pagamento de débitos decorrentes de sua atividade produtiva, dispondo a lei sobre os meios de financiar o seu desenvolvimento (BRASIL, 1988).

Além disso, dentre as competências da União consta no artigo 20 que se deve: “instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos” (BRASIL, 1988).

Dessas citações da carta cidadã pode-se inferir que a casa é um lugar de extrema importância para a vida do cidadão e que, a mesma só pode ser violada, e seu morador importunado, em casos de extrema necessidade como no interesse do bem público ou no interesse do próprio morador. Mesmo considerando os aspectos subjetivos implícitos “na desapropriação por necessidade ou utilidade pública”, é notório que o texto legislativo em questão representa um grande avanço nas garantias de direitos do indivíduo. Certamente essa obrigação ética se deu entre os legisladores no contexto em que o Brasil saía de um regime de governo de anos de desrespeito aos direitos individuais onde eram realizadas ações em que os sujeitos “subversivos” eram constrangidos nas suas próprias residências⁸.

Não se pode perder de vista, todavia, a enorme dívida social que o país tem com trabalhadores rurais empobrecidos, descendentes de escravos afrodescendentes, povos naturais da terra sem suas demarcações legalizadas. Desses movimentos aqueles que têm recebido mais visibilidade são dos trabalhadores rurais sem terra e dos moradores urbanos sem teto. É de se presumir que, mesmo com os grandes esforços protagonizados pelo Governo

⁸ É de conhecimento geral que muitos políticos, artistas, sindicalistas, religiosos, estudantes e guerrilheiros foram conduzidos coercitivamente até bases militares, presídios e campos de tortura. O mesmo aconteceu com parentes e suspeitos. A Comissão Nacional da Verdade, instalada em 2012, apurou esses e muitos outros casos de abuso por parte do Estado.

Federal nos últimos anos com projetos como Minha Casa Minha Vida⁹, a questão habitacional ainda seja o drama de muitas famílias no país.

De modo que, em todas as cidades médias que passaram por processos de urbanização mais ou menos acelerados, acompanhados de segregação social, onde famílias sem condições de adquirir imóveis nas regiões mais centrais da cidade acabaram por improvisar moradias precárias nas localidades mais afastadas, criando assim verdadeiros cinturões periféricos.

A realidade da vida nessas comunidades difere daquela encontrada na propriedade rural, onde é possível buscar mais facilmente recursos para subsistência que estão disponíveis para o trabalhador através do cultivo ou exploração da terra. Também difere das periferias em grandes centros urbanos que, mesmo conglomerados entre milhões de pessoas, estão próximos de grandes centros empregadores, pois absorventes de mão-de-obra barata, além da possibilidade dos trabalhos informais.

Ao contrário, nessas cidades médias e de pequeno porte do interior do Brasil, as oportunidades são escassas, as condições de trabalho são geralmente de subemprego (quando aparecem), inexistem recursos naturais próximos de suas residências para serem cultivados e a assistência pública, além de precária e ainda em formação em alguns pontos, estão muitas vezes ligadas a interesses politiqueros.

Percebe-se que, diferente do que muitas vezes se imagina numa visão romântica, a solidariedade não é tão recorrente e natural em algumas comunidades, visto que os sujeitos das classes pobres possuem semelhantes processos de competitividade, individualismo e indiferença que caracterizam outras camadas sociais. A questão ganha complexidade quando se percebe que nessas regiões periféricas habitam sujeitos em condições precárias, muitas vezes vivenciado situação de rua e que apresentam algum transtorno mental ou sofrimento psíquico.

⁹ Criado em 2009, no final do segundo governo Lula, o Programa Minha Casa Minha Vida objetivava tornar a moradia acessível às famílias organizadas por meio de cooperativas habitacionais, associações e demais entidades privadas sem fins lucrativos. . Adaptado de: <http://www1.caixa.gov.br/gov/gov_social/municipal/programas_habitacao/entidades/entidades.asp>

Esse processo se dá também pelo fato de que alguns sujeitos, episódica ou de forma permanente, demonstram “inabilidades” ou carecem de recursos para administração do lar em todas as suas exigências e manutenção (pagamento de contas como água, energia, iluminação pública, impostos, preservação predial, atendimento às exigências da vigilância sanitária etc). Aqueles que possuem parentes, cuidadores ou orientação entre os vizinhos conseguem minimizar essas questões.

