

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - CFCH
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Sexualidade (des) Institucionalizada? A Sexualidade das Moradoras e dos Moradores
dos Serviços Residenciais Terapêuticos nos Discursos das suas Profissionais**

Angelita Danielle Gouveia da Silva

RECIFE

2015

Angelita Danielle Gouveia da Silva

**SEXUALIDADE (DES) INSTITUCIONALIZADA? A SEXUALIDADE DAS
MORADORAS E DOS MORADORES DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS
TERAPÊUTICOS NO DISCURSOS DAS SUAS PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jaileila de Araújo

RECIFE

2015

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

S586s Silva, Angelita Danielle Gouveia da.
Sexualidade (des) institucionalizada? : a sexualidade das moradoras e dos moradores dos serviços residenciais terapêuticos no discurso das suas profissionais / Angelita Danielle Gouveia da Silva. – Recife: O autor, 2015.
124 f. ; 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jaileila de Araújo.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Pós-Graduação em Psicologia, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psicologia. 2. Saúde mental. 3. Doenças mentais. 4. Direitos sexuais. 5. Direitos reprodutivos. 6. Serviços de saúde mental. I. Araújo, Jaileila de (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22.ed.)

UFPE (BCFCH2016-06)

ANGELITA DANIELLE GOUVEIA DA SILVA

**Sexualidade (des) institucionalizada? A sexualidade das moradoras
e dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos nos
discursos das suas profissionais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 31/03/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Jaileila de Araújo Menezes
(Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Luís Felipe Rios do Nascimento
(Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Francisco
(Examinador Externo)
Universidade Católica de Pernambuco

Dedico a todas as pessoas ditas loucas que resistiram à brutalidade com que a norma se impôs sobre seus corpos.

AGRADECIMENTOS

Gratidão às presenças que me ofertaram seus semblantes e suas mãos estendidas em um gesto de acolhida fraterna no curso de minha jornada:

Ao meu companheiro, Kleyton Pereira, pela presença viva do seu amor que me deu suporte em todas as horas;

A **Aderval Farias**, porque sempre esteve comigo não só na trilha acadêmica, mas de mãos dadas na vida;

A **Marcelo Leite**, meu irmão no amor, pelo exemplo de dignidade, de força e de companheirismo;

Ao **meu avô Severino Ferreira** (*in memoriam*) e à **minha avó Maria Gouveia** (*in memoriam*) pelas primeiras lições de desinstitucionalização da vida vivida;

A **meu pai, José Silva** e à **minha mãe Ivanilda Gouveia**, porque fizeram tudo de mais digno para que eu estivesse aqui hoje.

À **minha irmã, Izabelly Gouveia** e a meu cunhado **Danilo Lima**, pelas lições de cuidado e de solicitude;

Às **minhas tias**, Ivanize Gouveia, Ivonete Gouveia, Ivete Gouveia, Inês Gouveia e Ivanice Gouveia pelas orações em diferentes credos que me cobriram de luz quando eu me pensava solitária;

Às **famílias** que sempre me acolheram em suas casas nas pessoas de: Noeme Leite, Severina Lima, Oloita Pereira e Juliana Braga.

À minha **psicoterapeuta** Conceição Moura, quem por anos cuidou de mim e à minha atual analista, Zaina Pereira, por me conduzir na árdua tarefa de ser quem sou.

À **minha orientadora**, Jaileila Menezes, por ter apostado neste “projeto louco” comigo e por ter acompanhado, pacientemente, os primeiros passos da minha construção como pesquisadora;

Às **integrantes do GEPCOL** Leyllyane, Stella, Jéssica, Keise, Renata, Roseane, Roberta, Emília, Kátia, Érika, Juliana e Daniela, mulheres de uma incrível força que me proporcionaram trocas acadêmicas subversivas;

À **professora Dra. Ana Lúcia Francisco** e **Ao Professor Dr. Luís Felipe Rios** pelas imprescindíveis contribuições na banca de qualificação e por se disponibilizarem a participar da avaliação final deste processo;

Aos professores e às professoras do Programa de Mestrado que me abriram as portas para um mundo todo novo;

Àquelas ajudas que vieram tal como providência divinal porque eu nem as esperava e nem as procurava quando me estenderam a mão: **Márcia Pinheiro, Cibele Aguiar e Juliana Mazza;**

Agradeço às **profissionais das Residências Terapêuticas** que, de maneira sensível, compartilharam comigo os desafios de enfrentar esse trabalho espinhoso que é falar de corpos e de sexualidades tão violadas pelos silêncios, pelas invasões, pelas patologizações e negações: Agradeço a trilha do fio das palavras de cada uma!

À Larissa Cavalcanti, a Kleyton Pereira e a Aderval Farias pelas correções textuais e críticas para melhoramento do texto;

À **FACEPE** pela concessão da bolsa que me permitiu estudar com a dedicação necessária para a finalização dessa dissertação;

A **João**, alguém que, apesar de conduzir os processos burocráticos de maneira séria, deu a leveza necessária para que eu descentrasse todas as certezas que eu carregava em relação a estes trâmites.

À **minha turma de mestrado:** A todos e todas que me ensinaram algo de bom para eu levar pra vida, sobretudo a Leyllyane Bezerra a quem estive mais próxima nesses últimos tempos, mais difíceis;

Às **minhas amigas e aos meus amigos** da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UPE pela companhia na luta incessante por uma Saúde Mental digna, principalmente, a Camila Serrano e Ameliane Reubens por dialogarem comigo cotidianamente;

Ao **Movimento de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades**, principalmente a Halina Gouveia e a Catarina Albertin pela inspiração e transpiração para lutar por uma sociedade mais justa e equânime;

Aos **amigos e às amigas do Núcleo de Cultura da FAFIRE**, principalmente Géssyka Pereira, Marina Chagas, André Guimarães, Aline Gomes, Rafael Kozmhinzki e Carla Miranda, pelo respeito e reconhecimento que me têm, sobretudo, porque me acolheram quando eu precisei dar uma resposta viva em face da morte. E eis aqui, ela!

Gratidão, *ab imo corde*

RESUMO

Essa pesquisa é fruto do diálogo entre os campos de saberes da Sexualidade e da Saúde Mental. Nosso objetivo foi compreender a interface entre loucura e sexualidade nos discursos dos profissionais dos SRTs da cidade do Recife. A partir do referencial epistemológico do construcionismo social que nega as versões naturalizadas e universalizadas de realidade, compreendemos loucura e sexualidade como constructos sociais. Para analisar os dados coletados, utilizamos a Análise Crítica do Discurso, cujo foco de atenção recai sobre as dinâmicas das relações de poder que engendram os discursos. Como procedimentos de coleta, recorreremos à entrevista semi-estruturada com 09 profissionais dos SRTs - analisamos apenas 06 -, ao diário de campo e à observação no SRT feminino no momento da coleta. Observamos avanços na política de desinstitucionalização no que se refere à implantação dos SRTs, uma vez que as casas localizadas na própria comunidade possibilitam a esses moradores, antes hospitalizados, um acesso a condições mínimas de dignidade. No eixo clínico, as ações de reabilitação psicossocial parecem focalizar os cuidados básicos com o corpo e com a casa, por meio de condutas pautadas pela palavra, pela escuta, pelo afeto e pelo acompanhamento direto a essas atividades da vida diária, promovendo uma mudança significativa na conformação desses corpos. No entanto, identificamos que o cuidado precisa ser ampliado na direção da acolhida da história desses corpos que trazem profundo sofrimento por terem suas sexualidades interrompidas e violentadas pela institucionalização psiquiátrica. Percebemos que os discursos sobre as expressões de sexualidade desses moradores e moradoras ora apresentam características da institucionalização, como infantilização, silenciamentos e condutas de tutela, assentados em padrões de gênero pautados na moral sexual cristã; ora, são discursos de reconhecimento dessa sexualidade como uma dimensão importante da vida desses sujeitos e que, portanto, precisa ser pensada pela equipe. Identificamos fragilidades no campo da conscientização dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como elementos importantes no modelamento da atenção e dos modos de cuidar da equipe e, ainda, na compreensão da sexualidade desses moradores e dessas moradoras como um direito a ser garantido. Ainda nesse campo, encontram-se dificuldades de acesso à rede de serviços voltados para saúde do homem e da mulher. Diante disso, pensamos que a Reforma psiquiátrica precisa contemplar, em seu processo de inversão do modelo de atenção em saúde mental, uma pauta de ação que contemple o lugar de sentido da questão da sexualidade dos moradores e das moradoras dos SRTs, a fim de cuidar de uma dimensão de suas vidas há muito negligenciada pelas políticas públicas de saúde, promovendo, com isso, a autonomia e a cidadania.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Loucura. Sexualidade. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

ABSTRACT

This research emerges from the dialogue between Sexuality and Mental Health. We aimed at understanding the interface between madness and sexuality in the discourse of RTSs (Residential Therapeutic Servants) from Recife. Based on the epistemological grounds of social constructionism which denies naturalized and universal versions of reality, we understand madness and sexuality as social constructions. To analyze the collected data, Critical Discourse Analysis was used, focusing on the dynamics of power relations that articulate discourses. We discussed issues regarding the psychiatrization of madness, reviewing devices of body control and sexuality of mad individuals leading to the Psychiatric Reform in its Deinstitutionalization. Next, we explained some aspects of human sexuality from Foucault to Sexual and Reproductive Rights in its articulation to Mental Health. Research was conducted in the field of RTSs on qualitative approach. Data collection consisted of semi-structured interview with 09 RTS professionals – but only 06 were analyzed – field diary and observation of female RTS during data collection. We noticed advances in deinstitutionalization policies where the installation of RTSs is concerned, once the facilities located in the very community allow residents, previously committed, access to condition of minimal dignity. Clinically, actions of psychosocial rehabilitation seem to concentrate basic care on body and housing, by means of behavior modeled by speaking, listening, affection and direct support to daily activities, thus promoting significant change in the conformity of those bodies. However, we identified the necessity of extending such care towards embracing biographically the history of those bodies that carry deep suffering for having their sexualities interrupted and violated by psychiatric institutionalization. We noted that discourses on expression of sexuality from male and female residents either present characteristics of institutionalization, such as infantilization, silencing and guardianship, consolidated in patterns of gender shaped by Christian sexual moral; or are discourses of recognition of sexuality as an important dimension of these subjects' lives and should, therefore, be taken into account by the staff. We identified fragilities in the field of awareness raising for sexual and reproductive rights as relevant elements in the modeling of attention and staff care's attitude as well as in the comprehension of female and male residents' sexuality as a right to be guaranteed. Also on this matter, difficulties were found in accessing healthcare service network for men and women. Bearing this in mind, Psychiatric Reform needs to embrace in the process of inverting the model of attention in mental health, a plan of action that includes the place of meaning of RTS male and female residents' sexuality, in order to support a dimension of their lives long neglected by public health policies, therefore promoting autonomy and citizenship.

Keywords: Desinstitutionalization. Madness. Sexuality. Sexual Rights and Reproductive Rights.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

DSDR- Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

PNASH/Psiquiatria – Programa de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiátrico

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RT – Residências Terapêuticas

RTF –Residência Terapêutica Feminina

RTM –Residência Terapêutica Masculina

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SRTs – Serviços de Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Técnico de Referência

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: DA PSIQUIATRIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA	16
1.1 O sequestro da loucura pelo discurso psiquiátrico.....	16
1.2 Terapêuticas de adestramento do corpo e da sexualidade do dito louco.....	20
1.3 A Reforma Psiquiátrica e seus aparatos de cuidado	23
CAPÍTULO II: SEXUALIDADE:	28
2.1 Práticas Sociais sobre o corpo e a sexualidade	28
2.2 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos em diálogo com a Saúde Mental	33
CAPÍTULO III: PERCURSO METODOLÓGICO	39
3.1 Recorte Epistemológico	39
3.2 Procedimentos de construção de dados	45
3.3 Apresentação e Considerações sobre o campo e sobre as participantes da pesquisa	53
3.3.1 <i>Residência Terapêutica Feminina</i>	55
3.3.2 <i>Residências Terapêuticas Masculinas I e II</i>	60
3.4 Procedimentos de Análise de Dados.....	63
CAPÍTULO IV: ANÁLISES E DISCUSSÃO	64
4.1 Corpo e Sexualidade nos SRTs:	64
4.1.1 <i>Sobre os corpos dos moradores e das moradoras nos SRTs</i>	65
4.1.2 <i>Sexualidade nos SRTs feminino e masculinos</i>	73
4.1.2.1 <i>Sexualidade no SRT feminino</i>	73
4.1.2.2 <i>Sexualidade nos SRTs masculinos</i>	82
4.2 Direitos Sexuais e Reprodutivos nos SRTs	86
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	103
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Roteiro para Realização de Entrevista Semiestruturada	117
ANEXOS	
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	119
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP	122
ANEXO C – Carta de autorização da Secretaria de Saúde do Recife.....	124

Não quis dizer “Eis o que penso”, pois ainda não estou muito seguro quanto ao que formulei. Mas quis ver se aquilo podia ser dito e até que ponto podia ser dito.

M. Foucault

INTRODUÇÃO

“Desculpe o cabeçalho, pra tu a cartinha chegar: Simão, mando esta carta porque ainda te amo... Em primeiro lugar, a palavra de Deus! Lucíola Rua da Esperança, 94.” - Moradora da R.T. feminina

A epígrafe acima, excerto da carta de uma moradora da Residência Terapêutica Feminina (RTF), leva-nos a contrariar duas verdades fabricadas pelo saber psiquiátrico tradicional: primeiro, os loucos não têm sexualidade; segundo, caso a tenham, nada mais é do que expressão de uma patologia ou de sua animalidade indomada. No entanto, o uso da expressão *“ainda te amo”*, conforme consta na carta, contraria essa verdade fabricada da animalização da loucura e, auscultando o coração dessa fala, percebemos: o *“pulso ainda pulsa!”*. Não falar sobre a sexualidade do dito louco, ou remetê-la ao não-lugar da reatividade animal, não apaga o sinal de sua inscrição na memória da moradora.

Foram relatos como esse que nos mobilizaram a aprofundar, agora no âmbito da Reforma Psiquiátrica, os estudos de natureza bibliográfica que realizamos desde a graduação¹, sobre a vivência da sexualidade dos sujeitos em contexto psiquiátrico asilar. O tratamento analítico desses estudos nos mostrou a recorrência, entre os profissionais dessas instituições, dos discursos e das práticas pautados na negação, neutralização e patologização da sexualidade dos seus pacientes.

Contrapondo-se a esse modelo asilar, a Reforma Psiquiátrica, enquanto campo de luta político-ideológica e clínica, segundo Amarante (1999), avançou significativamente na reivindicação de uma efetiva derrubada da hegemonia do saber psiquiátrico sobre a loucura. Para isso, ela vem criando dispositivos e estratégias de cuidado que objetivam a reinserção desse sujeito na sociedade, através do fechamento dos hospitais psiquiátricos e da oferta de cuidados a essas pessoas em seus territórios afetivos. Segundo Delgado (1999, p. 17): *“o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo”*.

¹ O título do trabalho de conclusão de curso da graduação em Psicologia é *A vivência da sexualidade dos sujeitos acometidos por transtorno mental em contexto psiquiátrico asilar*, apresentado em 2009. A partir de 2010, seguimos com os estudos sobre loucura e sexualidade no contexto familiar e, na monografia de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, trabalhamos com a normatização da sexualidade dos sujeitos em contexto psiquiátrico asilar, defendido no ano de 2012.

De acordo com o Observatório de Saúde Mental (2009), o estado de Pernambuco tem como marco de engajamento no processo de Reforma Psiquiátrica o fechamento de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil. No ano de 2009, os duzentos e cinquenta e seis pacientes remanescentes desse hospital foram encaminhados para Centros de Desinstitucionalização em Saúde Mental. Esses espaços foram caracterizados como dispositivos transitórios em saúde mental, cuja proposta era realizar intervenções terapêuticas, visando a reinserção social dos seus usuários, seja pela volta às famílias, seja pela ida para casas municípios ou estados nomeadas pela política como “Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT’s), Residências Terapêuticas ou simplesmente ‘moradias’”(BRASIL, 2004, p.6)

Nesse novo cenário da Desinstitucionalização em Pernambuco, onde participamos de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, percebemos que práticas e discursos estigmatizadores e mitificadores da sexualidade de pessoas egressas de longa internação ainda circulavam dentro dos muros do asilo psiquiátrico, no contexto das terapêuticas reformadas, haja vista as dificuldades que enfrentávamos para manejarmos as situações de expressão da sexualidade dos usuários. Ressaltamos que muitas dessas dificuldades eram transpostas com medidas de justificação de que, no futuro, quando os usuários fossem transferidos para os SRTs, haveria melhores condições para cuidar desse aspecto de suas vidas. Resta saber se hoje, como moradores e moradoras dos SRTs, a questão tem sido considerada nesses termos.

Assim, tomando nossa experiência como residente, lançamos nos a questionar: a mudança de espaço de cuidado seria suficiente para mudar as práticas terapêuticas? Até que ponto a desinstitucionalização teria a potencia de romper com as práticas e os discursos estigmatizadores/mitificadores da sexualidade dos moradores dos SRTs? Quais os discursos e práticas dos profissionais desses serviços sobre as expressões da sexualidade dos moradores?

Essas questões se impuseram como mobilizadoras para que seguíssemos pesquisando a relação entre loucura e sexualidade, muito embora ainda não soubéssemos como transformar essas inquietações em questões a serem estudadas. Foi a partir dos encontros acadêmicos com nossa orientadora que conseguimos desenhar os objetivos dessa pesquisa e lançarmos nos em rota de compreensão da interface entre loucura e sexualidade nos discursos dos profissionais dos SRTs.

No exame de qualificação do projeto de pesquisa dessa dissertação pudemos, de uma forma mais aclarada, organizar esses questionamentos em linha de sintonia com as ricas

contribuições da Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco e do Prof. Dr. Felipe Rios. Destacamos a fala daquela nesse trecho:

Eu acho que quando você se propõe a problematizar essa sexualidade dos moradores nos SRTS através do discurso dos profissionais, o que você está colocando em questão como pano de fundo é exatamente a efetividade dos objetivos pretendidos pela Reforma, que é o exercício de autonomia e o exercício de cidadania. Então eu acho que o que você tá realmente problematizando... a figura é a sexualidade, mas o fundo, o fundo é muito rico: até que ponto os discursos e as práticas mudaram ou eles ainda estão colados a discursos e práticas da institucionalização?

Nessa mesma via argumentativa, o Prof. Dr. Felipe Rios pontuou: “A sexualidade, ela vai ser só um analisador de um processo muito mais amplo e complexo e, claro, o próprio Foucault, nas articulações dele, vai colocar a sexualidade como um campo importante para pensar outras questões.”

A partir desses comentários, passamos a compreender melhor nossa questão de pesquisa: ao buscar compreender a interface entre loucura e sexualidade nos discursos dos profissionais dos SRTs, tensionamos dois modelos de atenção à loucura que se antagonizam. Para tanto, minha orientadora e eu estabelecemos os seguintes objetivos específicos: 1) identificar e analisar os discursos dos profissionais acerca da sexualidade dos moradores e das moradoras dos SRTs; 2) problematizar os posicionamentos assumidos pelos profissionais em relação às expressões de sexualidade dos moradores e das moradoras dos SRTs; e 3) localizar os aspectos que dificultam/desafiam/possibilitam a compreensão da sexualidade como um direito por parte desses profissionais.

Vale salientar que, muitos autores, entre eles Michel Foucault e Erving Goffman, contribuíram significativamente com estudos sobre os efeitos interventivos das instituições psiquiátricas asilares sobre os sujeitos institucionalizados. Em contrapartida, ainda são muito incipientes as pesquisas que tratam dos discursos dos profissionais da Reforma Psiquiátrica sobre a sexualidade dos sujeitos egressos de instituições psiquiátricas asilares de longa permanência.

Em pesquisa realizada no Portal de Periódicos da CAPES, base de dados do Scielo e buscador Google Acadêmico, por assunto, em português, sem delimitação temporal, com as palavras-chave “loucura e sexualidade”, encontramos 40 (quarenta) ocorrências, sendo apenas 02 (duas) sobre a temática da sexualidade das pessoas no âmbito da saúde mental. Ao utilizar o descritor “sexualidade e desinstitucionalização”, encontramos 09 (nove) ocorrências, mas

nenhuma delas em português. Ao integrar “Saúde Mental e sexualidade”, encontramos 297 ocorrências, sendo apenas 03 (três) relacionadas ao tema. Com os descritores “Direitos Sexuais e Reprodutivos e Saúde Mental”, 10 (dez) ocorrências apareceram, sendo 03 (três) diretamente relacionadas ao tema proposto.

Ao todo, portanto, somamos 08 (oito) pesquisas que tematizavam loucura e sexualidade no âmbito da Saúde Mental: sendo 01(uma) da área da sociologia, com foco nos estudos de gênero; 03 (três) artigos publicados nas áreas de enfermagem; além de 02 (duas) dissertações de mestrado, 01(uma) no campo da psicologia e 01 (uma) no da filosofia, mais especificamente, de um programa de doutorado interdisciplinar em ciências humanas.

Diante disso, penso que a relevância desse trabalho está em poder contribuir com estudos que tematizam a sexualidade daqueles tidos como “loucos”, tomando-a como analisador mesmo das inflexões e desafios à efetivação da Reforma Psiquiátrica. Com isso, esperamos que a produção desse diálogo com esse outro que não é reconhecido enquanto ser desejante possa promover o necessário estímulo acadêmico para que outros profissionais do cuidado tematizem a sexualidade dos sujeitos institucionalizados para-além da “reatividade patológica”, como algo que faz parte da vida.

Por outro lado, essa pesquisa também pode abrigar um apelo de relevância social, na medida em que possibilita a esses ditos loucos o direito ao reconhecimento comum da experiência de sua sexualidade, tanto pelos profissionais do cuidado, quanto pelos “outros-de-fora-dos-muros” com os quais são convocados a conviver socialmente.

Em atenção aos objetivos propostos nessa pesquisa, optei pela metodologia qualitativa com referencial teórico do Construcionismo Social, em sua versão de Análise Crítica do Discurso. Considerarei que esse recorte possibilita uma melhor compreensão das dinâmicas das relações de poder mantenedores dos discursos sobre loucura e sexualidade no contexto em que a pesquisa se instala.

Dividimos a dissertação em quatro capítulos. No primeiro deles, trabalhamos alguns aspectos da psiquiatrização da loucura até a Reforma Psiquiátrica, compreendendo-a como uma construção histórica, cultural. Longe de ser uma verdade inquestionável, a loucura traduz-se como um efeito do discurso fabricado no interior do saber/poder da psiquiatria tradicional. Esse saber-poder, segundo Foucault (2004), fabrica a verdade da loucura como uma doença tratável apenas por meio da sequestração do dito louco dos espaços de convívio social e seu conseqüente confinamento na instituição psiquiátrica, onde asilado, será submetido às terapêuticas de controle do seu ‘corpo indócil’, visando proteger a sociedade da desmedida patológica da sua desrazão.

Esse pensamento da loucura como fabricação atravessa a ideologia da Reforma Psiquiátrica quando questiona a reificação do saber/poder da psiquiatria tradicional reivindicando um novo lugar de sentido para o dito louco dentro do projeto social moderno: um lugar de exercício da cidadania e garantia de direitos. Em sua versão da desinstitucionalização, tais são apresentados como os principais objetivos a serem conquistados no cerne da Reforma Psiquiátrica em alguns estados brasileiros. Nessa direção, a desinstitucionalização é tida como a desconstrução do saber psiquiátrico, desde a sua episteme até a sua práxis, ou seja, desde a concepção da loucura como doença mental até o modelo hospitalocêntrico de tratamento da mesma. Para pensar esse processo de embasamento da estrutura e caracterização do saber psiquiátrico sobre loucura, bem como sobre a Reforma Psiquiátrica, recorreremos aos estudos de Amarante (1995, 1999, 2007, 2009), Castel (1974), Birman (1978, 1980), Foucault (1992, 1998, 2004, 2008, 2013), Saraceno (1996, 2001), Rotelli (2001a, 2001b), dentre outros estudiosos e militantes da Reforma Psiquiátrica.

No segundo capítulo, tematizamos a sexualidade a partir das contribuições de Foucault (1998), buscando enquadrar o seu registro da sexualidade na instância do dispositivo de controle ancorado nas malhas do poder que, a um só tempo, o descreve e o administra segundo seus mecanismos de ordenamento disciplinar. Como ponto de virada crítica às verdades fabricadas sobre a sexualidade, exploramos brevemente algumas das contribuições das teorias feministas e de gênero no tocante à concepção de sexualidade como constructo social. E, em tópico posterior, considero a dimensão ético-política da sexualidade numa perspectiva dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, uma vez que essa defende a visão de sujeito autônomo, visando garantir o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e da reprodução humana (VENTURA, 2009), também defendidos pela Reforma Psiquiátrica.

Já no terceiro capítulo, estabelemos uma rede de tratamento dos aspectos conceituais mais destacados que marcam a nossa escolha epistemológica, bem como a trajetória metodológica que lhes confere sustentação.

No quarto capítulo, analisamos os discursos colhidos, compreendendo que eles são co-construções do nosso encontro com as entrevistadas, trazendo as discussões dos tópicos discursivos identificados no processo de análise, a saber: 1) Corpo e sexualidade das moradoras e dos moradores dos SRTs e 2) Direitos sexuais e Direitos reprodutivos dos moradores e das moradoras dos SRTs. Por fim, trazemos algumas considerações sobre outras tantas questões que emergiram no processo dessa pesquisa.

1.CAPÍTULO I: DA PSQUIATRIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSQUIÁTRICA

O objetivo desse capítulo é apresentar uma breve história da loucura no marco da modernidade, desde a sua captura pelo discurso psiquiátrico, com foco nas terapêuticas de controle e adestramento do corpo e da sexualidade do dito louco nestes espaços, até as veiculações discursivas sobre a experiência da loucura no registro mesmo da Reforma Psiquiátrica. Para traçarmos esse percurso, recorreremos às obras de Foucault (2004), Castel (1974), Goffman (1974), Amarante (1999; 2009), Birman (1978), Pessotti (1994), Saraceno (2001) e Lancetti (2007), dentre outros autores contrários ao modelo manicomial.

1.1 O sequestro da loucura pelo discurso psiquiátrico

A Modernidade vem instaurar um sentido de ruptura com a soberania do paradigma religioso e, conseqüentemente, com tudo que negue a legitimidade dos novos padrões sociais anunciados desde o Renascimento. Essas mudanças ocorreram de forma radical nos âmbitos da moral, das artes, das ciências e do comportamento humano, na afirmação dogmática de uma supervalorização da ciência. Tudo isso buscava garantir um considerável crescimento do sistema capitalista, bem como desenvolver novas estratégias de conhecimento que permitissem os avanços necessários aos processos de tecnificação da vida produtiva dessa economia.

O autor dessas mudanças seria o “novo sujeito” da Modernidade. Mas, cabe perguntarmos: afinal, quem é esse tal sujeito da modernidade? Em princípio, anunciado pela filosofia de Descartes, esse sujeito seria fundado na razão enunciada pelo cogito: “Penso, logo existo!”. Ou seja, a existência humana estaria intrinsecamente ligada à sua capacidade de pensar em conformidade com os padrões de racionalidade propagados pela ciência positivista. A partir dessa concepção, o sujeito da Modernidade teria em sua “capacidade de ser razoada” a condição total para ser livre, autônomo e capaz de fazer suas próprias escolhas. Esses princípios serão basilares para a instauração da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Por isso, segundo Castel (1974), a cidadania é pensada como uma titulação dada aos iguais normais que, na seara política-liberal, eram outorgados a tomarem decisões sociais.

Notamos que, dentro desse enquadramento da racionalidade moderna, vão se refletir consequências danosas para a marcação do pensamento sobre o lugar da loucura na inscrição humana da razão social. Pois, se é verdade fabricada que a Modernidade considera o ser da loucura como aquele que desrazoa, deverá ser verdade igualmente instituída que o seu lugar se inscreverá no lugar do não-sujeito da Modernidade. Portanto, “a não verdade da loucura se construiu pelo poder absoluto de verdade da ciência, de maneira que a razão se construiu na tradição do Ocidente pela tentativa de silenciar o universo da desrazão” (BIRMAN, 1978, p.53).

A partir disso, ao falarmos de um discurso psiquiátrico da loucura, remetemo-nos, ao nascedouro da Psiquiatria como ciência na Modernidade, advinda da necessidade de responder a uma demanda estatal da civilização que traz em seu âmago aqueles valores pautados na soberania iluminada da razão. Nos desdobramentos da ciência médica, a Psiquiatria responde ao processo de “enquadramento dos ditos loucos” com uma dupla face operativa: de um lado, leva ao tratamento terapêutico; de outro, conforme Castel (1974), institui a resolução do encargo social em que se transformou a loucura. Contudo, para resolver as questões da emergência desse encargo, precisamos afastá-la ao máximo da animalidade, denotada pelas das condutas de sequestro e violência, sem uma justificção moral.

Isso porque essa marca de exclusão do dito louco não deveria ser tão explícita no projeto laico iluminista, o qual pregava a necessidade de mostrar ao homem as insígnias redentoras de ideias ‘claras e distintas’ de um novo mundo. Haveria que se prezar pelos princípios da mentalidade revolucionária que conquistou o poder político na França, abalando tronos e altares: *Égalité, Liberté et Fraternité*.

Com efeito, esse espírito nascido das Luzes no século XVIII fará brilhar na sociedade uma preocupação essencial com a moral e a autonomia do Estado que, devidamente aliada à necessidade de legitimar uma nova afirmação científica do saber/poder psiquiátrico, deveria ser capaz de responder à demanda de encargo social do dito louco. Foi desse modo que, ainda segundo Castel (1974), a loucura foi legitimada como patologia a ser tratada num ambiente específico, surgindo, assim, os primeiros hospitais psiquiátricos ou hospitais de alienados.

Nesse novo contexto, a palavra alienado² terá uma força indicativa tão expressiva que carregará consigo a nomeação de um conjunto de relações de poder que pressupõe a nulificação daquele que não pode se situar como sujeito da razão, mas como da desrazão (AMARANTE, 2009). Assim, o poder que confere ao sujeito da razão as condições de não, se

² Outros tantos nomes foram atribuídos à loucura ao longo das épocas. Para aprofundamento, ver *Os nomes da loucura*, de Isafas Pessotti. Contudo, optamos por trabalhar com a categoria da alienação mental.

mantém distanciado das realidades que o cercam; alheado. nomeação do sujeito da desrazão também delimita o seu campo de significação = no ordenamento social. De acordo com o Dicionário Houaiss (2001), a palavra alienado significa:

aquele que foi transferido; cedido, vendido; ou aquele que sofre de alienação mental; louco, maluco, doido; ou que vive sem conhecer ou compreender os fatores sociais, políticos e culturais que o condicionam e os impulsos íntimos que o levam a agir da maneira que age; ou aquele que, voluntariamente ou ou não, se mantém distanciado das realidades que o cercam; alheado.

Dentro desse registro conceitual, Pinel construirá seu arcabouço de compreensão e intervenção psiquiátrica do fenômeno da loucura estabelecendo, além disso, um modo de abordagem do lugar da loucura no processo da constituição do sujeito “louco”. Vem daí a constatação que “o que constitui a cura do louco, para Pinel, é sua estabilização num tipo social moralmente reconhecido e aprovado” (FOUCAULT, 2004, p.474).

Com efeito, reverberará ainda nessa nova visão da loucura os sinais de uma conveniente união com a ordem burguesa vigente. Isso porque, segundo Castel (1974, p.111) o alienismo compreende a loucura como “um avesso da ordem, um excesso que é uma falta: agitação, exagero, imoderação, desregramento, periculosidade (...)”. Enfim, o louco personifica tudo aquilo que era rechaçado do interior dos espaços de convivencialidade da família burguesa, bem como da sociedade capitalista, a saber, a sua desrazão, o seu descontrole dos impulsos, o seu transbordamento o tornava antisocial e imoldável, logo, perigoso para a sociedade e improdutivo para o trabalho.

A esse respeito, Amarante (2009, p.2) aponta que tal classificação do louco, decreta a sua morte simbólica enquanto sujeito de direito político, visto que “àquele em cuja Razão existisse tal contradição seria um alienado, o que o tornaria incapaz de julgar, de escolher; incapaz mesmo de ser livre e cidadão, pois a liberdade e a cidadania implicavam no direito e possibilidade à escolha”.

Desse modo, é possível compreendermos porque na chamada era do alienismo segundo Foucault (2004), o dito louco recebeu uma nova marca representada pelo par alienista-alienado, denotando, assim, a sua captura pelo discurso psiquiátrico tradicional. Por extensão, conforme atenta Birman (1978), essa díade representará uma relação verticalizada de poder, onde o alienista, representante ideal do sujeito racional moderno, será imbuído de um poder-saber que o autoriza a fabricar uma prática que transforme o outro num ser-

alienado, forçado a ceder em tudo de si para sua recomendável acoplagem à ordem fabricada da instituição, na qual, inclusive, ele só se inscreve enquanto ser-cindido-de-si mesmo.

Nessa linha de pensamento, Castel (1974) defende que a noção de loucura como doença mental está a serviço de uma exigência muito particular da modernidade. Ela vem dar conta de uma categoria de indivíduos ditos desrazoados, de presença física repugnante e improdutiva, numa sociedade que se firma sob a égide da razão, da beleza e da produtividade. Associados a esses ideais, os valores cristãos da caridade e da bondade são utilizados para justificar a apartação desses indivíduos da sociedade.

Ao longo das épocas, a soberania de um sistema capitalista que transcende a dinâmica econômica, construiu novos modos de subjetivação pautados na produção e na lucratividade. Nesse contexto, a loucura será um encargo social. Assim, a exemplo da lepra, da prostituição, da miséria, da drogadição, como qualquer outra mazela, ela tem a função na sociedade de servir como parâmetro de comparação entre aqueles que estão de acordo com os valores pregnantes numa dada época e aqueles que estão em total dissonância, criando-se a exclusão e a justificação de determinados saberes.

Através da nomeação do dito louco como alienado, portanto, o discurso psiquiátrico justificou a necessidade da instituição hospitalar e suas terapêuticas de controle dos mais diversos âmbitos de sua existência. Tomando-se por referência esses padrões normativos da modernidade, uma importante motivação para que homens e mulheres fossem capturados foi a concepção de “natureza” feminina amplamente disseminada na cultura ocidental, bem como o estatus de conserva do papel social de homem provedor e viril, considerados marcadores de normalidade. Segundo Rago (2004, p.31):

Ser mulher da classe média e branca na cultura ocidental até aproximadamente o final dos anos 1960, significava identificar-se com a maternidade e a esfera privada do lar, sonhar como um “bom partido” para um casamento indissolúvel e afeiçoar-se a atividades leves e delicadas, que exigissem pouco esforço físico e mental.

Assim, homens e mulheres que não correspondessem a essas prerrogativas dos papéis de gênero instituídos prontamente seriam diagnosticados como loucos e capturados pela psiquiatria tradicional. Nessa direção, o corpo desses sujeitos seria submetido às terapêuticas de controle disciplinares, tendo em vista a sua docilização, como também, a normatização de suas sexualidades.

1.2. Terapêuticas de adestramento do corpo e da sexualidade do dito louco

As terapêuticas psiquiátricas utilizadas para o tratamento da loucura, na gênese de sua captura pelo discurso psiquiátrico, configuravam-se, predominantemente, como físicas e morais (PESSOTTI, 1994). Nesse sentido, o próprio Pinel e seus sucessores propunham o tratamento moral – diga-se de passagem, bastante questionado e rechaçado pelos organicistas da época –, que via na etiologia da alienação mental “a ‘imoralidade’, entendida como excesso ou exagero. Daí a terapia ser chamada tratamento moral, de ‘afecções morais’ ou ‘paixões morais’ (PESSOTTI, 1994, p.156).

Essas ditas técnicas terapêuticas utilizadas para o adestramento do corpo visando à correção das condutas imorais, situavam-se entre a generosidade indulgente e a severidade brutal. Dentre os métodos mais suaves estava o da ‘mentira piedosa’, na qual o terapeuta fingia crer na ideia delirante do louco e, usando de certos ardis (que incluíam até cenas teatrais), tentava destruir o objeto do delírio. Nesse sentido, Birman (1978) atenta para crescente caracterização dos métodos organicistas de tratamento da loucura sob o signo da violência: medicalizações, sucessivas higienizações, duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias, sangrias e eletroconvulsoterapias que, pela força da interdição direta, atuavam visivelmente no sentido de normatizar o corpo do dito louco.

As chamadas terapias físicas tinham como base a visão organicista da loucura, abarcando, conseqüentemente, desde os fármacos e as dietas, até as práticas destinadas a afetar diferentes funções corporais do louco. Destacamos que, na virada do século XVIII para o XIX, os métodos físicos de tratamento da loucura suplantavam mais e mais aqueles calcados apenas no tratamento moral, até então aplicados, devido, principalmente, à ascensão hegemônica das ideias positivistas e organicistas.

Entretanto, em meio a todos esses processos, perguntamos: por que é justamente ele, o corpo, o centro de interdição das terapêuticas organicistas? Em se tratando das terapias organicistas psiquiátricas, uma das possíveis respostas estaria no fato de que a materialização da cura da loucura na concretude do corpo anátomo-fisiológico possibilitava a definição do objeto de saber e intervenção da psiquiatria, até então difuso, e, com isso, a validação do seu status de ciência. Como atesta Birman (1978, p.59):

Dessa maneira, o corpo afastado, negado, silencioso, deveria ser retomado, para que a Psiquiatria não se tornasse enigmática: corpo doente, palavra

chave, sem o qual se quebram as pretensões da Psiquiatria de querer pertencer à instituição médica.

A redução do corpo do não-sujeito asilado à condição de corpo-objeto captura dele a sua tessitura de corpo-como-doença através da pluralidade de tramas discursivas que o disciplinam, como aponta Peixoto (2010). Foi precisamente em face do sequestro da razão do louco que se tornou possível a concomitante transformação de seu corpo em lugar de alojamento da doença. Por isso, o discurso da razão sobre a loucura se ancora na representação do louco como elemento da desrazão. E, desse modo, patologizado, não pode ser pensado fora de uma rede de interditos que torna possível o seu isolamento terapêutico.

Assim, para Foucault (2004), a destituição de sentido da própria linguagem do dito louco pela razão moderna, reforça, de maneira circular, a ideia de que em seu corpo habita apenas o que salta aos olhos etnocêntricos dessa mesma razão, a saber, a animalidade classificada e categorizada como doente e criminosa. De acordo com Furtado (1995, p.71) “o corpo permanecerá aqui como única possibilidade de intervenção: o possível, o palpável, dessa entidade abstrata, desse não-ser que é a loucura”.

Ao controlar os corpos dos sujeitos asilados, a instituição psiquiátrica asilar fabrica modos de ser que tolhem nesses sujeitos o desejo e o acesso aos prazeres contidos na experimentação da sua sexualidade. Na ótica de Foucault (1992), o que está em jogo é a construção/articulação de dispositivos de poder e saber que, visando à normatização de tais sujeitos, promove a expressão de corpos estereotipados e desprovidos de marcas de singularização, neutralizados pela força de camisas de contenção físicas e químicas.

Ainda a esse respeito, Goffman (1974) dirá que as terapêuticas asilares produzem corpos tão estranhos que, mesmo em face da remissão do surto, tornam-se facilmente identificados ainda como o corpo-de-um-louco: sem face, sem densidade existencial. Isto é, a única marca de identificação singularizante desses sujeitos revela-se pela violência inscrita em seu corpo desalojado de si mesmo.

Entretanto, como vimos até aqui, se o controle do corpo através das terapêuticas físicas e/ou morais tinha o claro objetivo de curar e/ou de adestrar esse corpo para que se tornasse moralmente dócil, cabe perguntarmos pelo modo como tais terapêuticas ou métodos intervinham nesse contexto para confiscar do dito louco a sua sexualidade. Segundo Birman (1980), no contexto asilar, a sexualidade dos ditos loucos é vista pela psiquiatria tradicional como uma manifestação patológica, devido a sua impossibilidade de reservar as práticas sexuais ao ambiente privado, como fazem os ditos normais, ou, ainda, como uma necessidade

puramente biológica de satisfação dos impulsos instintivos (restrita ao coito sexual), destituídos, dessa forma, de possibilidades de vinculação afetiva.

Diante desse cenário, cabe aos profissionais do hospital criar mecanismos de controle que garantam o tolhimento efetivo dessa manifestação patológica, quer diretamente, através da vigilância organizacional das práticas sexuais dos sujeitos asilados, quer indiretamente, pela organização da estrutura física do espaço institucional. Nesse espaço marcado pela negação da expressão do desejo, o controle da sexualidade é regulado por uma pedagogia da contenção institucionalmente fundamentada numa mescla dos valores morais burgueses e cristãos com as lógicas de funcionalidade econômico-financeira do capitalismo.

Por esse motivo, os sujeitos asilados são constante e minuciosamente vigiados pelos profissionais do hospital, até que, submetidos aos constantes mecanismos de condicionamento ação-punição, passem a introjetar as normas do hospital de forma automática. A esse respeito, Furtado (1995) sustentará que essas determinações normativas da conduta dos sujeitos asilados (na instituição total) violam o seu direito de exercer o poder sobre o seu corpo, tolhe a possibilidade dos encontros afetivo-sexuais e a sua capacidade de agir de forma autônoma e singular.

Na mesma linha de análise, Oliveira (2004) argumenta que toda organização da instituição hospitalar psiquiátrica irá pensar os modos de contenção das práticas sexuais. Porém, apesar das interdições, os sujeitos asilados encontram formas de expressarem sua sexualidade. Ou seja, por mais que as marcas da normatização ajam sobre o sujeito asilado, a experimentação de sua sexualidade não será por ele relegada, sendo revivida a cada batalha com a instituição. Segundo Birman (1980, p.146):

A sexualidade vai permanecer como uma demanda essencial de seu corpo, como a fome, a sede e outras demandas básicas. Esta demanda essencial é um bem precioso, porque antes de mais nada é uma fonte de prazer, interminável e inesgotável, e por isso mesmo vai ser zelada e mantida com muito cuidado.

No intento de controlar a sexualidade do sujeito asilado, a instituição psiquiátrica valia-se das seguintes estratégias: desvalorização, culpabilização, exclusão institucional e sintomatização. Desse modo, a sexualidade é desvalorizada, em primeiro lugar, pela imposição de uma relação de patologização, por exemplo: quando os profissionais a vestem de sinais patológicos, como agitação psicomotora, ou mesmo hiperssexualidade, deslegitimando qualquer possibilidade de singularização de seu desejo. Em segundo, pela culpabilização expressa pela recriminação do comportamento sexual, seja através de gestos,

palavras e olhares com objetivo de levar o sujeito dito louco a reconhecer a sua culpa, seja por meio da contenção e/ou pelas medicalizações que têm como alvo a mortificação do seu corpo. Depois, pela exclusão institucional, que consistia na expulsão (ou ameaça) do sujeito asilado do espaço institucional devido à falta de respeito para com as normas da instituição. Finalmente, em quarto, pela sintomatização, utilizada para justificar todos os procedimentos supracitados, uma vez que defende a manifestação da sexualidade do sujeito asilado como sinais e sintomas patológicos, para com isso, uma vez mais, reafirmar o lugar do saber psiquiátrico que confere, unilateralmente, um poder de razão de um sujeito (o médico) sobre o outro (o louco).

Esse conjunto disciplinar de controle da sexualidade é organizado de forma sutil: desde castigos físicos, passando por privações calculadas, até as pequenas humilhações. De acordo com Benelli (2002), “aquele que se afasta ou não se submete à norma, receberá a sanção que se destina a fazê-lo retornar ao interior da norma”. É nessa perspectiva que Goffman (1974) apresentará os “processos de mortificação do eu” como padrões que expressam e exemplificam o funcionamento da sanção normalizadora, cuja destinação é, em última instância, promover a expulsão do dito louco da vida dita humana.

Por conta disso, Oliveira (2011) assinalará que essa sanção normalizadora – configurada, sobretudo, através das formas de classificação e tratamento dos “doentes mentais” – foi duramente criticada por médicos, psiquiatras, filósofos, historiadores, sociólogos, entre outros profissionais que defendiam os direitos humanos e os direitos à cidadania dos sujeitos asilados.

1.3. A Reforma Psiquiátrica e seus aparatos de cuidado

A experiência italiana de desinstitucionalização da loucura, representada por Franco Basaglia(1985), foi um dos mais expressivos marcos da Reforma Psiquiátrica, pois propõe a desconstrução do saber/poder psiquiátrico instituído sobre o ser-da-loucura, quando simultaneamente propõe a reforma do modelo de atendimento através da “invenção” de novas estruturas assistenciais e terapêuticas. A partir desse modelo, o autor reivindica para a loucura uma condição cidadã, inseparável de uma instância de ordem sociopolítica, na qual a “clínica deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral pinelianos, para tornar-se (sic) criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades” (AMARANTE, 2009, p.1).

No Brasil, esses ideais influenciaram o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Dessa forma, eles passaram a questionar fortemente a função social do papel que antes desempenhavam nas instituições asilares. Munidos de uma nova consciência profissional, os trabalhadores de saúde mental denunciavam a precariedade das condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, assim como reivindicavam uma assistência de qualidade aos seus pacientes. A partir desse marco de viragem política, na década de 80, esse movimento ganha nova força com o processo de redemocratização do país que, aos poucos, vai incorporando outros atores e movimentos conjugados nas várias frentes da luta social. Nesse mesmo período, observamos o surgimento das primeiras experiências de serviços alternativos de atenção à loucura.

Em vista desse panorama de luta social, vemos que alguns marcos de enfrentamento político foram significativos para a difusão do paradigma e da pauta antimanicomial no Brasil. Dentre algumas reivindicações, destacamos o respeito aos direitos humanos e civis dos ditos loucos e a reorganização dos serviços a eles destinados. Esses avanços se deram a partir da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ambos realizados em 1987 – e com esse Congresso, surge o Movimento de Luta Antimanicomial de lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios!”- além da Conferência de Caracas, realizada em 1990.

Ressaltamos aqui os ganhos advindos dessas lutas reverberados nos campos legislativo e normativo no Brasil com a elaboração do Projeto de Lei 3.657/89, conhecido como Paulo Delgado, que dispõe sobre a garantia dos direitos das ‘pessoas portadoras de transtornos mentais’ e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país. Esse projeto tramitou por 12 anos no Congresso Nacional até que foi aprovado sob a Lei 10.216 no ano de 2001 como o primeiro instrumento de defesa legal das ‘pessoas com transtorno mental’³, embora com alterações quanto ao fechamento dos leitos hospitalares. Por sua relevância, devemos dizer que a aprovação dessa Lei antecede a criação de um arcabouço legal que possibilitasse a construção de dispositivos de cuidado extra-hospitalares, pautadas no modelo de atenção psicossocial, justamente aquilo que substituiria os manicômios.

³ Amarante (2007) critica o uso dos termos “pessoas com transtornos mentais”, “portadores de transtornos mentais” ou mesmo “doentes mentais”, pois colocam as pessoas assim nomeadas em relação ao ideal de normalidade pregnante. Por essa razão, o autor sugere nomeá-las como “pessoas em sofrimento”. Ainda conforme o mesmo autor, mesmo o nome “usuário”, empregado desde a legislação do SUS de 1990, utilizado para demarcar o lugar de protagonismo que as pessoas atendidas pelo sistema possuem, restringe a pessoa ao sistema de saúde quando atribui àquela uma identidade relacionada a este.

Esse modelo tem como característica ser de base territorial, pautado na inserção na própria comunidade e seus vínculos identitários mais próximos e não na forma de isolamento social, tal como preconiza o modelo hospitalocêntrico. É a clínica que fortalece o sujeito no seus territórios afetivos, preservando a sustentabilidade de seus laços, ou mesmo fortalecendo-os. Sendo assim, de nenhum modo é possível encontrar essa clínica política nos manuais nosográficos nem técnicos, pois ela é uma clínica da invenção, da criação de possibilidades de cuidado, de respeito ao outro em sua singularidade (LANCETTI, 2007).

Resumidamente, a reforma intenta construir um novo estatuto sociopolítico para o dito louco, a partir do estabelecimento de algumas garantias básicas: exercício da cidadania (incluindo não só seus direitos como seus deveres), acesso aos seus direitos e o respeito a sua individualidade articulada à atenção de sua contratualidade.