Ao atuar em situações e contextos variados nas políticas de educação, assistência social e saúde¹⁰, pode-se constatar algumas realidades e compreender que elas demandam uma atenção nem sempre devidamente realizada pelo poder público. Isso porque algumas vezes os sujeitos habitavam moradias precárias, condenadas pela Defesa Civil o que fez com que o poder público decidisse por demolir a construção. Noutros casos, as residências circundavam uma obra de relevância pública. Num caso ou no outro, os moradores foram removidos para locais provisórios, porém sem nunca serem restituídos devidamente.

Deparamos ainda, com pessoas com sofrimento que estavam sendo assistidos em serviços substitutivos que vivenciavam conflitos familiares e ansiavam residir em módulos autônomos, indivíduos com dependência química e que apresentavam comorbidades (também indesejados por parentes), ou sujeitos que haviam praticado pequenos delitos e que ninguém queria lhes alugar casas ou ainda moradores que são despejados por vizinhos que não aceitam suas “esquisitices”.

Com essa descrição se caracterizam sujeitos que não necessariamente vivenciaram situações de longa permanência em instituições asilares, mas que associam as demandas por assistência em saúde mental e por moradia. Quanto a esses casos, os serviços de assistência social dos municípios parecem pouco ou nada fazer, pois são insuficientemente municiados por projetos dos gestores e das Câmaras municipais. Da mesma forma a legislação federal.

¹⁰ O primeiro autor atuou profissionalmente nas cidades de Russas, Ipueiras, São João do Jaguaribe, Quixadá e Aquiraz, todas situadas em diversas regiões do estado do Ceará.

Sabemos que a questão da moradia da pessoa em sofrimento que é assistida por serviços substitutivos tem sido tema de reflexões para alguns autores. Nicácio (2003), por exemplo, comparando a criação de serviços após a lei 10.216 denota a defasagem em torno das residências terapêuticas:

A implementação dos serviços de atenção psicossocial, anteriormente inexistentes, tem sido mais expressiva que a dos denominados serviços **residenciais terapêuticos** ou, ainda, dos projetos de transformação de hospitais psiquiátricos e dos programas e ações de saúde mental na atenção básica. (NICÁCIO, 2003, p. 28). (Grifo nosso)

Veio regular essa demanda a Portaria GM de número 106, de 11 de fevereiro de 2000, que, no seu artigo 1º, cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental para o atendimento ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Segundo seu texto:

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.

Art. 2º. Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual no de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 3º. Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe:

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. (BRASIL, 2004).

Encontramos no comentário da referida lei que afirma:

Desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, que já se apontava a importância estratégica, para a reestruturação da assistência psiquiátrica, da implantação dos lares abrigados, agora mais apropriadamente designados de serviços residenciais com função terapêutica, parte que são do conjunto de cuidados no campo da atenção psicossocial. Esta portaria tem papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura que se contrapõe à tão propalada, e para alguns insubstituível, "hospitalidade" do hospital psiquiátrico. (BRASIL, 2004, p. 104).

Refletindo melhor o processo de construção do problema da moradia do portador de transtornos mentais, Nicácio (2003) resgata que:

Com o objetivo de dar continuidade a esse processo e de responder, pelo menos parcialmente, à demanda das pessoas internadas há longo tempo, a COSAM iniciou, no final de 1996, o processo de estudos para viabilizar a inclusão, como procedimento da Tabela do SIA-SUS, de Lares Abrigados e Pensões Protegidas, conforme, inclusive, recomendavam as resoluções da II Conferência. (NICÁCIO, 2003, p. 61).