No plano de suas estruturas de implantação e funcionalidade, a Reforma Psiquiátrica caracteriza-se como um conjunto de estratégias globais que envolve construções, reflexões e tensionamentos contínuos nos campos técnicoassistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sócio-cultural. Assim, o campo teórico-conceitual, diz da ruptura radical com a epistemologia da psiquiatria tradicional, reposicionando a questão da loucura, numa forma de episteme que rompe criticamente com a sua associação à doença. Já o técnico-assistencial, contempla a criação de serviços territorializados que possibilitam a sociabilidade da loucura. O jurídico-político, por sua vez, é responsável pela garantia do exercício de cidadania dos sujeitos. E, finalmente, o sociocultural, onde se intenta transformar o estigma da loucura a partir de práticas sociais (AMARANTE, 1999).

No contexto brasileiro, o principal ponto de atenção da Reforma, hoje, é a desinstitucionalização psiquiátrica. Trata-se do desmonte da instituição asilar - acompanhado da espera de processos de alocação de recursos financeiros nessa área - desde a dimensão de sua relação terapêutica (o reconhecimento da humanidade do dito-louco), passando pela dimensão social (a ruptura dos muros de confinamento) até a sua dimensão política (a reivindicação da cidadania do dito louco).

Dentro desse paradigma da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, o conceito de desinstitucionalização é compreendido como:

[...] um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de saúde mental que substituem inteiramente a internação em hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão de recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI *et al.*, 2001, p.18.)

Nesse cenário da desinstitucionalização, notoriamente, o conceito de reabilitação psicossocial joga um papel extremamente potente em termos clínicos. Em linhas gerais, por reabilitação psicossocial entendemos um conjunto de estratégias de cuidado que visam a reforçar o estímulo à autonomia e o poder de contratualização do dito louco com a sociedade. Sob essa luz, nas palavras de Saraceno (2001, p. 112):

A reabilitação seria um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca e de recursos de afetos; é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”. Assim sendo, a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muito e reciprocamente multiplicantes.

Entretanto, para refletirmos sobre um outro lugar de sentido para loucura, é muito importante aclararmos o conceito de autonomia, tal como o utilizamos em nosso trabalho. Em suas acepções dicionarizadas, a palavra autonomia significa “direito de reger-se segundo leis próprias” (HOUAISS, 2001), ou seja, é a condição de quem determina a própria lei, faz uso da liberdade e determina-se a si mesmo. Em oposição, heteronomia significa uma vontade de sujeição a uma lei exterior ou à vontade alheia (HOUAISS, 2001).

Nesse sentido, à título de reflexão, caberia perguntarmos de modo mais específico: em que medida é possível falarmos em autonomia no plano da condição humana do dito louco? Como promover autonomia típica da loucura? Podemos encontrar numa sociedade logocêntrica um lugar de razoabilidade distinta para o ser da loucura? Como pode o dito louco reconhecer-se e ser reconhecido como ser-autônomo? Para Goldberg (1994), se autonomia é entendida como a capacidade de gerir-se a si mesmo conforme seja a sua condição, então o exercício da autonomia da loucura não deve ser confundido com autossuficiência - menos ainda comparada à autonomia da razoabilidade - mas promover autonomia possível para cada sujeito.

No que diz respeito à questão da contratualização, essa é uma palavra estranha à gramática asilar, pois nela o dito louco, movendo-se em sua contratualidade, pode resgatar a sua capacidade de participar, enquanto sujeito, corresponsabilizadamente, do universo das interações sociais, de bens simbólicos e materiais, de palavras e de afetos. Segundo Saraceno (2001), o poder de contratualização é construído ao longo da vida das pessoas nos vários espaços de sociabilidade por onde o sujeito circulou. Contudo, a institucionalização,

sobretudo aquelas de longos períodos, enfraquece no sujeito o seu poder de troca, isto é, a sua capacidade de produzir valor social reconhecido no circuito das trocas do cotidiano.

O poder contractual é estabelecido em três dimensões: troca de bens, de mensagens e de afetos. O rótulo de doente negativa no dito louco a sua capacidade de trocas, pois seus bens são considerados suspeitos; suas mensagens, incompreensíveis; e seus afetos, desnaturados (KINOSHITA, 2001). O objetivo dessa clínica, portanto, será o de possibilitar a esse sujeito desde as estratégias do cuidado de si até os instrumentos de negociação para fazer com que essas trocas sociais não sejam negativadas como patológicas.

Desse modo, a reabilitação psicossocial, segundo Sarraceno (1996), deve possibilitar a esses sujeitos que exerçam seu poder contractual com a maior autonomia possível nos âmbitos do morar, da rede social e do trabalho, isto é, nos espaços de circulação de onde a loucura foi sequestrada. Morar significa habitar, não é apenas “estar num lugar”, mas apropriar-se dele, a partir de uma participação maior na organização material e simbólica desse espaço. Nesse sentido, a rede social compreende a família e a comunidade, pois é através dessas relações que é possível trocar afeto, estabelecer e fortalecer os vínculos. Finalmente, a dimensão do trabalho, opondo-se à lógica alienante das estratégias de alinhamento midiático do mercado de trabalho do sistema-capitalista, visa aumentar a possibilidade de trocas tanto de mercadorias quanto de valores.

A esse respeito, então, podemos dizer que o mais ousado ponto de viragem da desinstitucionalização perfigura-se na ação clínico-política de trazer esse outro-dito-louco para habitar a cidade e apresentá-lo à sociedade como morador de uma casa tecida de evocações próximas de uma familiaridade e de laços de sociabilidade que se afiguram como territorialidade afetiva. Nesse contexto, as noções de cidadania, autonomia e garantia de direitos criam um sentido de vinculação que permite ao não sujeito do regime hospitalocêntrico a experimentação de um novo modo de pertencimento à vida.

Daí podermos entender que, a partir desse novo nome, “morador”, o dito-louco pode encontrar-se na sua dimensão cidadã, não apenas do ponto de vista do acesso a serviços de saúde, mas, principalmente, do ponto de vista da consideração de sua autonomia sobre o próprio corpo e sobre a sua própria sexualidade, sem que isso seja cerceado por nenhuma instituição. É também nessa direção, com tudo que isso significa de desafiador que, segundo vemos, podemos abrir uma importante possibilidade para se pensar a desinstitucionalização da sexualidade desses moradores e dessas moradoras.

2. CAPÍTULO II: SEXUALIDADE

Neste capítulo, nos lançaremos a explorar as práticas sociais sobre o corpo e a sexualidade humana no contexto da cultura ocidental tomando como referência a concepção de Foucault (1998) de sexualidade como fabricação discursiva e, por isso, dispositivo de poder. Nesse sentido, faremos uma breve explanação sobre os principais discursos que fabricaram e fabricam corpos docilizados e sexualidades normatizadas das pessoas no mundo ocidental.

Aprofundando a crítica foucaultiana sobre a institucionalização de corpos e sexualidades, consideramos brevemente a concepção de sexualidade veiculada pelas teorias feministas e de gênero, a partir de Louro (2000). Por fim, procuramos discutir como a crítica à normatização dos corpos e da sexualidade reverbera no âmbito da saúde mental, mais especificamente, para as pessoas em processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Para tanto, recorreremos aos estudos sobre direitos sexuais e reprodutivos de Ventura (2009), Correa (1996), Fonseca (2008) e Toneli (2004), além dos estudos que tematizam tais direitos no âmbito da saúde mental de Guedes (2007), Barbosa (2011), Santos (2009) e Silva (2008).

2.1 Práticas sociais sobre o corpo e a sexualidade

Falar sobre sexualidade no contexto da cultura ocidental, segundo Revel (2011), é mergulhar num campo construído por discursos de veridicção, ou seja, por jogos de verdade, já que em nossa sociedade a sexualidade é tomada, hegemonicamente, como dispositivo investido de uma capacidade de dizer as verdades sobre nós mesmos em termos de subjetividade. “Nesse sentido, práticas e discursos da religião, da ciência, da moral, da política e da economia contribuíram para fazer da sexualidade tanto um instrumento de subjetivação quanto uma aposta de poder” (REVEL, 2011, p.136).

De acordo com Foucault (1992), a sexualidade funciona como um dispositivo inscrito na concretude do corpo humano. Por dispositivo entendemos:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas [...] o dito e o não-dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos. (FOUCAULT, 1992, p.244).

O dispositivo de sexualidade, nesse aspecto, estaria ancorado nas malhas do poder que o descreve e o administra segundo seus mecanismos de ordenamento disciplinar. Pela mesma via de análise, Fischer (2012) aponta que podemos também entrever que o poder disciplinar se expressa pelo aprimoramento dos mecanismos de adestramento dos corpos dispostos na articulação das gramáticas de controle institucionalizadas. Nessa mesma perspectiva, Castro (2009, p.89) vai dizer do corpo:

o corpo e tudo o que lhe pertence (alimentação, clima) é o lugar da *Herkunft* (proveniência). Sobre o corpo encontram-se as marcas dos fatos passados, nele nascem os desejos, as insuficiências, os erros, expressam-se as lutas ‘A genealogia, como análise da proveniência é, então, a articulação do corpo e da história.

Nessa direção, o corpo humano não pode ser confundido com aquele preenchido pelo estrito registro anatômico-fisiológico, mas, muito além disso, é a sede dos desejos e o meio pelo qual se radica a sexualidade. Por isso mesmo, nas palavras de Foucault (1998, p.100), a sexualidade:

é o nome dado a um dispositivo histórico [...] à grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles, das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas estratégias de saber e poder.

Para Castro (2009), a sexualidade se inscreve na materialidade do corpo – agora como sede dos elementos fisiológicos, prazeres e sensações – e ele a manifesta através do sexo. Nessa direção, o sexo, assume o lugar de “ponto de materialização da sexualidade”. Nesses termos, percebemos que a sexualidade foi forjada como um dispositivo de controle que encontrou no corpo e no sexo os meios de sua concretização. Para Foucault (1998, p.205):

Não há que imaginar uma instância autônoma do sexo que produziria secundariamente os efeitos múltiplos da sexualidade ao longo de uma superfície de contato com o poder. O sexo é, pelo contrário, o elemento mais especulativo, o mais ideal, o mais interior em um dispositivo de sexualidade que o poder organiza em suas capturas dos corpos, sua materialidade, suas forças, suas energias, suas sensações, seus prazeres.

Através dessa trilha analítica que captura a sexualidade como dispositivo de controle, tal como observa Foucault, sente-se fomentar uma “vontade de saber” cada vez mais

poderosa, a tal ponto que, na gramática do filósofo, fez surgir o principal aparato de controle do corpo e da sexualidade: o discurso.

A partir do século XVII, a sexualidade no ocidente passa a ser controlada pelos discursos da Igreja. No registro moral, a sexualidade era considerada “uma coisa impura” e seu exercício representava um risco à salvação da alma. Por isso, tradicionalmente, parte significativa da moral religiosa buscava orientar os fiéis para que combatessem esse “mal do mundo”, condenado de acordo com essa mentalidade, porque abria ao humano uma experiência transcendental que só era justificável pelo encontro com o divino. Desse modo, o desejo sexual tornou-se o mal indesejável, castigo divino herdado do pecado original.

Porém, nem sempre a fé conseguiu extirpar o desejo sexual e, prevendo a impossibilidade do humano negar esse desejo para se entregar à vida monástica, a Igreja passou a exigir que o ideal para os que não conseguiam conter-se ante o arrebatamento de seus desejos sexuais seria instruir e domar o sexo segundo a tríade: heterossexualidade, prática sexual com fins exclusivos de procriação e casamento monogâmico.

Segundo Foucault (1998, p.21):

Denominar o sexo seria, a partir desse momento, mais difícil e custoso. Como se para dominá-lo no plano real fosse necessário, primeiro, reduzi-lo ao nível da linguagem, controlar a sua livre circulação no discurso, bani-lo das coisas ditas e extinguir as palavras que o torna presente de maneira demasiado sensível.

Por isso que a maior parte das proibições dogmáticas produzidas pela Igreja restringem-se à regulação da vida sexual dos indivíduos. Assim, o sexo foi eleito pelo cristianismo como a principal fonte dos pecados e, por essa razão, foi estabelecida uma “(...) trilogia tradicional dos pecados da carne: o adultério, a fornicação (que designava as relações sexuais fora do casamento) e a corrupção de crianças” (FOUCAULT, 1998, p. 29).

Mas, no contexto dogmático do século XVIII, a Igreja ainda fundaria o principal aparato de controle da sexualidade: a confissão dos pecados. Nesse cenário, a confissão deveria ser capaz de colher, minuciosamente, a descrição de toda a performance sexual, a fim de que toda prática da esfera da intimidade que fugisse ao modelo canônico das práticas sexuais com fins de perpetuação da espécie recebesse a devida punição. Assim, quando o ideal da vida monástica não era atingido, a intimidade da vida do casal deveria estar reservada ao âmbito exclusivo da família, onde a prática sexual era legitimada e aprovada pela benção religiosa. Foi nesse quadro disciplinar que, no seio da família burguesa, foram instaurados os

preceitos normativos da sexualidade humana: casal heterossexual, unidos legalmente e religiosamente com filhos gerados só após essa união.

Essa tolerância também estava condicionada à obediência conjugal: o ato sexual no âmbito familiar deveria ser condicionada ao reducionismo das práticas (apenas sexo genital), bem como das performances sexuais (posições/posturas sexuais etc.). Nessa perspectiva, de acordo com Foucault (1998), o sexo deveria, além de tudo, restringir-se ao quarto do casal e, mesmo nesse âmbito privado, deveria ser totalmente despido de qualquer intenção que desviasse o casal do único fim que não fosse a procriação. Isso quer dizer que todo e qualquer estado de arrebatamento através do sexo, como visto anteriormente, faria o humano desvirtuar-se do caminho de Deus, tornando-se, em consequência, um pecador.

Essa ordem restritiva de legitimação moral da sexualidade fomentada pela Igreja atravessou os séculos e norteou várias formas de inflexão discursivas sobre a sexualidade, inclusive, toda uma organização político-econômica capitalista, a qual, encontrou na potência da sexualidade uma contundente ameaça à aceleração da produtividade.

Castro (2009) ainda alega que a dita efervescência discursiva quanto à sexualidade, no século XIX, será incorporada pela ciência médica, encontrando na ótica cristã do sexo como pecado um terreno fértil para desenvolver suas teses sobre as patologias sexuais. Desse modo, todas as práticas desviantes às regras morais sexuais ditadas pela igreja, seriam consideradas patológicas. Pode-se dizer que todo um equipamento discursivo de controle da sexualidade foi sendo construído sobre a égide da moral sexual cristã, disseminando-se, a partir da “Era da Razão”, para o interior das ciências e, por fim, reverberando no imaginário e na conduta da vida dos povos e indivíduos ocidentais.

O modelo médico, em muitas de suas etapas constitutivas, vai pautar-se por essa visão religiosa do mundo para classificar e tratar algumas doenças – na verdade, o que era pecado para a religião, agora passa a ser patologia para a medicina, a qual buscará a cura através do método higienista. É assim que nasce a racionalização da sexualidade e com ela o que Foucault (1988) nomeia a questão da “polícia do sexo”. Isto significa, em outras palavras, a “(...) necessidade de regular o sexo por meio dos discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição” (FOUCAULT, 1988, p.26). Trata-se de permitir a prática sexual, desde que haja, da parte dos envolvidos, a devida observância das prescrições disciplinares. Diante disso, o sexo deveria se tornar uma questão político-econômica, e, com isso, recairia sobre ele um foco de atenção sistemático por parte do Estado. O que se deve fazer é criar uma pauta de referência discursivo-disciplinar que ajuste programaticamente a vida sexual em termos econômicos.

É com essa compreensão que Foucault (1988) vai nomear o campo da biopolítica, que teve sua insurgência a partir do século XVIII e no qual os saberes se entramam para promover/agenciar a vida através da instauração de mecanismos de normatização. Assim, as políticas públicas têm como objetivo primordial “analisar a taxas de natalidade, a idade do casamento, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecundas ou estéreis, o efeito do celibato ou das interdições, a incidência das práticas contraceptivas” (FOUCAULT, 1998, p.28).

Sob essa luz, as campanhas públicas com vistas a controlar a forma como a população experienciava seu sexo, além dos estudos voltados à análise do seu comportamento sexual e suas possíveis consequências, vão criar, aparatos de controle específicos para a demanda emergente⁴, cada vez mais sintonizadas com essa vontade de saber.

Na década de 60 do séc. XX, a fomentação de discursos de resistência se contrapôs a esse quadro de referência, construindo e nutrindo uma mentalidade de oposição radical aos saberes instituídos (eclesiástico, médico, legal, etc) que, até então, forjavam verdades inquestionáveis sobre a sexualidade dos sujeitos. A partir desse novo horizonte, de acordo com Louro (2000), devemos compreender a sexualidade, como construção histórica a partir de marcadores como: etnia, religião, classe social, situados em contextos demarcados. Desse modo, a sexualidade é uma dimensão construída ao longo da vida não de forma apenas pessoal, mas social e política. Para Abramovay, Castro e Silva (2004, p.29) a sexualidade pode ser compreendida como:

[...] uma das dimensões do ser humano que envolve gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução. É experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos. Além do consenso de que os componentes socioculturais são críticos para a conceituação da sexualidade humana, existe uma clara tendência, em abordagens teóricas, de que a sexualidade se refere não somente às capacidades reprodutivas do ser humano, como também ao prazer. Assim, é a própria vida. Envolve, também, além do nosso corpo, nossa história, nossos costumes, nossas relações afetivas, nossa cultura.

O conceito acima referido ocupa um lugar de sentido oposto às proposições naturalizantes que atribuem à sexualidade uma condição inerente a todos os sujeitos. Nessa direção, colocar sob suspeição essa proposição sexo-natureza é fragilizar as relações de

⁴ Inclusive, essas referidas campanhas, destiladas num caráter pedagógico, em tom imperativo, destinavam-se à população sob o pretexto de produzir instrumentos de informação capazes de oferecer instâncias confiáveis de referencialização comportamental.

saber/poder sobre a sexualidade, presentes em nossa sociedade, que a inscrevem em um lugar imutável, tal como denunciava a crítica foucaultiana. Isso porque, dentro desse recorte discursivo, corpo e sexualidade são desarticulados dos marcadores sociais que os fabricam e reduzidos ao aparato biológico.

Esse ponto de tensão é ainda mais evidente quando tratamos de “identidades sexuais”, uma vez que a noção de identidade, tal como a de sexualidade, foi atrelada a um caráter de imutabilidade. Entretanto, na contramão desse argumento, Louro (2000, p.06) diz: “Somos sujeitos de identidades transitórias e contingentes. Portanto, as identidades sexuais e de gênero (como todas as identidades sociais) têm o caráter fragmentado, instável, histórico e plural, afirmado pelos teóricos e teóricas culturais”.

Contudo, ainda prefiguram as orientações normativas para as chamadas “identidades de gênero” ou “identidades sexuais” e, assim, aqueles que não seguem esse esquema de logificação dos modos de ser-gênero e ser-sexual são tidos como desviantes e estão sujeitos à estigmatização, subordinação e exclusão conforme o contexto onde circulam. Nesse sentido, Louro (2000, p.06) argumenta:

Os grupos sociais que ocupam as posições centrais, “normais” (de gênero, de sexualidade, de raça, de classe, de religião etc) têm possibilidade não apenas de representar a si mesmos, mas também de representar os outros. Eles falam por si e também falam pelos “outros” (e sobre os outros); apresentam como padrão sua própria estética, sua ética ou sua ciência e arrogam-se o direito de representar (pela negação ou pela subordinação) as manifestações dos demais grupos. Por tudo isso, podemos afirmar que as identidades sociais e culturais são políticas. As formas como elas se representam ou são representadas, os significados que atribuem às suas experiências e práticas é, sempre, atravessado e marcado por relações de poder.

No caso dos ditos loucos e loucas, como visto anteriormente, os desvios nesse campo foram capazes de levá-los ao isolamento social para serem capturados pela via hegemônica do discurso psiquiátrico para submetê-los a terapêuticas típicas do controle asilar. Nessa direção, perguntamos: como pensar na sexualidade como direito para esses outros que, nomeados loucos, apresentam-se como desviantes em seus corpos na renitente expressão de suas sexualidades?

2.2. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos em diálogo com a Saúde Mental

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos são definidos a partir de bases teóricas que envolvem campos complexos de conhecimento que se propõem a pensar os Direitos Humanos

nos âmbitos do legislativo, da saúde, da militância – como é o caso do movimento Feminista, pioneiro na discussão desse aspecto ao reivindicar liberdade sexual e reprodutiva para as mulheres, ressaltando a importância de abordar essa questão desde uma perspectiva ética. De acordo com Ventura (2009, p.19), “os direitos sexuais e reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana”. Em consonância com esse aspecto, Sônia Correa (2002) vai dizer que eles correspondem ao direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

No campo da Saúde Pública, no qual se inscreve nossa discussão, o Ministério da Saúde (2009) define os Direitos Reprodutivos como o direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. E, em caso contrário, igualmente, o direito à informação e ao acesso a técnicas, aos meios e métodos contraceptivos. Já os Direitos Sexuais, por sua vez, referem-se ao direito das pessoas viverem e expressarem livremente a sua sexualidade sem que, por isso, sejam submetidas a situações de violência, discriminações e imposições de qualquer ordem.

Essa perspectiva defende que todas as pessoas, a despeito de idade, raça, sexo, identidade de gênero, estado civil ou condição física, devem ser respeitadas quanto aos usos que fazem do próprio corpo, bem como quanto à escolha do(a) parceiro(a) e das suas práticas sexuais, devendo-lhes serem assegurados os serviços de saúde que disponibilizam informações sobre saúde sexual e reprodutiva, o acesso ao atendimento com garantia de sigilo e respeito as suas escolhas.

No cerne das políticas públicas de saúde, essa discussão ganha corpo, sobretudo, nas ações da Atenção Básica em Saúde⁵. Ao pensar na discussão dos Direitos Sexuais dos Homens, Fonseca (2008, p.204) propõe que haja uma ampliação do cuidado à saúde, para além de sua dimensão biológica, considerando seus “aspectos psicossociais e culturais, não restringindo as ações às práticas assistenciais ou de caráter emergencial. Assim, a atenção à saúde deve incluir medidas preventivas e implementar ações educativas de promoção à saúde, fortalecendo a atenção básica”.

⁵ “A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Este trabalho é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde”.

Ainda que essa seja uma discussão aparentemente consolidada na Saúde Pública, devido aos investimentos financeiros em campanhas educativas de caráter informativo e preventivo (haja vista, inclusive, a distribuição de insumos pelo Ministério da Saúde, como preservativos para homens e mulheres, além das campanhas com foco na prevenção de DST-AIDS e, também, a oferta de exames de prevenção de colo de útero), essas ações ainda estão voltadas para um público específico. De acordo com Ventura (2009, p.21), tal público é, em sua maioria, composto por mulheres adultas, sendo ainda pouco discutidos os “(...) direitos sexuais de adolescentes, de pessoas com orientação homossexual, transexuais, travestis, trabalhadoras e trabalhadores sexuais, e outros segmentos”. Incluímos aqui, as pessoas atendidas pelos Serviços de Saúde Mental.

Nessa direção, perguntamos: no conjunto de suas reivindicações sociopolíticas, os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos são efetivos para quem? Uma possível trilha de sentido para se chegar a essa resposta seria nortear a questão pela via da dimensão ética. Nas falas de Sônia Correa (2002) isto é pensar sobre esses Direitos para as mulheres, considerar a partir dos princípios éticos da integridade corporal, autonomia pessoal e igualdade. Em resumo, a partir desses princípios, consideramos que o corpo dos sujeitos é inviolável, que só a eles pertence, sendo violência, portanto, qualquer prática ou intervenção sobre o corpo de alguém sem o seu consentimento. Daí a compreensão de que as pessoas podem escolher sobre a sua vida reprodutiva, sendo homens e mulheres igualmente livres, independentemente de classe social, credo, orientação sexual.

Essas reflexões impõem os desafios que se anunciam para se pensar os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos no cerne da Saúde Mental, principalmente em se tratando dos sujeitos egressos de longo período de internação psiquiátrica. Devido às identidades preconceituosamente concebidas e atribuídas a esses sujeitos: patológica, criminosa, tutelada, contradizendo, com isso, a própria exigência de ‘sujeito livre e responsável’ para exercer seus direitos enquanto cidadão.