Como resultado dessas discussões, elaborou-se uma minuta de portaria que indicava a criação de Lares Abrigados ou Pensões Protegidas e do procedimento de hospital-noite ou cobertura-noite. Os Lares Abrigados ou Pensões Protegidas dirigiam-se às pessoas com transtornos mentais que, por problemas clínicos e/ou sociais, apresentassem dificuldades e/ou desabilidades para estar inseridas na vida familiar ou ainda, apresentassem limitação da autonomia para a vida cotidiana (BRASIL, 1997). O então denominado procedimento de hospital-noite foi definido como: um valor pecuniário diário, devido por paciente, a um serviço aberto intensivo de saúde mental, para prover a acolhida de pacientes com transtornos mentais, em tratamento neste serviço, e que, por algum motivo tenham que ser albergados por uma ou mais noites em local previamente cadastrado e autorizado pela administração de saúde do respectivo município (BRASIL, 1997, p. 02, in NICÁCIO, 2003, p. 61)¹¹.

Compreendidos os serviços residenciais terapêuticos como modalidade substitutiva à internação psiquiátrica, ainda devemos considerar a existência do

¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. **Minuta de Portaria de Lares Abrigados**. Brasília, DF, 1997. 5p. Extraído de Nicácio (2003).

Programa De Volta Pra Casa, criado pela Lei No 10.708 de 31 de julho de 2003 e que institui o auxílio-reabilitação psicossocial, ambos entendidos como mecanismos para que os antigos internos se mantenham com dignidade no cotidiano social.

4 A RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E SUA OCORRÊNCIA NO CEARÁ

O Ceará, como unidade da federação, tem sua marca como o berço de grandes personalidades como José de Alencar, Raquel de Queiroz, Chico da Matilde (Dragão do Mar), Jovita Feitosa, Farias Brito, Capistrano de Abreu, Sinhá d'Amora, Dom Helder Câmara, Patativa do Assaré, Chico Anysio, Belchior, Lira Neto, Halder Gomes, dentre outros. Sua história social, contudo, é marcada pelo flagelo das secas que, segundo as crônicas, geravam levas de emigrantes para outras regiões; também por conflitos políticos e econômicos envolvendo terras e poder; ou ainda pela religiosidade que elege santos populares, dentre outros fenômenos e peculiaridades locais.

Cenário no qual as populações que habitam no interior do Estado buscam a capital (Fortaleza) para serviços tais como os de saúde, educação, equipamentos culturais. O que é comum acontecer (até nossos dias) em tempos de prosperidade econômica: o cearense frequentar sua capital em busca de produtos do comércio, instituições de ensino, empregos, melhores condições de vida; em períodos de seca prolongada (como as secas de 1877, de 1915, de 1932) era um grande evento social, posto que seguiam para a capital, durante “meses a fio”, milhares de pessoas vindas do campo arrasado pela falta de água.

Nesse cenário de transformações urbanas e sociais na província do Ceará, com o advento da seca, as leis abolicionistas e as epidemias, diversos modelos de instituições fechadas foram criados para atender a uma série de exigências, especializando-se no controle, vigilância, tratamento ou isolamento de populações bastante heterogêneas. O assistencialismo, a caridade e a filantropia são três conceitos convergidos para o mesmo propósito: o pauperismo (FREITAS, 2012, p. 34).

O problema ganhou contornos de calamidade pública em anos como o de 1915 quando foi criado o primeiro “Campo de Concentração” do Ceará (RIOS, 2014). Os Campos de Concentração ou Currais do Governo eram espaços onde eram alojados os chamados retirantes, flagelados pela seca que vinham andando a pé ou de trem até a capital em busca de socorro público e da caridade social.

A solução governamental, entendida como uma forma de controlar as massas famintas e de deixá-las distantes das casas mais abastadas da cidade foi radicalizada na seca de 1932, ano em que foram construídos sete Campos de Concentração no Ceará¹² (RIOS, 2014). Muitos permaneciam e ali morriam devido a não terem outro lugar para ir. Passado o período da seca, alguns sobreviventes voltavam para suas casas no interior, outros preferiam improvisar casas nas praias da capital dando origem às primeiras favelas de Fortaleza (RIOS, 2014).