Considerando a impossibilidade de se adequar aos padrões de racionalidade instrumental moderna, tem-se como exemplo mais próximo do dito louco a figura do adolescente, “considerado em fase de transição, moratória e crise, segundo algumas teorias da Psicologia” (TONELLI, 2004, p.9), o qual, conforme critica o autor, é tido como incapaz de “governar-se a si mesmo”, isto é, não consegue adequar-se aos chamados modelos de vida preconizados no mundo moderno. Assim sendo, a sua sexualidade deve ser vigiada e controlada desde a sua natureza, já que ele é impulsivo, até na sua dimensão moral, já que é irresponsável. É nesse sentido que, segundo a autora, atuam as políticas de saúde, através de

mecanismos prescritivos e normativos que possibilitam ao adolescente um certo agenciamento de si.

Apesar da aproximação, em termos de atuação das políticas de saúde pública, podemos inferir que a diferença entre a loucura e a adolescência é que essa é vista como transitoriamente desviante, devendo ser agenciada pela via da prevenção através da marca da tutela para que não venha a se radicar como insanidade, desviando-se do projeto moderno de produção para o consumo, sobretudo pelos possíveis excessos da experimentação sexual. Já no outro caso, é aquela que não pode ser senão intrusa nesse projeto, por ameaçar, com sua presença transbordante, a supremacia dessa razão que a nega.

Assim, marcada pela loucura, a sexualidade do dito louco é a principal via de sua patologização por se apresentar desmedida e incompatível com os moldes sociais da ordem vigente. Diante disso, sobretudo a sua sexualidade é marcada por uma condição de tutela no cerne das políticas públicas de saúde tradicionais. Na contramão desse endereçamento de inferiorização tutelar, no campo da Reforma Psiquiátrica, também deve ser possível criar as condições para garantir a cidadania da loucura, inclusive considerando os ditos loucos(as) capazes de cuidar de seus corpos, promovendo, com isso, o direito à experimentação de sua sexualidade.

Como vimos anteriormente, o foco da Reforma Psiquiátrica é a construção de um novo lugar de sentido para a loucura através de sua despseudopatologização e a desinstitucionalização, reivindicando a sua autonomia, liberdade e a garantia de direitos. No entanto, cabe refletirmos se e como a pauta da Reforma Psiquiátrica contempla ações que visam à resistência e ao enfrentamento da lógica de instrumentalização dos corpos e da sexualidade das pessoas egressas de longo período de hospitalização psiquiátrica.

Nessa linha de reflexão, a Organização Mundial de Saúde considera a sexualidade:

[...] parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso, é a energia que motiva a encontrar o amor, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, na forma de as pessoas tocarem e serem tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e tanto a saúde física como a mental. Se a saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como um direito humano básico. (OMS, 1975 *apud* BRASIL, 1998, p.295).

Diante dessa compreensão cidadã, os estudos sobre a sexualidade das pessoas que são atendidas nos serviços de saúde mental apontam fragilidades no cuidado em relação a esse

âmbito de intervenção devido à sentida ausência de políticas de saúde mental que contemplem os Direitos Sexuais e os direitos Reprodutivos – DSDR – o que reverbera nas práticas de cuidado dos profissionais de saúde mental que tendem a negar ou patologizar as expressões de sexualidade dessas pessoas.

Em estudo sobre planejamento familiar de mulheres atendidas pelos CAPS de Fortaleza (CE), Guedes (2007) evidencia que cabe à Atenção Básica em Saúde desenvolver ações educativas e de prevenção mantenedouras do gozo dos direitos reprodutivos de homens e mulheres. Muito embora, na maioria das vezes, essas ações nem sempre contemplem a saúde sexual com foco nas pessoas que fazem uso de serviços de Saúde Mental e, quando o fazem, são pontuais (realizadas dentro de campanhas), pouco equânimes (não consideram as especificidades e necessidades dessas pessoas) e fragmentadas (não são discutidas entre as equipes do CAPS e das Equipes de Saúde da Família - ESFs). Destacamos que o estudo tem como prioridade discutir os direitos reprodutivos das mulheres que fazem uso dos serviços de Saúde Mental, evidenciando a sentida necessidade de articulação da ESF e do CAPS na oferta do cuidado específico.

Num recorte de gênero, Jaqueline Barbosa (2011) aborda a questão dos roteiros sexuais e saúde sexual de homens com “transtornos mentais” atendidos por serviços públicos de saúde mental. Sua pesquisa conclui que a negação da sexualidade das pessoas cuidadas nos serviços de saúde mental tem como consequência o crescente número de casos de DST-AIDS a que são expostas, além de gravidez não planejada, abuso e violência sexuais.

Apontamos ainda que, nesse mesmo andamento, Anna Santos (2009) tematiza a relação do marcador de gênero no sofrimento de mulheres e homens atendidos pelo CAPS de Araraquara (SP). Seu estudo chama a atenção para a importância de se considerar as questões de gênero como marcadores imprescindíveis para a compreensão dos fatores que levam essas pessoas a momentos de profunda fragilização e crise.

Em outra pesquisa sobre gênero e saúde mental com mulheres em processo de desinstitucionalização psiquiátrica nas RTs de Santa Catarina, Maika Silva (2008) ressalta o quanto essas mulheres sofrem com a reprodução de padrões normativos de gênero. Segundo a autora, a saída do hospital psiquiátrico e a inserção numa casa não são fatores suficientes para que a sexualidade dessas mulheres seja experienciada de forma livre e autônoma, já que a Residência Terapêutica também pode funcionar como um dispositivo de controle quando, por exemplo, pretende reproduzir papéis femininos tradicionais que, de uma forma ou de outra, desfavorecem a mulher no exercício de seus direitos.

Nessa direção, os autores evidenciam que essas pessoas demandam cuidados no tocante à saúde sexual e reprodutiva, devendo, portanto, ter garantido acesso às políticas de cuidado no campo dos direitos reprodutivos e direitos sexuais. Assim, os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos são fundamentais para pensar a cidadania e autonomia da loucura, já que possibilita descentrarmos certezas sobre a sexualidade, desmistificarmos tabus e preconceitos que a norma impõe sobre nossos corpos .

3. CAPÍTULO III: PERCURSO METODOLÓGICO

Nesse capítulo, trataremos do referencial epistemológico que norteia esta pesquisa, fundamentado no construcionismo social em diálogo com o campo da saúde mental. Nesse percurso, faremos uma breve esclarecimento conceitual sobre a análise crítica do discurso de inspiração foucaultiana. Em seguida, discorreremos sobre os procedimentos utilizados para a construção dos dados e os instrumentos de pesquisa utilizados e, em seguida, trazemos algumas considerações sobre as participantes da pesquisa e nossa relação com o campo, considerando essa experiência nos Serviços Residenciais Terapêuticos Femininos e Masculinos I e II. Por fim, descreveremos os procedimentos utilizados na análise dos dados coletados nas entrevistas.

3.1. Recorte Epistemológico

A pesquisa no campo da Saúde Mental, mais especificamente, no âmbito da desinstitucionalização psiquiátrica, exige um profundo questionamento da ordem instituída. No eixo dessa preocupação, nossa análise segue o tom de crítica desnaturalizadora que a própria Reforma Psiquiátrica impôs sobre o modelo hospitalocêntrico asilar de tratamento à loucura. Mas agora, também exige que se dobre sobre si mesma com vistas a interrogar que verdades têm sido fabricadas, a partir dos saberes e das terapêuticas reformadas.

Nessa tarefa de interrogação do grau de efetivação da Reforma Psiquiátrica no contexto da nossa pesquisa, tomamos como interlocutora aquela verdade tabu possível de descortinar tantos outros discursos de verdade como o é a sexualidade. De acordo com Foucault (1998), o sexo sob o nome de sexualidade – e com ele toda a trama de saberes que se erigiu a partir e em seu entorno – tornou-se um potente dispositivo de controle dos corpos. Um dispositivo poderoso para elucidar o trajeto das dinâmicas das relações de poder.

Pensamos nesse endereçamento para refletirmos sobre os discursos fabricados pelos profissionais de uma das mais caras estratégias de cuidado da Reforma, como o é o Serviço Residencial Terapêutico, a fim de compreendermos a interface entre a loucura e a sexualidade. Para tanto, considerando o diálogo desses dois temas com bases discursivas tão solidificadamente produzidas no interior de saberes como os da fé cristã e da psiquiatria tradicional, lançando mão de uma perspectiva epistemológica crítica acerca da produção de saberes instituídos.

Compreendemos os discursos das profissionais entrevistadas à luz do referencial

epistemológico do construcionismo social que, em conformidade com a tradição pós-estruturalista, nega a visão realista da linguagem, isto é, sua capacidade de descrever a realidade de maneira apriorística. Esse referencial nega versões de realidade naturalizadas e universalizadas, as quais são mutantes e construídas através da multiplicidade dos discursos sociais que se engendram e na fabricação de verdades conformes a um dado recorte histórico, social e cultural. Para Nogueira (2001, p. 47), “os termos e as formas pelas quais se consegue compreender o mundo e cada um individualmente, são artefatos sociais, produtos de interrelações entre as pessoas, com especificidade histórica e cultural”.

Nessa vertente, segundo Spink (2013), o principal ponto de crítica do construcionismo é a visão unívoca de mundo, com pretensão de neutralidade e objetividade de produção de conhecimento. Essa postura é comum, tanto nas ciências naturais, quanto em algumas das tradições em psicologia, por exemplo, radicadas num modelo de ciência positivista, pautada na racionalidade moderna a qual criticamos veementemente em se tratando da leitura dos temas aqui abordados. De acordo com Juliana Peruchi (2008), os métodos de investigação utilizados pela psicologia brasileira estavam centrados em práticas clínicas e psicoterapêuticas tradicionais, o que vem mudando a partir do diálogo com teorias e metodologias que podem, inclusive, transcender os saberes fabricados pelas ditas humanidades.

Por essa razão, o referencial epistemológico do Construcionismo Social caminhou conosco nesse desafio de viabilizar uma produção discursiva crítica sobre os saberes instituídos em suas próprias bases, isto é, no nosso caso, são as bases epistemológicas da Reforma Psiquiátrica que colocam à prova os efeitos discursivos da própria Reforma Psiquiátrica. Assim, pensamos que a condição de pesquisadora, psicóloga, que durante alguns anos trabalhou nos serviços de Saúde Mental e militou em prol da efetivação dos direitos das pessoas que são cuidadas pelos seus Serviços, diz do nosso posicionamento de crítica radical a todas as formas instituídas de cuidado.

Com isso, recorreremos às memórias dessas nossas experiências recortadas na direção de enredar e tensionar as práticas instituídas e engessadas, muitas vezes advindas de um saber secular como o é a psiquiatria tradicional dentro da própria Reforma Psiquiátrica, o que, segundo pensamos, exige um posicionamento ético-político que transcende a Reforma Psiquiátrica enquanto disciplina. Nessa direção, a pesquisa construcionista:

É um convite a aguçar a nossa imaginação e a participar ativamente dos processos de transformação social. Impõe-se, em contrapartida, a necessidade de explicitação de nossas posições: não a escolha arbitrária entre opções tidas como equivalentes, mas a opção refletida a partir de nossos

posicionamentos políticos e éticos (SPINK, 2013, p.15).

Daí, também, os discursos produzidos nessa pesquisa serem co-construídos entre profissionais de saúde mental entrevistadas e psicóloga, militante da Reforma psiquiátrica que se inicia como pesquisadora.

Conforme Potter (1996, p.125-140), existem doze perspectivas teóricas e analíticas fundamentadas no que se chama construcionismo, construtivismo ou construcionismo social das quais, destacamos: Análise de Conversação, Análise do Discurso, Etnometodologia, Estudos Feministas, o Pós-Estruturalismo e a Retórica. Não é nosso interesse fazer um apanhado histórico sobre todas essas teorias. Por essa razão, registramos apenas que, apesar das diferenças existentes entre elas, as mesmas possuem os seguintes pontos de confluência com o Construcionismo Social:

1. A postura crítica com respeito ao conhecimento dado, aceito sem discussão e um ceticismo com respeito a visão de que nossas observações do mundo nos revelam, sem problemas, sua natureza autêntica.
2. O reconhecimento de que as maneiras como nos normalmente compreendemos o mundo são histórica e culturalmente específicas e relativas.
3. A convicção de que o conhecimento é socialmente construído, isto é, que nossas maneiras atuais de compreender o mundo são determinadas não pela natureza do mundo em si mesmo, mas pelos processos sociais.
4. O compromisso de explorar as maneiras como os conhecimentos - a construção social de pessoas, fenômenos ou problemas - estão ligados a ações/práticas. (GIL, 2008, p.255)

Ainda conforme o autor, esses elementos norteadores são identificatórios dessa vertente constituída por epistemologias bem diversas daquelas das ciências sociais tradicionais. Sob sua influência, estão as epistemologias e metodologias de base estruturalistas e pós-estruturalistas, em virtude de suas condições de insurgência, a saber, o contexto da chamada “virada linguística” que surge como crítica ao positivismo. Iñiguez (2005, p.19) defende que no bojo dessas mudanças ocorridas entre as décadas de 70 e 80 estavam os questionamentos quanto ao papel da linguagem “tanto nos próprios projetos dessas disciplinas quanto na formação dos fenômenos que ela costuma estudar”.

Sobre o desenho do estudo em tela, o que mais se aproxima do enfoque construcionista é o da Pesquisa Qualitativa, já que essa abordagem “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, trabalhando com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões” (MINAYO, 2010, p. 22). Considerando essa perspectiva, pensamos na abordagem qualitativa como sendo a mais adequada ao objeto desse

estudo, uma vez que, na estruturação de sua técnica ou método, é possível acolher outros pontos de vista sobre o tema em estudo. De acordo com Minayo (1993, p. 240), “a metodologia qualitativa procura focar, principalmente o social como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem comum ou ‘fala’ como matéria-prima dessa abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais”.

Após explanarmos brevemente o Construcionismo Social e a Pesquisa Qualitativa, considerando suas respectivas contribuições para essa pesquisa, tomaremos o braço articular de nossa análise. Das tipologias de análise citadas anteriormente, optamos por trabalhar com a Análise do Discurso, pois segundo Gil (2008, p.246), “para afirmar que determinado enfoque é um discurso analítico, alguém deve necessariamente dizer algo mais; não é apenas uma questão de definição, mas implica assumir uma posição dentro de um conjunto de argumentos muito questionado – mas importante”. Por isso mesmo, a Análise do Discurso possibilita ao pesquisador não só analisar os posicionamentos dos entrevistados, mas também posicionar-se na medida em que avança em sua análise.

Ressaltamos, entretanto, que conforme atenta Gill (2008), há cerca de 57 formas de Análise do Discurso que guardam em comum a oposição à ideia de linguagem como um a priori da realidade em defesa da linguagem como um constructo social com valor transformador da vida social. Destacadamente, essas perspectivas compreendem a Sociolinguística, a Análise Conversacional, a Psicologia Discursiva e a Análise Crítica do Discurso.

Seguindo os objetivos dessa pesquisa, adotaremos a Análise Crítica do Discurso. Lembramos que Gil (2008) adota o termo Análise do Discurso para designar essa modalidade assentada nas bases do pós-estruturalismo, que tem como um de seus representantes Michel Foucault. Desse modo, o objetivo da Análise do Discurso não é interpretar textos falados ou escritos, mas analisar as condições de insurgência que tornaram possíveis a veiculação de determinados discursos em detrimento de outros.

Conceição Nogueira (2002), em revista às diferentes conceituações em Análise Crítica do Discurso⁶ (ou Análise Foucaultiana), argumenta que o ponto nodal de preocupação dessa abordagem recai sobre o papel da linguagem na constituição da vida social e psicológica dos sujeitos. A autora, define os discursos, no sentido foucaultiano, como um conjunto de

⁶ Apesar da Análise de Discurso Foucaultiana ser noemada por Conceição Nogueira como Análise Crítica do Discurso, não se deve confundir com aquela proposta por Norman Fairclough, Van Dijk, Gunter Kress, Theo Van Leeuwen, e Ruth Wodak. Como atenta Peruchi (2008, p.110), para esta tradição da ACD “o sujeito é o *a priori* do discurso e o contexto social no qual está inserido condiciona ideologicamente o surgimento do discurso”.

enunciados que ganham caráter de verdade de acordo com quem os profere. E mais, esses discursos anunciam o que Foucault vai designar “posições de sujeito”. No cerne dessa pesquisa, por exemplo, a loucura existe por força indicativa do discurso da razão. Do mesmo modo, a identidade usuário de saúde mental existe no contexto da Reforma Psiquiátrica e a posição morador existe porque assim foi anunciada pelo paradigma da desinstitucionalização psiquiátrica. Portanto, esse jogo de posicionamentos é possível graças à legitimação de quem profere o discurso, quando e onde.

Em resumo, assim como afirma Peruchi (2008, p.105), justificamos nossa escolha pela Análise Crítica do Discurso porque essa:

fundamenta-se na verificação de que sua análise trabalha a problemática do sujeito fabricado pelo discurso. Seu procedimento elucida as regras que compõem os jogos de poder que se articulam no e pelo discurso e as estratégias que fazem funcionar certa racionalidade.

No âmbito de nossa pesquisa, esse tipo de análise contribuiu para desenharmos algumas das trilhas de sentido que nos levaram a identificar e analisar os discursos veiculados pelos profissionais ao se referirem à sexualidade dos moradores dos SRTs; que posicionamentos esses discursos deflagram, e se esses posicionamentos são ancorados em saberes manicomiais ou antimanicomiais; além de localizar nesses discursos fatores que dificultam ou facilitam uma compreensão da sexualidade dos moradores dos SRTs como um direito, numa perspectiva dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

De posse do referencial epistemológico exposto, portanto, é necessário clarificarmos o que estamos tomando por discurso. Segundo Iñiguez (2005, p.123), em Ciências Sociais, são consideradas as seguintes noções:

- a) Discurso como enunciados ou conjunto de enunciados efetivamente falados por um/a falante.
- b) Discurso como conjunto de enunciados que constroem um objeto.
- c) Discurso como conjuntos de enunciados falados em um contexto de interação – nesta concepção ressalta-se o poder de ação do discurso sobre outra ou outras pessoas, o tipo de contexto (sujeito que fala, momento e espaço, história, etc.).
- d) Discurso como conjunto de enunciados em um contexto conversacional (e, portanto, normativo).
- e) Discurso como conjunto de restrições que explicam a produção de um conjunto de enunciados a partir de uma posição social ou ideológica específica.
- f) Discurso como conjunto de enunciados em que é possível definir as condições de sua produção.

Diante da riqueza polissêmica da palavra discurso (tantas concepções e definições de discurso, sendo algumas delas complementares dependendo dos contextos em que são fabricados e veiculados), tomamos por base a seguinte possibilidade de síntese conceitual de Iñiguez e Antaki (1994, p.63, tradução nossa):

*um discurso é um conjunto de práticas lingüísticas que mantêm e promovem certas relações sociais. A análise consiste em estudar como essas práticas atuam no presente, mantendo e promovendo essas relações: é trazer à luz o poder da linguagem como uma prática constituinte e reguladora.*⁷

Assim, pois, a modalidade de análise aqui proposta não tem como objetivo interpretar o sentido do que foi dito, mas analisar as condições de emergência dos discursos. Segundo Revel (2011, p.41), os discursos “possuem uma ação normativa e reguladora e estabelecem mecanismos de organização do real por meio da produção de saberes, de estratégias e de práticas”. Salientemos que esse tipo de análise recai sobre as relações de poder produtoras de verdades erigidas através da organização, circulação e reificação de saberes historicamente configurados como práticas e seus estatutos de conserva. No cerne de problematização dessa pesquisa, a questão se dobra sobre as verdades produzidas discursivamente, por profissionais da Reforma Psiquiátrica, sobre a sexualidade dos moradores dos SRTs.

Nessa direção, a constituição da identidade dos moradores das residências terapêuticas será compreendida conforme definição de sujeito defendida por Foucault (1992): uma condição fabricada no ordenamento social/institucional por teias discursivas construídas social, histórica e culturalmente, ou seja, sujeito é aquele cuja condição de existência se deve a sua condição de “efeitos de discurso”. Para Fischer (2001, p.204), o discurso é o meio pelo qual é possível “dar(-se) conta de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão vivas nos discursos, vale dizer, as ‘coisas ditas’ são radicalmente amarradas às dinâmicas de poder e saber de seu tempo”.

A Análise Crítica do Discurso possibilita-nos questionar verdades e saberes constitutivos dos discursos e, com isso, deflagra suas formas de dominação. Assim, a análise situa as “coisas ditas” em campos discursivos para, em seguida, recair sobre os domínios não discursivos a que os enunciados remetem. Entendemos como domínios não discursivos as relações de saber, poder e verdade que, embora estejam ancorados nas malhas do discurso nem sempre explícitos nos enunciados.

⁷ “*un discurso* es un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. El *análisis* consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: es sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa.”

Desse modo, no sentido da presente pesquisa, podemos dizer que os discursos das profissionais foram compreendidos como construções produtoras de verdades sustentadas pela hegemonia de estratégias de saber/poder sócio-historicamente configurados, como assinala Foucault (1992), apontando, em consequência, para a inscrição dos sujeitos na condição de “efeitos de discurso” e, enquanto tais, produzidos no interior de infinitas relações concretizadas nas tramas institucionais, sociais e econômicas. Por extensão, vale dizer ainda que, na ordem da pesquisa produzida, essas mesmas relações serão percebidas na ancoragem do funcionamento dos corpos, considerando que, desde Foucault, é localizadamente nos corpos que se encontra “o estigma dos acontecimentos passados do mesmo modo que dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros” (FOUCAULT, 1992, p.22).

3.2. Procedimentos de Construção de Dados

Para a realização dessa pesquisa de campo nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) da cidade do Recife, primeiramente, foi necessário que nos dirigíssemos à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES) do referido município, a fim de nos certificarmos dos trâmites necessários à solicitação de anuência para o início propriamente dito da pesquisa. Uma das exigências postuladas foi o preenchimento de um formulário contendo todas as informações sobre a pesquisa proposta com o seu projeto completo em anexo. Contudo, evidenciamos que o preenchimento desse formulário impôs-se como um obstáculo, uma vez que, de início, não estava claro a quem deveríamos nos reportar para fazer a referida solicitação de anuência, já que os SRTs são casas.

Assim sendo, foi necessário acionar a Coordenação de Saúde Mental para saber a quem encaminhar a solicitação de anuência⁸. Além disso, enfrentamos como dificuldade adicional o fato de que a referida Coordenação tinha acabado de ser nomeada e isso significava que os trâmites institucionais ainda não estavam de todo ordenados.

A partir da tomada de consciência dessa dificuldade, construímos um itinerário de resolutividade para a questão, junto com a Coordenação de Saúde Mental que mobilizou esforços para a realização dessa pesquisa visando cumprir com uma das prerrogativas do SUS que é realizar/incentivar as pesquisas e estudos em saúde em seu âmbito, conforme Lei Orgânica 8080/90. Assim sendo, apresentamos o formulário à Secretaria de Gestão do

⁸ Com o passar dos dias da tomada de posse da atual gestão, duas pessoas ficaram na referência das ações em Desinstitucionalização no município.

Trabalho em Saúde do Município (SGETS), endereçado à própria Coordenação de Saúde Mental, com vistas a formalizarmos nosso pedido de anuência para realização da pesquisa.

Contudo, foi acordada com a Coordenação de Saúde Mental a nossa participação numa reunião de TRs com o objetivo de apresentar o projeto e colher informações sobre a realidade das residências a fim de sondarmos quais delas poderiam acolhê-lo.

Recordamos que nesse período, de maio de 2014, a cidade de Recife estava ainda mais caótica devido às manifestações e greves de motoristas e cobradores dos transportes coletivos, que iam às ruas, enfrentando o explícito cerceamento de aparatos policiais, na reivindicação do reconhecimento de seus direitos trabalhistas. Diante desse quadro, não foi possível colocar na pauta da referida reunião a apresentação de nossa pesquisa, pois a mesma já estava abarrotada de demandas represadas não só por causa da greve, mas também, devido às sentidas condições de trabalho que os profissionais da área de Saúde Mental encontravam: precariedade da infraestrutura física dos serviços e defasagem de profissionais em número e qualificação, conforme pudemos atestar.

Em resposta à situação instalada, não pudemos contactar diretamente as Técnicas de Referência (doravante TRs) e, assim, cumprir com uma exigência do Comitê de Ética que é nomear os serviços onde realizaremos a pesquisa, atrasando nosso cronograma de trabalho. Adotamos nova estratégia de ação: resolvemos somar à nossa identidade de pesquisadora o fato de termos sido Residente de Saúde Mental, na tentativa de construir um canal alternativo de comunicação direta com profissionais que atuam na área de Saúde Mental. Com isso, encontramos as condições de aproximação e contato com as 03 (três) TRs das Residências Terapêuticas (doravante RTs), sendo uma da RT masculina, uma da RT feminina e uma da RT mista, a fim de entrevistá-las, já estendendo o convite para dois cuidadores ou duas cuidadoras de cada um desses serviços.

Desse modo, contactamos as TRs por telefone e, quando obtivemos suas respectivas respostas afirmativas, enviamos uma carta por e-mail explicando, detalhadamente, todo o procedimento da pesquisa. Por isso, já nesse primeiro contato, expusemos a nossa pretensão de realizar entrevistas semiestruturadas e observação no Serviço. As TRs da RTs masculina e mista contraindicaram o procedimento de observação alegando que seria invasivo para os moradores e moradoras da casa. Referiam-se aos possíveis desgastes emocionais que tais visitas diretas poderiam produzir. Na RT feminina, não houve problemas para que as observações fossem realizadas, desde que, condicionadamente, durante as entrevistas com as cuidadoras e sob autorização das moradoras.

Atendidas a todas essas exigências, conseguimos submeter o projeto de pesquisa ao comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Tão logo obtivemos a sua aprovação, retornamos à SGETES para receber a carta de apresentação à Coordenação de Saúde Mental que, em seguida, seria remetida à sede do Distrito Sanitário para que esse, em continuidade, encaminhasse-na ao CAPS e esse, finalmente, às TRs das RTs⁹.

De posse de toda a documentação necessária, imediatamente, recontactamos as TRs a fim de marcarmos as entrevistas. Só obtivemos o retorno imediato da RT feminina via rede social e, um mês depois, da RT masculina por um software de mensagens instantâneas para smartphones¹⁰. Quanto à RT mista, só conseguimos contactar a responsável após dois meses – e, mesmo assim, ela explicitou que não seria possível conceder entrevista naquele mês devido às dificuldades estruturais no CAPS de referência do Serviço. Diante dessa impossibilidade, buscamos ajuda na Coordenação Administrativa do CAPS, onde foi sugerido que fizéssemos todas as entrevistas nas RTs ligadas ao mesmo CAPS. Apesar da RT ter sido aberta em março e, com isso, fugir ao que havíamos desenhado para pesquisa, com ela se abria a possibilidade efetiva de entrevistarmos uma RT mista.

Ao fim de todo esse processo, todas as entrevistas estabelecidas pelo nosso cronograma foram realizadas contando com a anuência da Coordenação de Saúde Mental da Cidade do Recife (Anexo A) e com a aprovação pelo comitê de Ética em Pesquisa, ao mesmo tempo em que acompanhada, devidamente, dos consequentes esclarecimentos sobre a pesquisa aos participantes, bem como, também, da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por esses (Anexo B).

Iniciamos a pesquisa na RT feminina apresentando a proposta de trabalho à equipe na reunião de equipe da RT, realizada no CAPS, com objetivo de sondar quais delas gostariam de participar. Pensando nisso, fizemos uma breve apresentação da proposta de pesquisa, considerando o nosso percurso na Saúde Pública e na Saúde Mental.

A princípio, esse não foi um posicionamento fácil de ser assumido, já que tínhamos dúvidas quanto às consequências para a relação entre pesquisadora e entrevistadas. Essas

⁹ Esse fluxo descrito de forma pormenorizada é para que fique aqui registrado para jovens pesquisadores e pesquisadoras, o quão morosos e acidentados podem os trâmites institucionais para a realização de uma pesquisa de campo, tanto pela natureza burocratizada, quanto por fatores contingenciais sócio-históricos - aqui marcados pela onda de greves, manifestações e Copa do Mundo - que podem se impor de tal modo a alterar o curso das tarefas especificadas no cronograma do projeto de pesquisa.

¹⁰ Salientamos que as vias mais tradicionais de comunicação com as possíveis entrevistadas, tais como ligações e mensagens, por exemplo, não foram tão ágeis quanto contactá-las através das redes sociais, ainda que nós não tivéssemos intimidade com as mesmas.

consequências não estão além das relações que estabelecemos no campo, mas são frutos dos posicionamentos assumidos no contexto relacional. Efetivamente, nos perguntávamos enquanto pesquisadora: será que deveríamos trazer para a equipe o fato de ter trabalhado nos Serviços de Saúde Mental e carregar, com isso, os possíveis vícios de captura familiarizada das situações emergentes à luz de nossa própria experiência, correndo o risco de desconsiderar novos olhares e novas falas? Por outro lado, será que nós não deveríamos resguardar a pesquisa dos sabores e dessabores da experiência nesse campo, marcada por incessantes (des)confianças e (des) construções, tendo em vista preservar a pesquisa dos riscos das predições?

Ponderando sobre esses dois pontos de partida para estabelecer a aproximação com a equipe, optamos pela primeira vertente, já que omitir nossa história não livraria a pesquisa de estar impregnada dela. Partilhar da condição de alguém que foi trabalhadora colocá-los em posições de semelhança em muitos momentos e isso marca um modo de construir saber que coloca em xeque o próprio lugar de poder do pesquisador, conforme atenta Spink (2000). Assim, tomando a decisão de seguir a pesquisa desde o lugar da psicóloga, pesquisadora iniciante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE, que foi residente e trabalhadora de Saúde Mental, os encontros foram possíveis e os discursos aqui co-construídos emergem sob essa condição.

No curso da pesquisa, observamos que esses marcadores de nossa trajetória profissional não permitiram acessar dados ou situações nem mais nem menos privilegiados. Contudo, demarcavam desenhos mais aclarados para composição de nosso quadro de relação com as entrevistadas. E, por isso mesmo, em muitos momentos, pudemos nos ver, por um lado, no cansaço daquelas mulheres trabalhadoras, nos seus corpos maltratados pelo trânsito casa-trabalho-casa, atravessados pelas dúvidas no descompasso entre o que o cuidar solicita e a rotina funcional impõe, nas fragilidades, na solidão silenciada que o tem-que-fazer impõe. Mas também, por outro, na crença de metamorfoses ou mudanças de ânimo, na força de realizar um trabalho que não tem reconhecimento e, mesmo assim, sentir-se realizada por contribuir com as pequenas conquistas da vida cotidiana das pessoas antes institucionalizadas. Enfim, vimos retroprojetivamente nossa condição de cuidadora atualizada no encontro com essas profissionais do cuidado.

No primeiro encontro com a equipe da RTF, observamos que, durante as exposições, falavam sobre a sexualidade das moradoras de forma entusiasmada. Duas delas, destacadamente, diziam: “Porque elas são doentes não quer dizer que elas não tenham as vontades delas”. Desde então, na escuta interessada dessa fala, soubemos que, naquele espaço

de comunicação, seria possível encontrar discursos capazes de ressaltar a loucura não como doença, numa visão da psiquiatria tradicional, mas sim, como condição do ser que ainda reconhece a sua dimensão, ao menos, volitiva. Ao final da reunião, as cuidadoras passaram seus contatos, dias e disponibilidades para o agendamento de novos encontros.

Após algumas dificuldades com agendamento das entrevistas, conseguimos marcar 02 (duas) delas com as cuidadoras no próprio espaço físico da RT e, com a TR no CAPS, visto que ela concentrava a maioria de suas atividades lá. Concretamente, estivemos na RT por 03 (três) vezes. Na primeira, tivemos alguns problemas com o gravador de voz e, por isso, precisamos pactuar nova entrevista com a profissional que, sem objeção, assentiu. Da segunda vez que estivemos na RT, ela estava muito doente e, por isso, mesmo com o cronograma apertado, adiamos a entrevista.

Descobrimos que no trato direto com as participantes da pesquisa, às vezes, é preciso recuar, pois a pesquisa não pode ser tomada com um processo de levantamento de evidências e construção de análises voltado apenas para um produto final. Mas deve ser também acolhida potencializadora de cuidado, sobretudo nesses espaços de tanto sofrimento como é o da Saúde Mental. Entre a segunda e a terceira visita à RT, entrevistamos sua TR no CAPS.

Em nossa passagem pela RT feminina, pude realizar algumas observações e seus registros num diário de campo. Essas observações serviram como parâmetro para reflexão sobre as semelhanças e diferenças entre a instituição psiquiátrica asilar e os SRTs. Na condição de observação, “o/a observador/a, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de coletar dados e compreender o contexto da pesquisa” (MINAYO, 2008, p.70).

Finalmente, ao cabo de 01 (um mês) conseguimos entrevistar as profissionais da RT feminina. A entrevista com a cuidadora diurna foi realizada na sala de jantar onde ela fazia os registros diários de suas atividades. Tão logo a entrevista terminou, fomos convidadas pelas moradoras a permanecer na casa. Precisamos aguardar, por algum tempo, a cuidadora do turno da noite. Assim que ela chegou, realizamos a entrevista na sala de estar, local escolhido por ela, pois a maioria das moradoras já havia se recolhido.

As entrevistas da RT masculina foram marcadas após falarmos com a sua TR. As entrevistas foram realizadas no CAPS de referência da RT, já que, como citamos anteriormente, a TR não achou prudente a presença de uma pessoa estranha na casa em razão da especificidade dos moradores. Desse modo, obedecendo as diretrizes postadas, entrevistamos a TR no CAPS, no período da tarde, e, posteriormente, no prazo de duas

semanas, entrevistamos as duas cuidadoras no mesmo dia e espaço, conforme disponibilidade oferecida pelas mesmas.

Na última etapa desses encontros, entrevistamos as profissionais da RT mista no espaço do CAPS. Como o espaço físico da RT estava passando por dedetização, todos os moradores e moradoras, bem como duas das cuidadoras estavam presentes no espaço. Contudo, uma delas era cuidadora de idosos e estava trabalhando temporariamente na RT a fim de assumir os cuidados com uma moradora idosa que apresentava problemas de locomoção. O local estava inadequado para realizar entrevistas devido ao barulho excessivo, além de sermos constantemente interrompidas por demandas do próprio Serviço. Em face disso, aventamos a possibilidade de não considerarmos essas entrevistas na nossa etapa de análise, o que se confirma quando percebemos muitas perguntas relacionadas a outro município fugindo objetivos propostos por essa pesquisa.

Do ponto de vista dos procedimentos metodológicos adotados nas 08 (oito) entrevistas, destacamos que todas elas tinham uma natureza semiestruturada e aberta à interferência da pesquisadora, caso julgasse necessário adicionar alguma pergunta pertinente aos objetivos da pesquisa. Para Minayo (2010), a entrevista deve facilitar a comunicação e ter a tônica de uma conversa com objetivo de responder às questões de pesquisa. Portanto, a entrevista tem sido um procedimento amplamente utilizado em pesquisa de campo e se caracteriza por ser uma conversa a dois ou entre mais interlocutores, realizada pela iniciativa do entrevistador, com o objetivo de construir informações concernentes à tematização da investigação proposta. A versão semiestruturada de entrevista, escolhida para subsidiar o encontro da pesquisadora com as entrevistadas, é bastante utilizada em pesquisa qualitativa e configura-se pela associação de questões abertas e fechadas. Essa característica permite que a interação entrevistador-entrevistado se dê de forma fluida sem que se perca de vista os objetivos da pesquisa.

De forma pormenorizada, Boni e Quaresma (2005) chamam atenção para o fato de que, nessa modalidade de entrevista, é papel do pesquisador elaborar novas questões no momento da entrevista que contribuam para aclarar respostas que não foram bem compreendidas ou que, por algum ruído ocorrido na conversa, destoam dos objetivos balizados pela pesquisa, além de possibilitar, igualmente, um espaço de maior interação entre pesquisador e entrevistado. Nesse sentido, a entrevista semiestruturada interpõe-se como um instrumento de mediação no encontro da pesquisa, pois:

[...] estes tipos de entrevista colaboram muito na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. As respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser de grande utilidade em sua pesquisa. (BONI & QUARESMA, 2005, p.74.)

De acordo com essa perspectiva, o nosso roteiro de entrevista semiestruturada, visando responder aos objetivos da pesquisa, contemplou os seguintes aspectos:

- 1) **Dados de identificação profissional dos envolvidos** (profissão; tempo de experiência na área de Saúde Mental; locais onde atuou – hospitais psiquiátricos e/ou rede substitutiva, forma de contratação);
- 2) **Questões relevantes para compreender a interface entre loucura e sexualidade dos moradores dos SRTs nos discursos dos profissionais** (relações afetivo-sexuais entre os moradores; regras de convívio na casa; como percebem o corpo dos moradores; os possíveis efeitos da institucionalização inscritos no corpo dos moradores; as intervenções dos profissionais voltadas à sexualidade/ vivências afetivo-sexuais dos moradores; noções de direitos sexuais e reprodutivos).

Ressaltamos, ainda, que essa pesquisa esteve comprometida, em todas as suas fases de execução, com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Os dados obtidos e informações coletadas foram resguardados em sigilo e anonimato, tanto das entrevistadas quanto de todos os serviços citados na pesquisa, e foram garantidas as seguintes orientações éticas às entrevistadas:

- 1- Saber os objetivos da pesquisa, a fim de escolher participar ou não;
- 2- O direito de interromper o processo da entrevista sem que isso acarrete em dano às mesmas;
- 3- Serem encaminhadas a serviço de psicologia caso sintam-se desconfortável com a entrevista;
- 4- Serem informadas de que todos os dados fornecidos serão guardados em sigilo;
- 5- Ter suas identidades resguardadas por meio de nomes fictícios.

Ademais, deslocamo-nos de uma posição ética prescritiva para um posicionamento ético dialógico, ao assumirmos essas premissas muito mais do que apreciações normativas, mas como marcos de responsabilização com o outro. Na perspectiva adotada por Spink (2000,

p.20), o princípio dialógico “leva os preceitos éticos de plena informação, livre consentimento e análise de risco e benefício às últimas consequências”.

Todas as entrevistas foram realizadas, de forma individual, no CAPS de referência das RTs, à exceção das entrevistas com as cuidadoras do SRT feminino que foram efetuadas nas próprias dependências físicas da RT. A fim de preservar as informações obtidas, foi utilizado um gravador de voz digital, com o prévio consentimento das participantes.

Compreendemos que a temática da pesquisa poderia causar situações de desconforto às participantes por tratar de questões que são consideradas “temas-tabu” na nossa sociedade. Em face dessa realidade, comumente essas temáticas são silenciadas no cotidiano ou mesmo banalizadas das falas públicas, gerando invisibilidade dos atores envolvidos. No caso da sexualidade das pessoas egressas de longo período de hospitalização, esse silenciamento assenta-se nas bases do preconceito que parecem negar e patologizar a condição dessas pessoas enquanto seres desejantes e sujeitos de direitos. Assim, acreditamos que a realização dessa pesquisa pode ser uma via de enfrentamento a esses silenciamentos muitas vezes naturalizados, bem como implicar diretamente as profissionais participantes em processos de revisitações dessa temática.

Diante disso, no processo de condução das entrevistas, deixamos acertado que, caso alguma entrevistada viesse a sentir desconforto na ocasião da coleta de dados, nós daríamos o suporte necessário no seu encaminhamento para o Serviço de Atendimento Psicológico da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Entretanto, também reforçamos que aquele momento de interação com a problematização da pesquisa poderia contribuir de maneira significativa para que os profissionais da área pudessem (re)pensar e (re)avaliar suas práticas.

Os resultados da pesquisa serão partilhados com as participantes visando garantir a transparência e o compromisso com o acordo firmado entre a pesquisadora e essas profissionais do Serviço, e cumprir com o dever da pesquisa em saúde - que é tornar-se mais um meio de reflexão e aprimoramento do cuidado nesse âmbito. A fim de cumprir a exigência da SEGETS, o produto final da pesquisa, a dissertação, será disponibilizada à Secretaria de Saúde da cidade de Recife (PE) em cópias impressas e em CD.

A seguir, apresentamos o campo de realização da pesquisa, conforme os dados colhidos na primeira parte das entrevistas e nosso diário de campo, relacionado à RT feminina. Também apresentamos as profissionais entrevistadas, de acordo com sua vinculação territorial.

3.3. Apresentação e considerações sobre o campo e as participantes da pesquisa

Participaram desse estudo 08 (oito) profissionais de 04 (quatro) Serviços Residenciais Terapêuticos (doravante SRTs) da cidade do Recife, sendo dois masculinos, um feminino e um misto¹¹. Devemos a escolha desse município ao fato de sua atuação protagonista em um dos mais relevantes momentos na história da Reforma Psiquiátrica, que é o processo de desinstitucionalização através do fechamento dos hospitais psiquiátricos e endereçamento das pessoas antes institucionalizadas de volta a suas famílias ou, em caso de vínculos fragilizados ou rompidos, aos SRTs.

Os SRTs fazem parte da estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, instituídos a partir da Portaria GM nº 106, de 11 de Fevereiro de 2000. Segundo essa portaria, os SRTs são moradias ou casas localizadas em comunidades populares com capacidade para abrigar no máximo 08 (oito) pessoas egressas de longa internação em hospitais psiquiátricos e que não mantiveram os vínculos sociais e/ou familiares. Vale ressaltar que essa portaria foi alterada no ano de 2011 pela portaria 30.90/2011, acrescentando como beneficiárias as pessoas remanescentes de hospitais de Custódia (PE).

Os SRTs devem ser ligados aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), a fim de que seja garantido o cuidado com as demandas clínico-assistenciais dos seus moradores e que a casa, de fato, funcione como espaço de moradia, como uma nova forma da loucura se relacionar com a cidade a partir do habitar (BRASIL, 2004). Contudo, apesar de serem casas, é necessário um suporte profissional, a fim de que os moradores fortaleçam a sua autonomia para realizar tanto atividades da vida diária, quanto a sua inserção na comunidade. Desse modo, cada casa conta com, no mínimo, 02 (dois) cuidadores de nível médio com experiência e/ou formação específica na área de reabilitação psicossocial e 01 (um) técnico de referência (TR) de nível superior com formação na área de Saúde Mental.

Em cada SRT da cidade do Recife, trabalha 01 (um) profissional de nível superior que exerce a função de técnico de referência (TR) e até 06 (seis) cuidadores, em regime de plantão de 12h por 36h, com exigência de formação em nível médio, sendo alguns deles lotados no

¹¹ Os dados da Pesquisa no SRT misto não foram utilizados nesta pesquisa porque foram prejudicados, tanto devido a ruídos e atribuições no CAPS no dia da entrevista, quanto por falhas na condução da pesquisadora.

quadro efetivo por meio de concurso público, enquanto outros, contratados através de convênio com a Organização de Saúde da cidade do Recife¹².

De acordo com Brena Aguiar (2009), os TRs têm como função gerenciar os Serviços cuidando de sua manutenção e das estratégias de reabilitação realizadas pelos cuidadores no cotidiano. Durante a entrevista, tanto a TR da RT feminina quanto a TR da RT masculina apresentaram clareza em relação às funções que devem desempenhar, focalizando ações de clínica assistencial, como reabilitação psicossocial e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), e gerenciais como acompanhamento dos cuidadores e gerenciamento dos recursos financeiros.

Já os cuidadores, segundo Aguiar (2009, p.57), são profissionais de nível com função de serem “agentes facilitadores nas ações de reabilitação psicossocial dos moradores”, isto é, devem estimular a realização de atividades cotidianas. Contudo, as cuidadoras demonstram dificuldade para nomear o arsenal de suas atividades como sendo de reabilitação psicossocial. Por isso, ressaltamos que, nos discursos das próprias cuidadoras em suas entrevistas, aparece uma visão muito fragilizada e fragmentada do seu processo de trabalho. Associamos isso aos entraves no desenvolvimento do trabalho, citado pelas entrevistadas das duas RTs, que contribuem com a fragilização do processo de formação para o trabalho na Reforma Psiquiátrica.

Para citar um exemplo, hoje, o único espaço de formação disponível é o da reunião de equipe, onde são discutidas as demandas mais urgentes, mas não as práticas em sua dimensão epistemológica e metodológica, para, então, chegar à praxiológica, com seus rebatimentos (bio)éticos. Desse modo, o espaço de formação da Reforma Psiquiátrica para os profissionais que atuam nos SRTs parece fragilizado em termos de formação continuada, capaz de atender as demandas de capacitação de seus cuidadores.

Sobre as bases legais das RTs, as entrevistadas não fizeram menção direta a nenhuma lei, mas a equipe de profissionais da RT feminina, mencionaram existir um documento¹³ construído no início da implantação dessa Residência e aprimorado há dois anos em uma oficina oferecida pelo município a cuidadores e TRs. Já na RT masculina, apenas uma profissional referiu ter conhecimento vago de um documento que regulamente as bases legais de sua profissão. As demais, negam a existência desse documento. De igual modo, não encontramos nenhum documento e/ou lei que defina as bases legais dessas profissões.

¹² Apesar de existirem cuidadores concursados no município, ocasionalmente, nenhum fez parte desta pesquisa.

¹³ Não conseguimos acessar o documento ao qual as profissionais fizeram menção.

Cabe destacarmos que das 08 (oito) profissionais entrevistadas, apenas utilizamos os dados coletados em seis: 03 (três) do SRT feminino, a quem chamamos Aurora, Petúnia e Iris; e 03 (três) dos SRTs masculinos I e II, Aurélia, Safira e Ametista¹⁴. A seguir, faremos algumas considerações sobre cada uma das Residências Terapêuticas a partir da primeira parte das entrevistas e, particularmente, das observações colhidas na casa feminina.

3.3.1. – Residência Terapêutica Feminina

Na RT feminina, conseguimos autorização para realizar entrevistas in locu. Assim, fizemos registros diários tomando os seguintes pontos de observação: 1) Localização do Bairro e Estrutura física da casa; 2) Ações de Reabilitação Psicossocial; 3) Sexualidade. No corpus da pesquisa, esses pontos de observação foram descritos de forma articulada com os pontos de avaliação crítica sobre o modus de estruturação dos hospitais psiquiátricos e sobre um centro de desinstitucionalização onde atuamos como residente.

Segundo relatos das entrevistadas, a RT feminina foi formada entre os anos de 2003 e 2004 com a proposta de acolher as mulheres remanescentes de um hospital psiquiátrico do Recife. Esse processo se deu a partir da inserção de uma equipe de desinstitucionalização constituída por psicólogos, assistentes sociais e cuidadoras dentro do próprio hospital. Algumas das cuidadoras que compunham essa equipe atuam na RT até hoje.

A RT feminina funciona em uma casa alugada pela Prefeitura da Cidade do Recife, localizada em bairro de fácil acesso na zona sul do subúrbio da cidade, com uma infraestrutura muito diversificada e próxima a padarias, lanchonetes, lojas de materiais de construção, roupas e de praça arborizada. As ruas são asfaltadas e, apesar de movimentadas, preservam um certo clima interiorano. As pessoas sentam-se nas calçadas de suas casas, com o intuito de criarem espaços de convivência e conversarem, enquanto acompanham as brincadeiras das crianças nas ruas. Nesse contexto, as moradoras da RT podem circular por todos os espaços de comércio, lazer e sociabilidade conforme seja seu desejo e sua condição. As cuidadoras estimulam esse trânsito cotidiano, em conformidade com uma das prerrogativas da reabilitação psicossocial que é o de habitar a cidade. Segundo observei, a experiência desse habitar traduz-se, aqui, numa atmosfera de convívio entre moradores da casa e vizinhos.

¹⁴ A fim de preservar os princípios éticos de sigilo e anonimato, não vamos diferenciar TRs de cuidadoras, visto que seriam facilmente identificadas. Os nomes aqui atribuídos às entrevistadas são todos fictícios.

Do ponto de vista arquitetônico, a casa tem dois planos, com térreo e primeiro andar, tendo a fachada pintada na cor branca e um terreno entre o muro mediano e o terraço frontal adornado de plantas muito bem cuidadas. A RT, aos poucos, revela-se muito diferente de todos os lugares onde a loucura era aprisionada com o intuito de associá-la às imagens perigosas do animalesco e do desumano que, muitas vezes, inspiravam tristeza ou solidariedade mecânica e, dificilmente, o empenho de uma ação ético-político que reivindicasse o seu lugar de humanidade.