Como se pode observar, esses problemas sociais assombrosos vivenciados no estado estavam associados a fenômenos climáticos que ocorriam ciclicamente em anos determinados. A esse fato não se deve confundir aquela faixa de mendigos, doentes de toda espécie e desvalidos que frequentavam os espaços públicos da cidade aí formando o cenário cotidiano de uma cidade brasileira do século XIX. Bleicher (2015, p. 147) chega a afirmar que “Fortaleza ultrapassava a 1ª metade do séc. XIX com a rua abarrotada de mendigos, ex-escravos, crianças órfãs, idosos e retirantes da seca, todos perambulando por suas ruas”.

Nesse período, a cidade começa um processo de urbanização inspirado no modelo francês que, dentre outras exigências, demandava uma higienização dos espaços públicos tais como ruas, praças, *boulevares*, calçadas e outros logradouros. Nesse contexto inicia-se a demanda por lugares que recolhessem essas pessoas indesejadas do espaço urbano.

No intervalo de um par de décadas foram criadas importantes instituições de Saúde, de controle e de segregação: a Santa

¹² Quem quiser se aprofundar no tema sugiro a leitura do artigo de Frederico de Castro Neves: *Curral dos bárbaros: os campos de concentração no Ceará (1915 e 1932)*. Revista Brasileira de história, São Paulo, v. 15, n. 29, 1995.

Casa de Misericórdia, o Asilo de Alienados e os Lazaretos. As crianças órfãs também receberam instituição própria: a Colônia Christina, para filhos livres de escravas, a cargo do Estado, também para crianças cujos pais tinham condições de pagar. Mas, o número de crianças órfãs era tamanho que foi atendida pela mesa administrativa da Santa Casa, em 1880, solicitação para que os órfãos abarracados em Jacarecanga fossem recolhidos provisoriamente no Asilo de Alienados. Para Oliveira (2011), esta concessão demonstrou que a infância representava matéria mais urgente de cuidados do que a alienação. Este fato, somado a outros, reforça a vocação do Asilo de Alienados para a caridade, e não para a assistência médica. No mesmo ano, Antônio Pinto Nogueira Acioly tomou posse no cargo de vice-provedor da Santa Casa e nesta gestão foi registrada a 1ª internação de um doente com distúrbios mentais. (BLEICHER, 2015, p. 148).

No que se refere ao campo da saúde mental:

A história da saúde mental no Ceará é recente, começando com a criação do Asilo de Alienados de Parangaba, Fortaleza em 1886. O asilo pretendia tirar os loucos e indigentes dos centros urbanos e interiores e colocá-los num espaço de controle e detenção, atendendo aos pacientes com tratamentos e terapias da época. Durante o século XX, sem acesso a tratamentos de saúde mental no interior, os “psicóticos” em crise eram transportados (geralmente involuntariamente) para os hospitais psiquiátricos em Fortaleza, onde eles ficavam vivendo como moradores desse lugar, longe das famílias e sem ‘cura’. (Fuhrer, 2010, p. 06).

Como já assinalado anteriormente, em um momento histórico em que foram dispostas algumas das primeiras instituições manicomiais do Brasil, o Asilo da Parangaba¹³ figurava entre os primeiros do país. Essa instituição criada por iniciativa dos provedores da Santa Casa de Misericórdia do Ceará, em especial do Visconde de Cauhye contou com doação do terreno pelo Sr. Manoel Albano. De acordo com o estudo de Freitas (2012):

A ideia de criar um asilo para os loucos na capital veio dos dirigentes da Santa Casa de Misericórdia, após declararem que não poderiam mais atender os loucos e os outros doentes ao mesmo tempo. A partir desse momento ficou claro que houve

¹³ Mas cuja construção foi iniciada segundo Freitas (2012), Oliveira e Miranda (2011), no ano de 1874.

uma separação entre a loucura e as outras doenças. (FREITAS, 2012, p. 34).

Antes da criação do Asilo de Alienados, os loucos ficavam espalhados por instituições como a cadeia pública e a Santa Casa. Dessa forma, o louco nos fins do século XIX em Fortaleza era o indigente e o criminoso. Quando o espaço para receber os loucos foi inaugurado, a ordem do presidente da província foi retirar alguns indigentes da cadeia e recolher alguns da Santa Casa, esses foram os primeiros sujeitos a ocupar o Asilo de Alienados. (FREITAS, 2012, p. 51).

Um fato curioso, no entanto, mostra em que condições estava o referido Asilo quando foi necessário providenciar a internação de um sujeito em crise:

Tratava-se do cabo do 15º Batalhão da Infantaria, Manoel Lopes da S^a. Mesmo admitindo a mesa administrativa que o cabo sofria de alienação mental, ele não permaneceu internado nas enfermarias do hospital em virtude do estabelecimento não possuir os *commodos necessários para conter alienados*. Assim, a mesa administrativa deu alta ao paciente e não retornou mais ao assunto (OLIVEIRA, 2011, p. 123).

Desse episódio infere-se que o Asilo São Vicente de Paula abrigava não somente “alienados mentais”, mas também “alienados sociais” que não possuíam família, posses, ou qualquer outro alento. A imbricação recorrente entre questões sociais e sofrimento psíquico mais uma vez se torna evidente. Infelizmente, estudos acadêmicos desse gênero são prejudicados pela ausência de documentação que consintam aos estudiosos penetrarem nas histórias hoje silenciosas dos internos da primeira instituição de internação do estado. Por isso:

A questão da alienação enquanto tema abordado nas fontes apresenta-se de maneira pontual e descontínua. Ela aparece diluída nos episódios cotidianos da cidade e da província, não se constituindo em um material volumoso ou permanente. Mesmo em épocas de flagelo em que a sociedade presenciou casos de situações limites podendo ser nomeada de alienação, a documentação ainda é residual. Contudo, foi através dos episódios da seca de 1877-79 a partir de seus efeitos de grande caos social que, não só o asilo tornou-se uma necessidade, como outras instituições com o mesmo perfil. (OLIVEIRA e MIRANDA, 2009, p. 87).

O tempo passa, mas algumas coisas parecem não mudar. Ainda hoje em Fortaleza persiste a falta de assistência e a carência de serviços para todos. Também continuam algumas práticas segregacionistas nutridas por camadas da elite que preferem não compartilhar seus espaços com outras classes sociais. No que se refere às moradias, atualmente contamos em Fortaleza com apenas duas Residências Terapêuticas estruturadas, conforme preconizado na lei.

A guisa de encaminhamento para nossas considerações finais, transcrevemos um trecho de uma matéria veiculada num periódico de circulação local, o jornal O Estado, em 2011. O texto celebra a segunda e última residência terapêutica instalada na capital:

Oito pacientes de hospitais psiquiátricos de Fortaleza contam agora com um lar. Internados nesses hospitais durante vários anos, eles foram transferidos para a Residência Terapêutica da Regional V, localizada no bairro Bom Jardim, a segunda criada pela Coordenação da Área de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Aberta neste mês de dezembro, a casa funciona como moradia e oferece ao paciente, que estava confinado ao universo hospitalar, a possibilidade de voltar a conviver em sociedade. A residência é mista, com seis mulheres e dois homens, com idades que variam de 35 a 76 anos. A primeira residência terapêutica, criada pela atual gestão municipal, fica na Regional I, no bairro Álvaro Weyne. Funcionando desde 2007, ela abriga atualmente oito moradores. (O Estado, 2011).

São apenas essas duas unidades na cidade com uma lista de espera que se pode imaginar! E mesmo tendo consciência das carências nos municípios do interior do estado, o receio é que ali a situação seja ainda pior, uma vez que não temos notícia de nenhum serviço de Residência Terapêutica em funcionamento. A conjuntura é preocupante porque muitos defendem a internação como único ou último recurso terapêutico. Não existindo ou funcionando os serviços de atenção alternativos, os encaminhamentos para instituições fechadas ainda persistem em nosso vergonhoso cotidiano¹⁴.