Salta aos olhos o fato de não existir um porteiro com as chaves nas mãos a disciplinar os acessos dos pacientes ou usuários aos espaços e serviços ali disponibilizados diferente do hospital e mesmo do CAPS. Todo o trabalho de recepção e condução de pessoas ao interior da casa é decidido pelas moradoras. Em síntese: são as próprias moradoras que escolhem quem entra e sai e, do mesmo modo, escolhem quando entram e saem.

Ao ser convidada para entrar, pensamos no quanto seria difícil me manter no nosso lugar de pesquisadora, mas não a ponto de, cegamente, não conseguirmos identificar também os possíveis pontos críticos do novo cenário. Isso porque, diante dos nossos olhos, estava a concretude daquilo pelo que tanto lutávamos há muito tempo. De forma contrastante, era impossível não me lembrar dos momentos em que as pessoas egressas do hospital psiquiátrico, que estavam no Centro de Desinstitucionalização, recebiam os técnicos com suas bolsas velhas nas mãos, com semblante de angústia e solicitações mil para serem finalmente transpostas daquele compasso de espera visivelmente desorganizador. Ver essas pessoas, pela porta da frente, autorizando-me a entrar em sua casa florida era, de fato, emocionante.

A primeira moradora que me recebeu amistosamente foi Lucíola. Ela me mostrou demoradamente toda a casa. Satisfeita, levou-me a uma área ajardinada que é cuidada por elas mesmas todos os dias. Mais adiante, apontou-me uma sala de estar com duas poltronas e dois sofás, uma TV em cores, um centro com um vaso de flores. Todo o conjunto mobiliário mostrava-se em muito bom estado de conservação. Em outro ambiente, a cuidadora estava sentada junto a uma mesa grande, com 08 (oito) cadeiras e 01 (um) armário antigo e igualmente bem conservado. Havia, ainda, no térreo, um quarto, um banheiro, uma cozinha completa e um quintal, onde se destacava uma bem equipada área de serviço. Enquanto apresentava-me esse espaço em particular, outras moradoras foram se aproximando e fizeram questão de dizer que, ali, elas mesmas lavam suas roupas na máquina de lavar e lá mesmo estendem. No segundo andar, havia 05 (cinco) quartos onde elas dormem, sendo 02 (dois) com suíte e 01 (uma) varanda, além de mais 01 (um) banheiro.

Então já era notória a apropriação do espaço pelas moradoras no modo como se organizavam e faziam funcionar o espaço doméstico. Daí, podemos dizer que a dinâmica da casa era igual a de uma casa comum: algumas descansavam, outras preparavam o jantar, outras assistiam TV. Por ser uma casa, não existe consultório, sala de técnicos, nem mesmo prontuários. Tudo isso fica no CAPS. O único documento existente na casa é um livro de registros diários onde as cuidadoras registram suas atividades e ocorrências de cada plantão.

As ações de reabilitação psicossocial parecem centradas no cuidado consigo mesmas, com a casa e com as outras moradoras, além de desenvolverem, cotidianamente, atividades externas, como por exemplo, fazer compras para a casa, para si mesmas, irem ao banco com ajuda da cuidadora e a alguma consulta de rotina previamente agendada.

Em relação aos cuidados básicos, notoriamente, todas as moradoras cumprem com a pauta de higiene pessoal e de forma independente: tomam banho e fazem sozinhas a escovação dos dentes, exceto duas delas que apresentam condições clínicas complicadas devido à idade avançada. Destacamos, nesse ponto, o cuidado vaidoso que dedicam as práticas de estética: usam artigos de maquiagem, bijouterias e perfumaria; frequentam manicure e cabeleireiro e gostam de sandálias e vestidos novos.

Esse dado de observação da RT contradiz a minha experiência no centro de desinstitucionalização e no hospital psiquiátrico, pois, via de regra, eram notórias nesses espaços a negligência, em relação até aos cuidados básicos de saúde e higiene, e uma certa naturalização do corpo técnico na atenção a essas pessoas. Entre os muros desses espaços de circulação da loucura, morava apenas a desqualificação desses seres, considerados inviabilizados para o reposicionamento social na condição de pessoas investidas de direito integral, quer através de estratégias clínico-assistenciais de singularização, quer por meio de processos de ressignificação de suas vidas.

Internamente, elas mesmas preparam todas as refeições, com a ajuda da cuidadora e, assim, também o é com os afazeres domésticos, incluindo o cuidado com as suas roupas e pertences pessoais, ficando a faxina geral da residência a cargo de uma faxineira paga por elas¹⁵.

¹⁵ Essas atividades de autocuidado e cuidado com o espaço é de extrema importância para o resgate da dignidade humana, para Moffatt (1984), amputada pela vida nos manicômios. Apesar dessa obra parecer antiga, ela retrata o que ocorre ainda hoje nesses espaços, considerando a sua característica de imutabilidade estrutural, a despeito do tempo e do espaço, por se imporem como uma barreira na relação social com o mundo externo, já denunciadas em outras palavras também por Goffman (2003), Basaglia (1985), Foucault (1998, 2004) e, no contexto brasileiro, por Amarante (2007).

Presenciamos a hora do jantar, quando a cuidadora e as moradoras, juntas, colocaram a mesa e todas se sentaram para a refeição. Não posso negar minha surpresa com essa cena que em muito contrastava com os momentos das refeições que presenciava no Centro de Desinstitucionalização, onde, por exemplo, os usuários comiam vorazmente, muitas vezes até de pé, por medo de ficarem sem o alimento, tal como acontecia corriqueiramente no hospital psiquiátrico. Em face do novo cenário, certamente empobrecido quando trazido ao campo das palavras, torna-se inacreditável que a libertação das pessoas, mesmo que apenas da fisicidade da instituição total, possa restituir-lhes a dignidade negada. Pela relevância do que encontramos nesse momento, comentamos em diário de campo:

Quem sinta àquela mesa, hoje, para se alimentar daquela comida preparada por aquelas mãos tão sofridas, tão maltratadas, não acredita que ali, naquela experiência tão humana da partilha, habita um bicho muito ferido. Eu estava, de fato, muito abismada com o que via. Não que este seja um modelo de atenção isento a críticas, pois mesmo se dizendo desinstitucionalizador, já percebo algumas marcas visíveis da (re)institucionalização, mas contemplava o momento de explosão daquelas vidas. Aquela forma tão diferenciada de estarem no mundo deflagrava, para mim, a potência do efeito discursivo do nome “morador” que lhes reposicionava numa condição mais digna se comparada ao efeito discursivo mortificador do nome “paciente” e isso estava ali refletido naquele momento da refeição. Não era só a pauta de higiene, não era só por se sentarem à mesa, mas pelo preparo daquele alimento, pela partilha...

Outro aspecto trazido pelas moradoras no repertório de ações que desenvolvem no cotidiano da casa, é o cuidado com o outro. É difícil pensar que pessoas que sofreram um longo período de hospitalização psiquiátrica possam ainda manter ou mesmo ressignificar essa dimensão em suas vidas. Como não notar a profundidade humana dessa cena de cuidado incomum aos olhos tão marcados pelo assombro das fabricações das instituições asilares, para alguém que teve uma história de vida muitas vezes destruída. Ismália, moradora da casa, serviu-me um chá de laranja e uma fatia de bolo, preparados por ela mesma, enquanto, comentava:

A senhora deve tá cansada... Um chazinho de laranja com bolo é muito bom pra descansar a cabeça... Sabe, quando eu era menina minha mãezinha fazia muito chá de laranja... Aí quando ela morreu e eu fiquei sem chá, eu endoidei e me danaram remédio... Eu cuido da senhora! (dirigindo-se a uma moradora) Venha, Bartira, também tomar um chazinho! Venham meninas!

Nessa RT as moradoras, são em sua maioria, negras e pardas, a mais velha com 77 anos idade. Todas compartilham um histórico de longo período de institucionalização psiquiátrica, pelos mais diversos motivos, sendo os casos de abuso e violências sexual e intraconjugal muito presentes nas histórias de vida delas. Esses corpos, enquanto fisicidade, são asseados e investidos de cuidado que vem sendo construído com a mediação das cuidadoras, como visto anteriormente.

A saúde bucal é visivelmente comprometida e, inclusive, foco de preocupação da equipe. Enquanto modos de presença, nas minhas observações, percebi que as moradoras trazem marcas crônicas da institucionalização psiquiátrica (um infeliz parêntese nas suas histórias já tão violadas). A postura retraída, o olhar distanciado ou fixo, as expressões fisionômicas robotizadas e os movimentos contidos parecem contar toda a história da uma ação normativa que insiste em permanecer. A fala é comprometida em todas as suas dimensões. Mais destacadamente, as marcações prosódicas são empobrecidas, tanto pelo efeito impregnador da medicação, quanto pelo longo sequestro do convívio social, dificultando a compreensão daquilo que querem comunicar.

Os prazeres obtidos por esses corpos, de forma mais emergente, parecem relacionadas ao uso do cigarro – no caso daquelas que fumam; aos momentos das refeições – desde o preparo da comida, até o próprio ato de comer, bem como das compras que fazem – guloseimas, roupas e ornamentos diversos. Conseguimos localizar, nesses três encontros, principalmente nas falas das moradoras Lucíola, Diadorim e Ismália, essa dimensão do prazer em suas relações vinculares e afetivas extra-casa, embora marcadas de muita dor e sofrimento pela violência que viveram.

Já dentro da casa, mobilizadas pelas cuidadoras, parecem investir na criação de um núcleo de sentido vincular que as possibilitam comungar de momentos de troca, diálogo e mediação dos próprios conflitos. A exemplo, a moradora Bartira, assim que terminou de tomar banho, veio até a cozinha onde conversávamos e disse que estava enraivecida com minha presença lá. As demais moradoras colocaram-se como mediadoras dizendo que não deveríamos sair da cozinha, mas conversarmos com Bartira, já que aquele seu comportamento justificava-se por se sentir preterida quando não participa diretamente das conversas.

Sobre as relações afetivo-sexuais, algumas dessas mulheres foram casadas com homens e tiveram filhos. Outras, a despeito de casamento, tiveram vida sexual ativa mas, hoje, as cuidadoras relatam que essas relações já não existem. Nesse curto espaço de observação, foi difícil captar as manifestações de sexualidade dessas moradoras. O que só instigava os nossos

questionamentos quanto ao que tinha sido feito daquelas manifestações tão explícitas das práticas sexuais no contexto hospitalar.

Consegui captar algumas falas, sob forma de rememoração e de solicitação, principalmente, da moradora Lucíola para ver o profissional de um hospital a quem ela tem por marido e da moradora Diadorim que se mostrava triste porque o marido não a tinha mais visitado. Isso apenas para marcar a dimensão dessas falas na RT, pois analisaremos os discursos e a condução das profissionais em relação a essas demandas das moradoras, de forma mais detalhada no capítulo de análise. Vejamos agora, brevemente, alguns elementos do perfil dos SRTs masculinos I e II.

3.3.2. – Residências Terapêuticas Masculinas I e II

Como dissemos anteriormente, não foi possível realizar as entrevistas nas dependências físicas das RTs masculinas. Por essa razão, os dados obtidos para descrevermos o campo são fruto dos discursos das profissionais entrevistadas no momento da coleta com Aurélia, Safira, e Ametista.

As RTs masculinas I e II¹⁶, conforme nomeia Aurélia, à título de distinção, funcionam em casas alugadas e localizadas no mesmo bairro do subúrbio da zona sul do Recife, onde está situada a RT feminina. Nesse sentido, os moradores de uma casa e de outra têm acesso a toda a infra-estrutura do bairro conforme suas necessidades, desejos e condições.

Os custos com aluguel, alimentação e manutenção da casa são de responsabilidade do IMIP, que faz o repasse de uma quantia quinzenal dependendo do número de moradores para que eles mesmos façam as compras com a ajuda da cuidadora. Os públicos da RT masculina I e II são muito distintos entre si e, por essa razão, têm dinâmicas bem diferentes que merecem ser ressaltadas.

A RT masculina I, está em funcionamento há 05 (cinco) anos e, segundo Aurélia e Safira, abriga 06 (seis) moradores, com idade mínima de 40 e máxima de 60 anos, a maioria com histórico de institucionalização de até 20 (vinte) anos, exceto 01 (um), indicado a morar na RT pela equipe de seu CAPS de referência porque se encontrava em situação de vulnerabilidade social. Quatro desses seis moradores passaram 09 (nove) anos no hospital de

¹⁶ Essa é a forma utilizada pela equipe das RTs masculinas para distinguir as casas onde trabalha. Não há aqui qualquer relação com as modalidades instituídas de RTs tipo I e Tipo II conforme reza a portaria 30.90/2011.

Custódia para onde foram por cometerem crime de homicídio e, depois de cumprida a pena, foram transferidos para um mesmo hospital psiquiátrico, onde estiveram por mais 09 (nove) anos, até o seu reendereço ao SRT no qual se encontram hoje. Essa passagem pelo hospital de Custódia marca um certo perfil “perigoso” para esses moradores o que, principalmente no início do contato da equipe, gerava medo e desconforto quando se tratava de pensar limites e possibilidades dentro da RT - conforme relatam tanto Safira quanto Aurora.

Detalhadamente, Safira conta que não era muito fácil para ela lidar com os discursos desses moradores que viveram essa realidade do hospital de Custódia, carregados de conteúdos de violência, vingança e morte; todavia, com o tempo, foi entendendo que esses tinham o objetivo de *“testar pra ver até que ponto a gente ia cuidar de pessoas que cometero essas coisa errada”*. Do mesmo modo, Aurélia fala da dificuldade de se trabalhar limites com esses moradores que, segundo ela, se colocam muitas vezes como transgressores das normas da casa devido a *“...própria história de vida deles que é de transgressão”*. Desse modo, o trabalho desses limites é realizado a partir da conversa que, até então, não conseguiam ter o alcance sensibilizador e mobilizador para promover um efetivo movimento de mudança na direção de compreender a importância de respeitar os limites.

Aurélia relata, também, que um dos principais desafios enfrentados pela equipe nessa RT, no sentido de trabalhar esses limites, tem sido o fato desses quatro moradores, especialmente, estarem em uso abusivo de álcool. A fim de abordarem a questão, as cuidadoras recorrem a discursos informativos do tipo: *“Quando vocês vieram pra cá, você sabiam que vocês viriam, mas vocês vinham e não podiam nem beber e nem usar de agressividade na casa, né”*. Ou mesmo, no limite profissional relatam ter lançado mão de estratégias de proibição como reter as chaves da casa, quando os moradores chegaram embriagados, no intuito de prevenir nova exposição a bebida: *“Num sei se tava certo ou se tava errado, mas foi o que eu pude fazer...Eu disse a eles: ‘ - A partir de agora, vocês só vão sair se eu precisar de alguma coisa ou se eu achar que deve, porque vocês querem ser tratados como criança, então vai ser assim.’”*.

Criticamente, essa realidade mobiliza a equipe a mencionar a importância de recorrer a estratégias de redução de danos¹⁷ para minimizar tanto os efeitos desse uso nos moradores,

¹⁷ “A Redução de Danos constitui uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que não só parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade, seja no caso de cada indivíduo, mas também formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem” (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2013).

uma vez que apresentam complicações clínicas como diabetes e hipertensão arterial e se mantêm em uso de medicações psicotrópicas, quanto na dinâmica relacional da RT.

O que faz esses discursos e condutas próprios de saberes distintos coexistirem num espaço que se propõe a ser de desinstitucionalização? Que limites e fragilidades eles denunciam? Como será para essas profissionais serem mediadoras de um diálogo quase que impossível da “desrazão” com a “razão” sendo elas ditas “razoadas”?

Tanto Aurora quanto Safira contam que esses moradores realizam seus cuidados básicos, recorrendo a pouca ou nenhuma ajuda das cuidadoras, além de realizarem atividades externas como irem à feira, jogar no bicho, receber dinheiro no banco, isto é, transitam pelo bairro e pela cidade sem grandes problemas de orientação espacial, apesar dos anos de institucionalização, muito embora não saiam com tanta frequência pela cidade porque acreditam que podem sofrer retaliação na rua pelos crimes que cometeram no passado. Esse é um ponto de preocupação para Aurélia que diz que a vida social dessas pessoas é muito restrita pelos anos de institucionalização e, apesar de mobilizarem esforços para programar passeios e modos de interação com outras pessoas de fora da casa, os moradores ainda não são muito afeitos a essa possibilidade.

A resistência maior é em relação a realização dos afazeres domésticos, incluindo aí os cuidados com seus quartos e seus pertences pessoais. Diante disso, Safira diz que acaba por fazer muitas das atividades da casa com pouca ou nenhuma participação dos moradores, apesar de estimulá-los diariamente. Chamou-nos atenção os discursos sobre o preparo das refeições, pois a cuidadora atribuía essa tarefa condicionalmente às mulheres, alegando que seria muito difícil pra um homem cozinhar porque:

“...é da natureza do homem ser preguiçoso mesmo... Eu não ia confiar muito não... Confiar que eles tivessem fazendo a comida não é nem de botar alguma coisa para nos matar, mas é a higiene mesmo”.

Segundo relato de Safira, os moradores passaram muito tempo acreditando que elas trabalhavam como domésticas na RT, assim como no hospital existem os auxiliares de serviços gerais e tem sido difícil diluir essa visão.

A RT masculina II, por sua vez, está aberta há 04 (quatro) anos e abriga 08 (oito) moradores com idade entre 40 a 65 anos e com histórico de longo período de institucionalização psiquiátrica. Aurélia observa nessas moradoras uma condição “mais deficitários do que os da RT masculina I”, apesar de apenas um deles precisar de ajuda para

realizar os cuidados básicos. A dinâmica da casa, também é muito parecida com as demais, onde as refeições e os horários da medicação parecem importantes marcadores do dia, muito embora não haja uma rotina obrigatória. O que diferencia essa RT é que os os moradores costumam jogar dominó, assistir televisão e tocar violão com a cuidadora. Os passeios externos são para a pizzaria, a sorveteria e a praça, embora tais atividades enfrentem dificuldades do trânsito no bairro no turno da noite.

Nessa casa, segundo Ametista, os homens também apresentaram dificuldades em realizar os afazeres domésticos, mas com o estímulo das cuidadoras, já praticam atividades como lavar suas roupas, lavar os pratos, varrer a casa, ferrar suas camas - embora nenhum deles cozinhe, ficando a cargo das cuidadoras preparar as refeições diárias.

3.4. Procedimentos de Análise de Dados

Selecionamos para a análise 05 (cinco) das 08 (oito) entrevistas realizadas. Assim, como estratégia adotamos, inicialmente, as falas das profissionais dos SRTs feminino e masculino e as transcrevemos tal como se apresentaram . Ressaltamos que as citações diretas das falas das cuidadoras serão apresentadas em itálico e entre aspas e, eventualmente, trechos que merecem destaque estarão em negrito.

Em seguida, procedemos à leitura exaustiva do material coletado, tendo em vista identificarmos os temas emergentes que possibilitassem uma resposta aos objetivos de pesquisa aqui propostos. Em seguida, passamos ao tratamento desse material, atribuindo nomes fictícios às entrevistadas e às moradoras citadas para preservar suas identidades. Segundo Bauer e Gaskell (2011), na modalidade de análise que propusemos, as questões formuladas pela pesquisadora devem ser vistas como ativas e construtivas, assim como as respostas dos/das entrevistados/as. Baseados nessa perspectiva de referencial teórico, na pesquisa, nossa leitura de tematização queria criar as seguintes categorias de análise: 1) Corpo e Sexualidade nos SRTs 2) Os Direitos Sexuais e Reprodutivos dos moradores e das moradoras dos SRTs. A partir disso, iniciamos a etapa da análise em que fazemos as devidas articulações entre os discursos das entrevistadas e o referencial teórico adotado para então respondermos aos objetivos da pesquisa.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste capítulo, analisamos os discursos das profissionais sobre os corpos e as expressões de sexualidade dos moradores e das moradoras dos Serviços Residenciais Terapêuticos Feminino e Masculinos I e II. Para tal, dividimos o capítulo em Corpo e Sexualidade nos Serviços Residenciais Terapêuticos, para abordarmos a construção do corpo da loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica nos SRT, além de refletirmos sobre os discursos das profissionais quanto as expressões de sexualidade destes corpos desinstitucionalizados nestes serviços; e em Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos nos SRTs, quando procuramos localizar os aspectos que desafiam ou mesmo possibilitam a compreensão dessas profissionais quanto à sexualidade dos moradores como um direito.

4.1. Corpo e Sexualidade nos SRTs

Nesse primeiro eixo de análise, perguntamo-nos: quais os discursos acionados pelos profissionais dos SRTs sobre a sexualidade de seus moradores? Será que, apesar de propagar discursos fomentadores de uma ordem pautada na liberdade, na autonomia e na garantia de direitos, a Reforma Psiquiátrica pode encapsular práticas seculares por ela rechaçadas, mas que se fazem presentes, silenciosamente, no cotidiano dos seus espaços terapêuticos? Com isso, desejávamos saber se as terapêuticas de controle e disciplinamento do corpo e da sexualidade do dito louco têm figurado no interior das terapêuticas reformadas.

Dessa forma, procuramos identificar contradições, semelhanças, dissonâncias e deslocamentos entre eles no que se refere à sexualidade do dito louco que possibilitam pensarmos se há coexistência de mecanismos de controle e normatização da sexualidade operando nos moldes próprios ao modelo asilar, ainda que circulando com outras performatividades no modelo reformado de cuidado à loucura.

É a partir dessa perspectiva que nos debruçamos, à luz das entrevistas analisadas e do referencial teórico escolhido, sobre a seguinte questão: até que ponto na Reforma caminhamos para uma reinstitucionalização ou (des)institucionalização no que se refere diretamente ao endereçamento das expressões de sexualidade dos sujeitos antes asilados, agora moradores dos SRTs? Vejamos o que os discursos dos profissionais dos SRTs sobre o corpo e a sexualidade do dito louco podem nos dizer em relação a isso.

4.1.1. Sobre os corpos dos moradores e das moradoras dos SRTs:

O corpo é o ponto fundamental de intervenção do poder na Modernidade. Não há, portanto, expressão do poder que não passe por ele, que é o lugar das intervenções, do controle e do disciplinamento (FOUCAULT, 1998). Nessa direção, superando uma visão restritiva e fiscalista do corpo apenas composto pelo aparato anátomo-biológico, passamos a concebê-lo como investido de memória, desejos, resistências e transgressões.

Nessa ótica, a construção do corpo está condicionada às contingências de um dado contexto sócio-histórico e cultural. Daí dizermos que o corpo da loucura é também corpo fabricado. Enredado nas malhas discursivas da Lei, da psiquiatria tradicional e passando aos discursos reformados, esse corpo foi investido de significados os mais diversos ao longo dos tempos e dos contextos – tecidos nas redes de captura que as lógicas e gramáticas de poder lhes reserva para inscrevê-lo na ordem convencionada como vigente.

A pergunta que nos fazemos nesse endereçamento: Que corpos estão sendo construídos nos SRTs? No contexto das entrevistas individuais que realizamos com as profissionais, perguntamos: “como você percebe o corpo dos moradores ou das moradoras dos SRTs?” Essa questão pareceu-nos causar estranhamento nas entrevistadas, que aparentemente não sabiam como responder a essa formulação de pronto. O posicionamento delas só foi possível quando reformulamos a proposição: “você percebe se há mudança na aparência física do morador ou da moradora desde que chegaram aqui?”.

As 06 (seis) profissionais das RTs responderam que percebiam uma discrepância significativa entre o corpo-psiquiatrizado, aquele corpo do sujeito institucionalizado, e o corpo que está em processo de desinstitucionalização, ou seja, que saiu do hospital psiquiátrico e agora está no SRT. Vejamos nas suas falas em que medida essas diferenças se apresentaram. De acordo com Aurora, da RT feminina:

Aurora: *Veja, elas quando chegaram... Elas tinham... Algumas pessoas com muita dificuldade de cuidar do próprio corpo. A higienização era muito precária; a gente tinha que, realmente, chegar muito junto, né. Uma das que me chama muita atenção é Bartira, ela, até hoje, ela... Na época, ela passava dias sem tomar banho. Então assim, aquela coisa assim, do descuido né? Aquela aparência do descuido muito forte quando elas chegaram na casa.*

No seu relato, o corpo-louco que sai do asilo psiquiátrico é identificado como “o corpo do descuido”, porque trouxe da experiência anterior no hospital essa “dificuldade de cuidar” de si mesmo. Vejamos como esse corpo do descuido é construído. Segundo Foucault (2013), o discurso do corpo patológico é concebido como aquele que não está contido, disciplinado, docilizado, moralizado conforme as regras e padrões vigentes e, por isso, tem invalidada a ação de sua presença nos espaços de convívio social através de seu sequestro e confinamento nos asilos psiquiátricos, com vistas a normatizá-lo pela via da utilização das terapêuticas físicas e/ou morais.