¹⁴ É o caso do ainda existente Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, antigo Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM). Referida instituição ainda recebe internos oriundos de várias cidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao momento final desse ensaio, entretanto, as reflexões parecem não cessar. Ao refletir sobre as condições de vida dos sujeitos envolvidos no processo da Reforma Psiquiátrica: profissionais, usuários, familiares, gestores etc., é preciso perguntar: Em um momento histórico como o nosso, onde o desmonte de serviços e a implementação dos dispositivos mínimos que preconizam a Lei 10.2016/2001 não são efetivados, mais ainda, onde corremos sérios riscos de extinção do próprio SUS, como pode um projeto tão ousado como o da Reforma Psiquiátrica resistir?

Como atender aos anseios políticos ou mesmo fazer cumprir minimamente a lei com uma estrutura decadente, subfinanciada e estagnada que, dessa forma, aponta para o retrocesso da internação como solução viável?

É deveras lamentável que, tantos sujeitos tenham permanecido internos em instituições psiquiátricas, durante anos e anos, não para darem prosseguimento a tratamentos de saúde, mas pelo simples fato de não terem habitação e, portanto, precisarem dessas instituições como moradia. Analisamos aqui elementos históricos do Ceará. Porém, acreditamos que não vivemos uma realidade isolada e que pode haver episódios similares em outras regiões posto que, considerados em sua totalidade de 26 estados, podem multiplicar em milhares os casos de abandono, vulnerabilidade social e condições indignas de vida. É preciso, nesse sentido, buscarmos coragem para sustentar aquilo que minimamente foi conquistado e lutar por uma desinstitucionalização que de fato promova a autonomia e a cidadania para todos os que precisam.

6. REFERÊNCIAS

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

BRASIL. *Legislação em saúde mental: 1990-2004* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5ª ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BLEICHER, Taís. *A política de Saúde Mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica do sistema local de Saúde*. 2015. 395p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - universidades Estadual do Ceará, Federal do Ceará e de Fortaleza, Ceará, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SÃO PAULO. Linha do tempo. Acesso em: 29 de março de 2017. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/linha/navegar.aspx>.

FREITAS, Roberta Kelly Bezerra de. *Entre a pobreza e a loucura: o discurso psiquiátrico, o Asilo de Alienados e as Cartas sobre a loucura (1874 a 1886)*. 2012. 120 f. Dissertação (Mestrado em História Social), Departamento de História, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2012.

FREIRE COSTA, Jurandir. *História da psiquiatria no Brasil – um corte ideológico*. 5ª ed., Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

FUHRER, Zachary. "Tem um Doido no CAPS / Que diz que Louco é Gente/Que diz que Louco Sabe/Que diz que Louco Sente". *Failures and Successes in Brazilian Mental Health Reform: A Case Study of CAPS – Quixadá*" (2010). Independent Study Project (ISP) Collection. Paper 857. Disponível em: <http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/857>. Acesso em 28 set. 2016.

JAPIASSU, Hilton. *Nascimento e morte das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

LIMA, Aluísio Ferreira de. *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica*. São Paulo: FAPESP/EDUC, 2010.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvío. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2003.

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de; MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *Asilo de Alienados São Vicente de Paula, no Ceará do Século XIX: entre Fontes e Teoria*. O Público e o privado, Fortaleza, n. 13, Jan. - Jun., 2009.

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. *O asilo de alienados São Vicente de Paula e a institucionalização da loucura no Ceará (1871-1920)*. 2011. 274 p. Tese (Doutorado em História). Programa de pós-graduação em História, Universidade Federal do Pernambuco, Recife. 2011.

OLIVEIRA, Marluce Alves de. *O Suicídio no Estado do Ceará: um estudo de epidemiologia ecológica*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza. 2010.

REDAÇÃO. *População de Fortaleza conta com nova residência terapêutica*. O ESTADO. 26 de dezembro 2011. Disponível em: <<http://www.oestadoce.com.br/geral/populacao-de-fortaleza-conta-com-nova-residencia-terapeutica>> Acesso em 14 de abril de 2017.

RIOS, Kênia Sousa. *Isolamento e poder: Fortaleza e os campos de concentração na seca de 1932*. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. 1ª ed. Lisboa: 2002. 207p. Acesso em: 20 de nov. de 2015. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.