O resultado da normatização do corpo-louco nos asilos psiquiátricos passa por um processo de adestramento não só por camisas de forças químicas e físicas, mas também pela constante violação de direitos sociais básicos: ausência de alimentação e negligência da higienização dos corpos e do espaço físico, por exemplo. Os corpos pintam-se embrutecidos, desvanecidos, destituídos de vivacidade até que se tornam envoltos por uma couraça robotizada e estereotipada de dor e sofrimento (GOFFMAN, 1974). Nesses espaços, as condições de extrema precariedade das pautas de higienização, muitas vezes, levavam os pacientes a condições de agravos à saúde e mesmo a óbito.

Na RT, conforme relato de Aurora, para que se possa forjar “o corpo do cuidado”, é necessário a equipe “chegar muito junto”, isto é, desenvolver um trabalho de acolhida e acompanhamento das mínimas ações cotidianas das moradoras tendo em vista promover as condições para que possam cuidar de si mesmas. A produção desse corpo do cuidado está circunscrita ao estímulo das pautas de higienização das moradoras. Muito diferente do que acontecia no contexto do hospital psiquiátrico, segundo Petúnia: “isso acontecia porque o número de pacientes era muito grande e os técnicos de enfermagem não conseguiam acompanhar, mas hoje é muito diferente porque podemos dar maior atenção”¹⁸.

Essa mesma preocupação com os cuidados básicos e higiene também foi trazida por Aurélia, Safira e Ametista, profissionais dos SRTs masculinos, que também caracterizaram os corpos dos moradores, logo quando saíram do hospital, como: “maltratados”, “descuidados”, “desorganizados”.

Assim como acontece na RT feminina, a educação dos moradores para a higienização do próprio corpo também passa por intervenções como estimulação. A palavra estímulo é aqui compreendida como se mostra no dicionário Houaiss (2001) em suas acepções: “animar”, “encorajar”, “incitar”. Através da palavra da profissional, as pautas de higiene e dos cuidados

¹⁸ O número reduzido de técnicos fazia parte de um conjunto de agravantes para que os cuidados básicos dos pacientes não fossem realizados.

com o corpo parecem ser tomadas como ações de reabilitação psicossocial, no intento de promover uma reconfiguração desse corpo por meio das práticas de higiene pessoal tomadas numa dimensão de autocuidado. Petúnia, dá grande importância à disseminação das pautas de higiene do corpo das moradoras, associando esse discurso à beleza cosmética:

Petúnia: *Olhe, teve pessoas que mudaram pra melhor, viu?! Melhorou a aparência física porque cuidou mais dos cabelos, melhorou o visual. É... no caso, assim, Bartira. não gostava de tomar banho e aí quando veio pra Residência Terapêutica... começou a tomar banho, quer dizer, ficou mais cheirosa, mais limpa, mais bonita...*

As profissionais da RT masculina trazem, igualmente, essa concepção da higiene atrelada à vaidade. A esse respeito, Aurélia diz o sobre o corpo dos moradores da RT masculina I:

Aurélia: *(:..) Nessa casa I, que eles são mais independentes, a história da higiene em si, eles têm cuidado, eu noto: eles cortam o cabelo, eles vão ao barbeiro, eles têm a vaidade...*

O investimento cosmético dos corpos das moradoras e dos moradores também aparece na medida em que a eles são destinados cuidados potencializadores da conformação de suas imagens com os padrões de beleza vigentes em nossa sociedade atual, os quais intentam reverberar na elevação de sua autoestima. Daí, o reconhecimento do valor terapêutico dessa prática. Por outro lado, isso pode ajustá-los numa padronização demandada pela relação de higiene, vitalidade e vigor para aceitação social contemporânea - e aqui caímos no campo da normatização.

Durante nossas observações na casa, percebemos a presença do corpo investido de vaidade da equipe. Petúnia, por exemplo, vaidosa, leva suas roupas, perfume e maquiagem para se arrumar para o jantar com as moradoras. Associando essa nossa observação ao seu trecho de fala, notamos uma característica de novidade: no contexto psiquiátrico asilar, o corpo-louco e o corpo-técnico são facilmente diferenciados por sinais de tipificação da autoridade desse e rotinas de interdição conformantes que ditam as regras do jogo das relações institucionais; na RT, ao contrário, o lugar de interação, higienizado, não contempla o uso de vestimentas distintivas e possibilita a fruição de uma ordem da convivência dentro de uma lógica alternativa de normatividade.

Assim, no contexto asilar, o outro, marcadamente desarrazoado, tem o corpo sujo, desnudo, estigmatizado por alguma “incorreção” atribuída ao seu estado de alienação tendo, portanto, o seu âmbito de interação restrito ao hospital e diferindo-se em tudo do corpo-técnico. Já no segundo, esse mesmo outro parece ser considerado na promoção de suas necessidades básicas de tal modo que pode se investir de cuidado tal como faz o corpo-técnico. Parece-nos que a saída da condição de pacientes para condição de moradores trouxe a esse corpo-louco, a possibilidade de investir-se de beleza pela via cosmética, assim como faz o corpo-técnico.

Safira, profissional da SRT masculina I, traz como elemento de novidade a questão do poder de compra que esses moradores agora possuem:

***Pesquisadora:** Safira. como é que tu percebe o corpo dessas pessoas?
Safira: (estranhando) O corpo? (pensativa) Como assim? **Pesquisadora:** A aparência física...**Safira:** (interrompe) Eu acho que é maltratado, né. (confiante) Eu acho que eles são maltratados..(pensativa) É difícil... Embora, tem Seu Paris tenha uma história de usar terno, gravata, novo mesmo, sabe? Ele vai pra cidade compra perfume, ele toma banho três vezes por dia e escova os dentes três vezes por dia. Tem Hermes, Hermes também se veste muito direitinho, é comprando jeans.... compra jeans direto. É comprando jeans, casaco jeans, bermuda, sandália, é... Esse Menelau é o mais desajeitadinho. Edmundo já tá com o dinheirinho dele, tá andando direitinho. Porque a gente tá comprando roupa pra ele e ele tá andando bonitinho, arrumadinho, porque antes ele só vestia o que davam...*

Embora a menção a esse “poder de compra” tenha sido amplamente citada nas entrevistas com as profissionais das RTs masculinas e feminina, foi relacionando ao corpo e consumo dos moradores. De uma forma curiosa, Safira relata essa passagem da condição de paciente consumido pela via da alienação à condição de morador que consome pela via da reinserção. Nesse sentido, é possível localizarmos que a inclusão dessas pessoas no circuito das trocas sociais através do fortalecimento do seu poder contractual, como atenta Sarraceno (1996), passa pelo poder de compra que esses corpos agora possuem. Isto é, o corpo-louco antes apartado socialmente para os muros do asilo psiquiátrico para sua administração normativa, dentro dessa nova conformação, retorna ao âmbito das trocas portando uma das principais insígnias do mundo moderno, a saber, o dinheiro.

Indo mais longe, localizamos nas falas de Safira algo sobre o corpo desses homens que nos chamou bastante atenção. A marca do “corpo maltratado”, como ela se refere, ainda persiste, mesmo na RT. Dentro de nossa compreensão de corpo como construção histórica, esse maltrato é memória desses corpos de Paris, Hermes e Menelau que, abusando do ‘poder

do macho' no passado, cometeram crimes considerados hediondos e foram submetidos à sanção normativa da ordem judicial, antes de caírem no mesmo fosso asilar que os demais e virem a se tornar alienados.

Primeiramente, esses homens, considerados criminosos, julgados por seus crimes, foram condenados como “anormais”¹⁹ pela Lei e pela medicina. Essa combinação de medicina com a lei, conforme Foucault (2010), surge no século XIX com o objetivo de caracterizar os crimes como voluntários, nos quais a razão não desvanece, ou involuntários, cometidos porque os sujeitos desrazoam. Aqui, saúde e doença estão intrinsecamente ligadas aos binômios: razão x desrazão, legal x ilegal.

Na pele de “monstros humanos”, Paris, Hermes e Menelau, por violarem a lei dos homens (cometeram um crime) e às leis da natureza (são loucos), foram considerados incapazes de compreender os crimes que cometeram e, por isso, foram transladados ao manicômio judiciário de PE²⁰. Nesses espaços, foram submetidos a condições tão ou mais violentas que as dos asilos psiquiátricos.

Cumprida a pena por seus crimes, saíram do manicômio judiciário, mas como a fábrica da loucura não para de produzir enredos, foram engrenados ao circuito do asilo psiquiátrico. Isso significa dizer que esses corpos-criminalizados podem ser, um dia, dissociados do título de “homem monstro”, porém não de alienados. Essas supostas superações de rótulos nada mais são do que meras armadilhas, pois, sobre anormais, monstros humanos e alienados recai a classificação de perigosos e criminosos desde que Morel passou a usar a insígnia da degenerescência²¹.

A partir do relato de Safira, tomemos agora a condição do morador Oziel, ou Ozielzinho como as profissionais o chamam. Pela expressividade de seu “corpo deficiente”, ele também representa a figura do monstro humano, por isso foi capturado pelo asilo psiquiátrico. Também degenerescente, sua captura se deu porque fazia parte desses corpos-inapropriados para a produtividade. Seu corpo, hoje, é reconhecido como “portador de necessidades especiais”.

¹⁹ De acordo com Castro (2009) da interação entre médico e judiciário nascem as tipologias anormais, quais sejam: o monstro humano, o indivíduo a corrigir e o masturbador. O monstro humano é a figura que transgride a lei por sua contranatureza, mas sob o qual a lei não pode ser aplicada. Já o indivíduo a corrigir é resultado da falência da tarefa pedagógica da família, da igreja, do bairro, portanto, esse indivíduo deverá ser colocado em um meio de correção apropriado e, finalmente, o masturbador é aquele que pratica o mal que mais tarde será causa etiológica de toda a anomalia.

²⁰ Hospital presídio que tem como missão a reclusão de pessoas que cometeram infração penal, porém, no momento do crime, eram inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determina-se de acordo com esse entendimento.

²¹ A degenerescência foi um termo empregado por Morel, após meados do século XIX para designar todos os tipos anormais, conforme Castro (2009).

Por essa via de compreensão, o maltrato de que fala Safira parece o estigma dos corpos desses homens a anunciar que habitam a marca dos seres que foram sequestrados do convívio social porque, por seus atos criminosos, colocaram em perigo a funcionalidade da ordem normativa. Mas, como se não bastasse o castigo da privação de liberdade, pela tentativa de violar a força da Lei, num duplo giro punitivo, esses corpos são consumidos pelas pautas de mortificação impostas por um poder médico que se exerce pela negação do direito de construir suas próprias histórias.

Nesse circuito de embotamento Paris, Hermes e Menelau têm suas vidas rasuradas. E por essas e outras tantas (des)razões é que mesmo hoje, como moradores de uma RT, à despeito de cumprirem com todas as pautas de higiene, de vestirem-se com jeans, ternos e gravatas - custeados com o próprio dinheiro -, aquele maltrato de que fala Safira é história inscrita em seus corpos.

É para esses corpos que habitam hoje os SRTs que se forja a condição de consumidor. Aqui, o poder contractual do morador parece fortalecido no âmbito da circulação da “rede social”, mais especificamente o mercado. Sarraceno (1996) atesta que o fortalecimento do poder contratual é promovido quando se potencializa a autonomia para negociar nos mais diversos espaços da vida cotidiana. Isso é garantido pela política nacional de desinstitucionalização que concede aos beneficiários um valor mensal do Programa De Volta pra Casa.

Nessa direção, inferimos que, na letra da política, o poder de compra parece uma estratégia potente a ser incorporada às ações de reabilitação psicossocial, pois, conforme essa compreensão, parece-nos que a inserção desses moradores pela via do consumo lhes dá possibilidade de exercerem o poder sobre seus corpos reconfigurando-os. Mais especificamente, lhes dá a possibilidade de se vestirem com as roupas que eles mesmos escolhem, um cenário diferente daquele visto no asilo psiquiátrico, onde os pacientes, como bem aponta Safira, ou circulavam nus ou vestiam roupas usadas, frutos de pequenas doações e, muitas vezes, utilizadas indistintamente. A possibilidade de consumir produtos que eles mesmos escolhem, parece deslocar essas pessoas do lugar objetificado e animalizado onde foram posicionados por anos, para um lugar mais digno, mais autônomo. Por outro lado, também faz-se necessário acolher a biografia desses corpos para além de sua conformação às pautas de sociabilidade vigentes.

Mais adiante, essas pautas de socialização também foram referidas pelas profissionais dos SRTs masculinos e feminino. Pontuavam, inclusive orgulhosas, o quanto conseguiram trabalhar para que os moradores e as moradoras conseguissem sentar à mesa, utilizar talheres,

comer de acordo com os princípios básicos de etiqueta e utilizar os espaços da casa em atenção à sua funcionalidade, por exemplo.

Iris diz que a mudança dessa condição do corpo-animalizado para a de corpo das moradoras deveu-se à aquisição de pautas de etiqueta e de sociabilidade, possíveis pela atuação da equipe no SRT:

***Pesquisadora:** Como tu percebe o corpo dessas pessoas? **Iris:** O corpo? Como assim? **Iris:** Como é fisicamente essa pessoa? Tem alguma diferença que tu observa, tanto aqui quanto lá, dessa pessoa que saiu do hospital pra hoje quando tá aqui na residência? Tu percebe? **Iris:** Tem. Tem. Porque, veja: quando elas vivia dentro do hospital, elas era umas pessoas assim, era, assim, meio sem sem limite, sem organização, entendesse, num era feito o que elas são um ser humano, era quase feito um animal que tava nas jaula e tava sendo solto, tá entendendo? **Pesquisadora:** E por que era assim? **Iris:** (emocionanda) Sei lá... Parece que lá não tinha muito sentimento(...) Sabe, porque quando a gente saiu das coisas mesmo a gente começou a ensinar a eles, a ensinar a eles que não era assim. Que eles podiam comer e que não ia faltar comida pra eles, eles ia ter mais, comer direito. Tá entendendo? Podia comer com calma, devagar, e comer com, assim, civilizadamente, que eles são umas pessoa civilizada, umas pessoas educada, mas perdero isso. A gente começou a passar essas coisa pra eles até que, assim, a gente levou eles pra restaurante, tá entendendo? Muita gente ficava assim olhando, assim, quando a gente levava que as menina queria comer com a mão, não pegava o garfo. Aí eu dizia: “ - Não, você vai pegar o garfo. Eu lhe ajudo a partir, mas você vai comer com o garfo. Eu ajudo!”. Entendesse? Quer dizer, era umas pessoas que tavam sem noção mais do que era viver na comunidade, entendeu? Não tinha mais noção de como era pra viver na comunidade. Entendesse? Conversar com as pessoas, via as pessoas e elas tinham medo. Achava que tudo ia fazer mal a eles. Num tem um bicho assustado que vive dentro da jaula e quando você chega ele arrhhhhhh vai como querem lhe estraçalhar, né, que acha que você vai fazer mal a ele. (chora) Era essas pessoa, entendesse? Você tinha que chegar devagarzinho e chegar e conversando e eles sentindo que você era uma pessoa boa, entendesse? Foi isso que a gente fez.*

Quando fala da experiência no hospital, Iris também compara o corpo-louco ao corpo de um bicho, assim como as demais entrevistadas, mas parece reconhecer que essa couraça de corpo-bicho escondia que eles são “um ser humano”, como diz ela. Esse trecho da entrevista deixa Isis emocionada, segundo ela, porque a faz lembrar de todo o acompanhamento que fez com moradoras, desde a saída do hospital até hoje na RT. Sua afetação, enquanto fala dessa passagem do dito louco do estado de “bicho” e “coisas”, para uma condição de sociabilidade na RT, leva-nos a refletir, dentre tantas outras coisas, sobre a loucura como construção e, ainda sobre a importância do afeto na condução dessa clínica.

Para Rotelli (2001, p.17-59), o hospital psiquiátrico é lugar de “troca zero” porque em tudo objetiva tornar o dito-louco dependente, doente, incapaz de participar do circuito de trocas sociais. A disputa pelo alimento que vem escasso e em péssima qualidade, a rotinização da vida, o cheiro de urina e fezes e o controle operando por todos os lados, parece fabricar essa condição de “coisa” e de “bicho”.

Reconhecer que seu trabalho de “ensinar” a essas pessoas pautas básicas de sociabilidade quando “a gente saiu das coisa” porque “eles são umas pessoas civilizada”, “eles são umas pessoas educada” é desconstruir a lógica hospitalocêntrica da loucura naturalmente animalizada e coisificada para se deslocar para uma visão construcionista na medida em que parece dotar o dito-louco de uma condição de “civilização” e “educação” possível de ser retomada quando “saiu das coisa”.

Em face desse painel, dialogamos com a fala de Iris: “Sei lá...parece que lá eles não tinha muito sentimento...”. Em sua etimologia, a palavra sentimento refere-se a “faculdade de receber as impressões físicas, sensação, conhecimento, fato de saber qualquer coisa”, “todo fenômeno da vida afetiva, emoção” (HOUAISS, 2001). O sentimento do qual Iris fala no decorrer de seu depoimento possibilita-nos compreender que a palavra empregada transcende a acepção dicionarizada, parecendo ganhar uma conformação de afeto que significa ‘afeição, disposição de alma’, pela forma espontânea como seu afeto flui no momento em que conta do trabalho que realiza com as moradoras.

É esse o afeto que, agora, parece se colocar na relação com as moradoras enquanto dispositivo de cuidado e viabiliza a segurança necessária para se abrirem a trocas sem que se sintam tão ameaçadas ao transitarem nos espaços.

Safira faz menção à aquisição dos moradores de regras básicas de etiqueta:

Safira: Mas, assim, eu não sei como é... O corpo como? Pesquisadora: A aparência física mesmo, o modo de ser, por exemplo O que vem a sua mente... Tem alguma mudança de quando saíram do hospital até agora?
Safira: Ah... tem! Isso tem, minha filha. Pesquisadora: O que tu observa? Safira: Oxe eram... Escovar dente, comer de colher sem derramar? Era assim oh parecia um bicho. Com a mão não sei quê, chupava a comida, chupava o café - (respira angustiada). Ai meu Deus do céu! Era uma agonia – “ - Não é assim, gente que toma o café, chupando o café, chupando o suco... Pelo amor de Deus, gente! É assim oh (como se estivesse levando á xícara à boca) tchum tchum, sem precisar fazer barulho” e teco teco teco na mesa. “ - Que escola de samba é essa nessa mesa?” (respira aliviada) Ah meu Deus do céu! Mas tão... agora é tudo de roupa nova, você precisa ver. Menelau, que tem que tá em todas né? é que só troca a camisa com uma semana. Hoje de manhã quando eu sai: olha essa camisa viu? Quando tomar banho de mei dia é pra trocar porque camisa é pa trocar todos os dias. Aí ele: “ - se eu for sujar minha roupa todos os dias...” Safira:

*“ - e a roupa é pa sujar mesmo, a máquina é pa lavar e você pa guardar.”
Aí quando eu saí, eu disse: (referindo-se ao cuidador) “ - Prometeu, olha
essa camisa aí que quando ele tomar banho é pa trocar.”*

Dentre tantas possibilidades de construção que podemos produzir a partir da riqueza dessa fala, chama-nos atenção a conduta da profissional quando atua na pedagogização desse corpo para a sua reabilitação. Enquanto fala de suas prescrições para os moradores, na entrevista, assume um tom que em muito lembra a relação do adulto cuidador ou adulta cuidadora com a criança. Isso denotado pela forma verticalizada com que se impõe, pelo tom jocoso, mas carregado, de predições a serem cumpridas, impresso nas metáforas que utiliza para educá-las, numa postura quase que de infantilização e tutela na educação desses corpos.

Os discursos produtores dos corpos higienizados, vaidosos, consumidores, que agora tentam redesenhar moradores e moradoras parecem andar na contramão da animalização dos corpos da loucura produzidos pelas terapêuticas asilares de exortação, expropriação e maus tratos. Na direção de investi-los de cultura desde essa perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica, pela via da reabilitação psicossocial, lançam mão de condutas terapêuticas pautadas na palavra, no afeto, mas também na tutela. Até que ponto esses corpos que vão se deslocando da condição de corpo-animalizado para esse corpo-desinstitucionalizado expressam suas sexualidades?

4.1.2. Sexualidade nos SRTs feminino e masculinos

A seguir, estabelecemos um diálogo com as entrevistadas no sentido de compreendermos quais os discursos que elas resgatam para falar das expressões de sexualidade das moradoras e dos moradores dos SRTs feminino e masculinos.

4.1.2.1. Sexualidade no SRT feminino

De início, devemos dizer que no momento da entrevista essa temática também suscitou estranhamento nas entrevistadas da RT feminina, tal como quando abordamos a questão do corpo. Contudo, o estranhamento, aqui, não parecia ocorrer por incompreensão da pergunta formulada, mas pelo fato de remeter para um tema que não é constantemente debatido entre os membros da equipe, já que elas dizem não ser uma demanda explícita das moradoras da RT. Considerando o excerto de Aurora:

***Pesquisadora:** (...) Como é essa questão da sexualidade lá na RT para essas mulheres? **Aurora:** Veja, é...(pensativa) se você me perguntar assim, Aurora, você acha que alguma delas já teve alguma intimidade assim de ficar uma junto da outra e rolar alguma coisa eu acho pode até ter acontecido já, mas não é uma coisa que é trazida... Eu acho que no delírio de Diadorim, Diadorim diz que: “Botaram a mão no meu cu”, não sei o que. (desculpando-se pelos termos) Elas falam assim as coisas... E Ismália como teve uma história de muita violência doméstica voltada para o marido, o marido era o agressor, ela traz assim em alguns delírios de que entraram no quarto dela, fizeram coisa com ela que ela não queria fazer...”*

O reconhecimento quanto à situação de violência que Ismália sofreu leva-nos a pensar que ela experimentou uma dimensão traumática da sexualidade, nomeada pela via da rememoração das experiências de violência sexual. Já o caso de Diadorim, a questão da sexualidade não parece ser problematizada. A partir dessa compreensão, indagamo-nos como a equipe dos SRTs se remete a essa fala angustiada das moradoras pela sensação renitente de terem seus corpos brutalmente invadidos. Nesse caso, pensamos que o efeito de sentido provocado pela nomeação do discurso de Diadorim e Ismália como ‘delirante’ invalida o caráter de denúncia que essas moradoras fazem das suas sexualidades violadas. Além disso, esse mesmo discurso inviabiliza a abertura para o cuidado.

Foucault (2013) chama atenção para as condições de enunciação dos discursos da cultura ocidental. Segundo ele, os discursos seguem um ordenamento de tal modo que: “Não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar tudo em qualquer circunstância que, qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa” (FOUCAULT, 2013, p.9). É nesse sentido que “a palavra do louco” não pode circular, porque é deslegitimada, destituída do poder de testemunho. A palavra do dito louco é usada para se conhecer a loucura e excluí-la.

Nessa direção, quando mulheres tidas como loucas versam sobre suas sexualidades, denunciando que a razão as violentou (aqui, representada por um homem tido como normal), infringem a prerrogativa da interdição através de procedimentos de exclusão empregados nos discursos sobre a sexualidade. Como podemos articular essas falas num outro contexto onde os registros não se percam na insignificância porque os enunciadores são destituídos de autoridade comunicativa? Esse mecanismo de exclusão denuncia a separação entre loucos e sãos, nomais e anormais; delírio e realidade; homens e mulheres.

Com isso, essas moradoras parecem invisibilizadas em seus discursos pelo lugar de desrazão que ocupam, quando remetidas às políticas atuais de Saúde Mental, cujos documentos referencializadores da desinstitucionalização psiquiátrica²² nomeiam os dito

²² A exemplo a própria portaria Nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.

loucos como “*transtornados*” ou “*pessoas portadoras de transtorno mental*”. Essa nomeação, conforme atesta Amarante (1999), significa “estar fora de si”. Mas, como alguém que é “fora de si” pode ser considerado em sua experiência? Ou será que a condição para que tenham acesso a políticas de saúde seja mesmo ocuparem o lugar de: “perturbadas do juízo?”, como reza a acepção dicionarizada da palavra.

Nessa linha de abordagem, podemos observar que esses recortes das histórias das moradoras Diadorim e Ismália, mencionados nas referências de Aurora, também foi foco de atenção de Petúnia. Abaixo trazemos discursos que podem ser referência para pensarmos como a violação da sexualidade dessas mulheres é reatualizada quando fazem uso da medicação. Aurora diz:

***Aurora:** Ismália tem horror a homem (...) Ela diz que porque ela foi muito maltratada quando ela vivia com Irineu que é o marido dela e a gente depois que investigou mais e conseguiu entrevistar a família dela e, realmente, ela era muito vítima de maus tratos por ele, inclusive, era espancada. Então ela tem assim: esperma. O delírio dela é muito assim: “ - olhe, injetaram esperma aqui na minha bunda, por isso que tá assim ardendo e inchada”. Eu disse: “(acolhedora) - Não Ismalinha, foi a medicação que você precisa tomar. A injetável.” Ismália: “ - Não Aurorinha, foi esperma, eu tenho certeza!” tá um pouco... Hoje não tá tanto mais, mas no início foi uma coisa bem difícil. Ela trazia muito essa coisa né, do esperma, negativa né? Como coisa ruim que faz... faz mal. Então eu sinto Ismália... ela tem aquele movimento de não querer falar muito disso pela experiência que ela teve que eu acho que foi muito ruim.*

O depoimento de Petúnia segue no mesmo sentido:

***Petúnia:** Ismália também que já foi casada... Ela sempre apresenta muito esse delírio, muito masculino. Aí ela fala que subiu um homem, que tentou estuprar ela, que colocou esperma no remédio. É muito sofrimento... Aí a gente vê como se fosse a falta, né, do homem, que se transforma eu acho que no delírio, né...*

Não é de se estranhar que Ismália estabeleça essa relação entre a medicação e os signos da experiência sexual. Já na emergência psiquiátrica, conforme pude atestar, não poucas vezes, os chamados pacientes mais resistentes são tomados à força para fazerem uso da medicação injetável, numa medida de contenção violenta – aplicada com a ajuda de vigilantes e/ou de técnicos de enfermagem. Aumentando apenas a escala de utilização, quando admitidos no hospital, essa medida é adotada no cotidiano das práticas terapêuticas

asilares. Nessas instituições, portanto, medicar se caracteriza como uma ação extremamente invasiva.

Assim, o que as profissionais contam sobre os maus-tratos sofridos por Ismália, mostrando-se sensibilizadas, soa como reminiscência de uma sucessão de maus tratos que, tendo início em sua casa, foram revisitados e reafirmados no cotidiano dos serviços de saúde mental por onde passou.

Pensando desse modo, a associação de Ismália entre esperma e medicação injetável não parece nada delirante. Esse remédio injetado nela parece ter muita semelhança com o jorro do gozo do seu violador destituindo-a de poder sobre sua sexualidade. Vale dizer, o gozo de alguém a quem ela teve de ceder, mesmo violentada, porque, como mulher, foi enredada no discurso da fragilidade e da submissão ao seu marido. Assim, além de ser tratada como mulher que não pode se recusar a ser no “corpo de uma mulher indócil”, ela ainda tem que se sujeitar ao jogo de culpabilizações (éticas, morais, religiosas etc.) por não querer ceder às padronizações de gênero. Nesse caso, o corpo da mulher é do seu marido. Ismália tanto não aceitou essa verdade que esse sofrimento é reatualizado porque não parece ser cuidado com a solicitude que merece. E, porque não pôde ser cuidada, parece não ser reconhecida enquanto corpo que sofre.

Desse modo, trazido pelas memórias de Ismália, esse homem que recorrentemente sobe no muro e invade a casa não pode ser reduzido à metáfora delirante, tal qual nos apontam os manuais de psiquiatria tradicionais – tampouco como algumas compreensões das psicologias de corredor. Ela deve ser investida de um valor de denúncia, com assento na experiência dessa mulher. Pois essa realidade dos corpos-violados não está do outro lado dos muros onde essas instituições desenvolvem suas atividades. Na visão de Moffatt (1984), nos hospitais psiquiátricos, por exemplo, muitas mulheres e homens foram violados em suas sexualidades: abusos, estupros, eram praticados pelos próprios pacientes. Os ditos mais razoados, abusavam dos menos razoados; os menos medicalizados, violavam os corpos dos mais medicalizados.

Assim, quando Aurora fala de suas intervenções no momento da medicação, percebemos que ela lança mão da palavra para que a moradora aceite a medicação, o que parece ter surtido efeito: “*Hoje não tá tanto mais (remetendo-se à relação do remédio com esperma), mas no início foi uma coisa bem difícil.*” Quando se tratam pelo diminutivo, “*Ismalinha*” e “*Aurorinha*”, conforme soa na entrevista, mostram também a relação de afeto existente entre a equipe e as moradoras.

No recorte da entrevista de Petúnia, ainda em relação ao que foi identificado com o delírio, chama-nos a atenção o fato de que parece encobrir uma carência traduzida como falta de um parceiro, no caso o marido, para contato afetivo-sexual. Novamente, localizamos nessa fala de Petúnia que a moradora, muito mais do que desejar um homem, parece fazer uma denúncia, uma solicitação de ajuda, um pedido de socorro.

Ela parece nos falar não apenas de todas as violências vividas e da imposição dos dispositivos hospitalocêntricos sobre seu corpo e sua sexualidade, como já discutimos, mas, também, de uma remissão a uma questão que atravessa a sua nova localização na sociedade atual: por que estando em sua casa faz uso de medicações que a deixa vulnerável, do mesmo modo como ficavam no hospital? Isso nos leva a refletir sobre esse poder contractual da loucura, sobretudo, relacionado à sexualidade dessas moradoras, já que parece enfrentar alguns limites impostos pela normalidade deflagrada, aqui, pelo uso contínuo da medicação controlada. É nesse sentido que nos chama atenção o fato desse uso da medicação não ser questionado pelas profisisonais.

Dentro da delimitação da entrevista, Iris, Aurora e Petúnia, quando responderam sobre as expressões de sexualidade na RT, também trouxeram em seus discursos uma outra dimensão da sexualidade que merece ser explorada. Vejamos.

Iris: Aqui, as menina, assim, elas num liga muito pra isso não. Assim, a única que tem mais aquele fogo é Diadorim.(ri), mas assim o fogo dela é mais assim quando vê o marido dela, seu Riobaldo., entendesse. Aí ela fica levantando a roupa quando ela tá muito, assim, agoniada, né, com aquelas palpitações dela e ela fica meia levantando a roupa, mas as outras num tem esses interesse.

Quase que protegendo as moradoras, Iris responde: “aqui, as meninas num liga muito pra isso não” ou “elas não tem esses interesse”. As meninas talvez não sejam autorizadas a ter, sim; mas, e as mulheres, será que não? Quando fala da sexualidade dessas mulheres, portanto, Iris parece tentar proteger crianças pecadoras da penitência. Ou seja, a via de defesa parece levar à infantilização da sexualidade. Por isso, talvez, enquanto falava sobre Diadorim, Iris tenha sorrido, achando divertida a forma como a moradora fica quando vê o marido, inclusive trazendo esse tom enquanto usava um vocabulário próprio da medicina para descrever sintomas: “agoniada”, “com palpitações”. Já Aurora, em tom narrativo, remete-se à relação de Diadorim com Riobaldo do seguinte modo:

Aurora:(...) Então assim.. essa... Promover esse encontro Mulher, com figura masculina ou entre elas próprias a gente nunca desenvolveu um processo pra isso não. Acho que quando é trazido a gente incentiva, a gente diz que faz parte da vida, que é bom né... Diadorim, teve uma vez que disse:

“ - Eu quero namorar Riobaldo hoje” Chegou até falar: (Desconsertada. Procurando como falar) “Minha... minha... minha perereca tá ardendo”, um negócio assim. **Pesquisadora:** Ela usa esse termo: “perereca?” (desconsertada) **Aurora:** Não, mulher, é periquita, buceta... Sim! Aí, a gente foi. Programou e fomos com ela pra casa de Riobaldo. Aí a cuidadora foi com ela. Aí a cuidadora ficou meio assim no terraço da casa aí ela entrou. Sei que rolou alguma coisa que ela... e quando ela chegou disse: “ - Eita! Que Riobaldo tava era bom. Eita! Que... Que - ela não disse pau, ela disse - “eita!” - Acho que ela disse tabaco - “Eita! meu tabaco ficou foi quente!” Um negócio assim, né (rs rs) coisas assim... é o jeitinho dela falar. **Pesquisadora:** ham ham. **Aurora:** Mas, ela chegou dizendo e a gente percebeu que tinha sido muito bom. Mas, ela tinha medo, não queria ficar muito tempo. Aí dizia pra cuidadora: “ - Não vai não. Não me deixa z

Petúnia: essa questão não é muito trazida, mas, pelo menos, assim, Diadorim, é a única que tem o marido que vem visitar e, de vez em quando, ela sente aquele desejo de ficar com ele... Aí fala assim: “ - Bora Riobaldo lá pra cima!. Lá pra cima! Bora, Riobaldo” Aí a gente trabalha com ela a questão de ela sair com ele, entendeu. Porque tem a privacidade do quarto que a gente explica a ela que ela divide com a companheira que é Ismália, então ela ia se sentir melhor, com mais privacidade se ela sair com ele, mas ela ainda tem aquele receio da saída. Aí ela não sai. Mas, ele vem. Ele vem, ela senta, ela ri. Aí ela alisa ele. Se tocam, mas quando fala em... A gente trabalha, assim, a questão dela sair com ele pra fazer um passeio, ela se nega.

Talvez sem se dar conta, Petúnia nomeia a relação de Diadorim com Riobaldo como “desejo”. E, se considerarmos as nomeações da sexualidade dos ditos loucos, usadas de forma tão comum com base no modelo hospitalocêntrico – animalidade, patologia, anormalidade – não deixa de ser uma característica de grande novidade reconhecer, nesse outro-louco, uma dimensão desejante. Nessa direção, a conduta de negociação entre Petúnia e a moradora para que seu desejo seja realizado não deixa de ser um avanço no contexto de sua história pessoal. Ainda que seja precedido por um complemento delimitador: “desde que”. Cabe, entretanto, pensarmos os termos desses limites e o alcance das negociações propostas. Isso porque se recordarmos o recorte de fala de Aurora, ela experienciou sair de casa para se encontrar com Riobaldo, mas se sentiu insegura.

A prática sexual no espaço da casa parece não ter sido pauta de contractualização entre as moradoras, sob mediação das profissionais. No contexto da casa, isso se coloca como um dos desafios do projeto de autonomização e contractualização que a clínica da reabilitação preconiza. Nesse sentido, o interdito da prática sexual no espaço físico da casa, parece deflagrar as contradições entre “esta casa que é também um serviço” ou “este serviço que é uma casa”.

Se levarmos em conta que uma casa deve ser, por excelência, lugar de acolhida mútua, negociação solícita e diálogo, o espaço onde exercemos nosso poder de contractualidade em sua forma mais genuína, a imposição de limites desde fora, podem deflagrar as dificuldades constitutivas para alicerçar essa casa. E, talvez, apontem não só para a fragilidade na formação profissional da equipe de cuidado, como estamos mormente pontuando, mas sobretudo para os “desejos de manicômio”²³, capazes de manter as existências enclausuradas. Para Alverga e Dimenstein (2006), é esse desejo que atravessa o tecido social e que mantém capturada as equipes de Saúde Mental pela lógica manicomial e isso é expresso pelo controle do uso dos corpos.

Esses posicionamentos, à primeira vista, quase escapam à normatização tal como era sancionada no hospital psiquiátrico - onde esse aspecto da vida recaía na total negligência ou na sua total interdição, quer sob a forma das violências veladas (os desditos e contenções químicas, por exemplo), quer sob outros modos de controle baseados na violência explícita (amarrar, usar de força física e confinar) - considerando que, agora, a TR se abre para escutar a solicitação da moradora e a dar a essa solicitação um endereçamento²⁴, muito embora a dimensão normativa/normatizadora desse posicionamento persista sutilmente na imposição do limite quanto ao uso da casa. E isso, não deixa de desafiar o sentido de uma intervenção desinstitucionalizadora na promoção do exercício da contractualidade das moradoras.

Para Rotelli (2001), o poder contractual, permite a participação ativa desses moradores e dessas moradoras na organização material ou simbólica do lugar onde vivem, bem como possibilita novas formas de se relacionarem afetivamente. Nesse sentido, segundo Kinoshita (2001), o papel da equipe é “emprestar seu poder contractual” a essas pessoas que, por terem longos anos de institucionalização, tiveram comprometidas as possibilidades de gerir suas próprias vidas. E é nesse recorte de mediação que a equipe deve atuar, de modo que a ação, pedagogicamente mediada, considere a possibilidade de fazer valer o desejo de cada morador(a), levando em conta as suas fragilidades e potencialidades no exercício da convivência, a fim de que se promova a autonomia possível. A casa deve ser, sobretudo, o

²³ Segundo Machado e Lavrador (2001 apud ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006, p.300), os desejos de manicômio “se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele”.

²⁴ Esses são os requisitos para uma conversa que pode abrir os interessados às condições básicas do diálogo como prática de convivência respeitosa e reconhecimento mútuo, inclusive, na mediação de conflitos e encaminhamento de questões e problemas sobre os quais recai algum pedido de atenção.

lugar da promoção da vida e só pode fazer isso, nas palavras de Rotelli (2001, p. 94), ao “reconstruir as pessoas como atores sociais.”

Ao ser indagada sobre a sexualidade das moradoras, Iris chama nossa atenção para a história de Cristianne:

Iris:...(tom romântico) Cristianne. quando vê assim um rapaz ela pega na mão, ela sente vontade, olha, alisa... Cristianne. De vez em quando ela sente uma vontadezinhas, sabe? Mas não é de assim querer ir não, assim, que ela é muito carente(...).

Sabemos por Iris que Cristiane é uma mulher de mais ou menos 40 anos de idade e que teve a experiência de morar na rua. Sua degenerescência, portanto, é ter vivido nas ruas em oposição ao que se espera de uma mulher, nesse contexto, que é viver na casa, aplicada às práticas do lar. No ambiente da rua, esteve submetida a toda sorte de abusos e violências, mas também pode gozar da liberdade que a rua oferece. O tom romântico com que Iris fala sobre as expressões de sexualidade de Cristianne durante a entrevista parece reconduzi-la ao plano oposto da rua, pois lembra o modo como os adultos falam de uma jovem que se apaixona, dentro desse recorte de pensamento romântico.

Nesse sentido, pensamos que as “vontadezinhas”, de vez em quando sentidas por Cristiane, longe de assumirem tom pejorativo na fala de Iris, fazem lembrar mais essa construção discursiva das “jovens românticas” as quais, apesar de sentirem essa tal vontade de praticarem sexo, não o podiam porque deveriam permanecer “puras” para o casamento. O teor romântico que Iris usa ao se reportar à sexualidade de Cristianne, portanto, afasta-se dos posicionamentos sobre a sexualidade do dito louco no modelo hospitalocêntrico, mas pode enredar a história da sexualidade dessa moradora num padrão normativo de gênero.

Na ponta oposta, temos o discurso de Aurora sobre a sexualidade da moradora Lucíola:

Aurora: Esse tema da sexualidade pela questão do contato físico é algo que não tem muito... Não é muito presente no cotidiano delas, mas, em algumas vezes é trazido por elas por exemplo, Lucíola, não pode ver homem. Já teve uma época que a gente teve dois cuidadores homens. Tinha um que era um assédio. (ri) Assediado o tempo todo por ela. E é um negócio assim claro, né não era escondido não. Não era escondido não. “ - Eita como ele tá bonito hoje. Vem cá rapaz, me dá um aperto aqui”. Ai ele: “ - Mas, perai Lucíola, não pode, não sei o que.” Ai ela: “ - Mas só um. Ai encostava e ficava aquela coisa” Ele: “ - Mas eu não posso Luciolinha, eu sou cuidador não sei o que porque...” Pela história dela, ela já teve assim... várias... várias vivências de ter relação com homem...então ela tem muito isso. Ela ela se

sente muito... ela se exhibe muito... então quando chega um homem na residência ela se exhibe...Ela se aproxima mais. Quer ficar só com essa pessoa, não deixa ninguém se aproximar. É muito assim Lucíola...

Lucíola é uma mulher de pele negra, com idade entre 50 e 60 anos que também teve longo histórico de institucionalização psiquiátrica. Soubemos por Aurora que, antes desse período, ela trabalhava numa banca de jogo do bicho, num outro município. A equipe conta que, vez por outra, ela fala de suas memórias afetivo-sexuais: “- *Eu já tive muitos home! Eu já fui do mercado de Pasárgada!*”. Esse relato sobre Lucíola remete a um comportamento sexual que se opõe aos padrões de conduta moral endereçados à sexualidade das mulheres.

Extrapolando o campo do excerto acima, as profissionais sustentaram, ainda, que a referida moradora narra que é casada com um psiquiatra – a quem atribuímos o pseudônimo Simão. Apesar de se dizer casada com ele, a moradora não se furta de flertar com outros homens e de intimá-los a partilhar consigo de seu desejo.

Diante disso, tomamos os padrões de sexualidade socialmente instituídos, Lucíola tem dois rótulos: além de “*portadora de transtorno mental*” é “*prostituta*”. Ou, dentro dessa mesma lógica, seria apenas um estigma enredado através desses rótulos numa relação de causa efeito, onde não é possível identificar quem é o agente e quem é o paciente, pois Lucíola é degenerescente.

Há algo desse novo endereçamento da sexualidade que já se faz notar nas ações de Petúnia e Iris. Por exemplo, quando Lucíola fala de suas histórias ou quando ela demonstra “*aquele desejo*”, elas disseram que procuram conversar sem julgá-la. Nesse aspecto, Aurora, Petúnia e Iris falam da importância do “*diálogo*”, “*do chegar junto*” no sentido de acolher, através da escuta àquela demanda que a moradora conseguiu nomear.

Duas questões, porém, chamam nossa atenção. A primeira delas está relacionada à predominância do modelo de família nuclear burguesa que parece orientar os discursos sobre a sexualidade das moradoras. A exemplo, localizamos o reconhecimento naturalizado de Diadorim como ser desejante, já que é casada, e a prontidão da equipe para que seu desejo de praticar sexo com seu marido fosse atendido. Contudo, a equipe parece não dar a mesma resposta quando se trata de acolher as demandas de sexualidade das moradoras que não têm essa figura do marido. A escuta dessas solicitações parece turvada pelos discursos românticos, delirantes e infatilizantes.

A segunda questão diz respeito às sexualidades das demais moradoras que, como atesta Aurora: “*não trazem esta demanda da sexualidade pela via do contato físico*”. Esse

discurso ressoa em todas as entrevistas de que a sexualidade não é demanda das moradoras deflagradas por expressões de interditos como: “*isso não é trazido*”; “*elas não demandam*”; “*elas não falam sobre isso*”. A veiculação desses discursos chama nossa atenção pelo fato de não serem problematizados no cotidiano da casa.

A exigência de que essa demanda seja “espontaneamente” formulada pelas moradoras, leva-nos a refletir sobre os padrões normativos de discurso e que só a partir dele é que a comunicação pode ser estabelecida. A própria sanção daquilo que é ou não espontâneo é regida por esse código. Sendo assim, a título de esclarecimento, devemos perguntar: e como esperar que essas pessoas institucionalizadas por longos anos, arrancadas de si mesmas, violadas em todos os direitos fundamentais e violentadas sexualmente demandem, espontaneamente, uma vontade de cuidarem de si conforme esses moldes de conduta normativos?

4.1.1.3. Sexualidade nos SRTs masculinos

As profissionais dos SRTs masculinos, Aurélia, Safira e Ametista, responderam à mesma questão sobre as expressões de sexualidade dos moradores reconhecendo que essa é uma demanda presente entre eles, portanto, distoando dos discursos das profissionais da RT feminina. Lembremos, portanto, que, além dessa ser uma RT masculina, os homens que estão nessas casas, de forma geral, possuem uma faixa etária de 20 a 60 anos, portanto, mais jovens que as moradoras. Nesse sentido, vale registrar que marcadores de gênero e etarização parecem atravessar as concepções das profissionais quanto à sexualidade de moradores e moradoras dos SRTs pesquisados.

Lançamos a questão sobre as expressões de sexualidade dos moradores da RT masculina I para Aurélia que nos traz o seguinte relato:

Pesquisadora: *Como é que tu percebe a questão da sexualidade para estes moradores?***Aurélia:** *por exemplo, eu... Eu comecei a perceber porque quando um cuidador sai de férias tem um substituto. A gente consegue ter, pelo IMIP, uma pessoa que vai tirar as férias daquele cuidador porque a casa não vai poder ficar sem. E aí eu pensei: “Vou colocar um cuidador homem pra ver como é.” E aí surgiu a questão de quererem ir pra o bordel.***Pesquisadora:** *Como surgiu essa questão?***Aurélia:** *Alguns moradores, assim, solicitaram que queriam ir pra o bordel, mas isso não se concretizou porque não deu tempo. O cuidador só passou um mês(...)***Pesquisadora:** *Eles verbalizaram isso?***Aurélia:** *Falaram pra ele. Quando o cuidador chegou eu até estimulei pra que ele pudesse de alguma forma tá estimulando essa questão da sexualidade, pra ver porque... Até porque eles são muito jovens,*

entendeu? 40 anos, 20anos, né, aí seu Geneceu, até um idoso, ficou falando assim... animado, né. Então, assim, eu acho que o cuidador homem numa casa que tem só homem, eu acho que é importante.

A compreensão de Aurélia sobre a pergunta formulada abarca uma dimensão da sexualidade que está na esfera da relação sexual em interface com marcadores de gênero e etarização. Chama-nos atenção, em primeiro lugar, a forma como ela valoriza a solicitação dos moradores de “irem para o bordel”, pensando em estratégias concretas para viabilizar o acesso a esse espaço e permitir que possam praticar o sexo. A condução desse pedido dos moradores foi encaminhada com base nas questões instituídas de gênero. E, nesse caso, foi utilizada de forma estratégica, argumentando que os homens dessa RT “são muito machistas e tem coisas que só vão tratar com outro homem”

A fala de Aurélia, tomada a partir dos lugares de gênero instituídos, permite-nos pensar nessas relações nos modelos hospitalocêntrico e da reforma psiquiátrica. No contexto da reforma, Aurélia intenta possibilitar que essa sexualidade seja experienciada através da prática sexual autorizada. Já no contexto asilar, esses padrões instituídos de gênero têm como finalidade o controle da sexualidade através da própria estrutura física hospitalar, dividida em pavilhões masculino e feminino, e a vigilância intensiva da equipe. Esses mecanismos de controle visavam não só impedir condutas reativas que desestabilizassem o ordenamento institucional, mas também evitar encargos provenientes de uma gravidez não planejada (BIRMAN, 1988; OLIVEIRA, 2004).

O posicionamento de Aurélia quando chama um cuidador para levar esses homens ao bordel tem outras justificativas, além das atribuições ao “machismo” que ela identifica no morador. Safira, por exemplo, contou-nos que não se sentia à vontade levando um morador ao bordel: “Oxe, eu nem sei como seria isso”... Eu acho que é importante pra eles fazerem as necessidades deles, mas eu não levaria... Sei lá... Alguém me visse...” (sic).

Os desafios para a equipe oportunizar a ida dos moradores ao bordel transcende o machismo localizado neles mesmos, pois diz do machismo que promove nessas cuidadoras o medo do estigma de entrarem em território onde figuram-se experiências de um “ser mulher” que contradiz às representações de “ser mulher casada” que comunga dos preceitos cristãos. Tudo isso remete, então, à necessidade de preservarem a instituição do casamento, que seria maculada só pela entrada nesse espaço onde o prazer parece irregular ou regulado por uma lógica que mulheres casadas não podem saber. Mas, também, nos fala de um medo que todas

nós sabemos: ali também pode ser o lugar do machismo que viola essas mulheres em seus corpos e sexualidades.

Saliente-se, ainda, que nenhuma das profissionais, menciona como tensão o fato delas enquanto agentes públicos levarem os moradores ao bordel sendo esse um espaço considerado ilegal no Brasil. Apesar do Projeto de Lei 4211/2012, intitulado “Gabriela Leite”, de autoria do deputado Jean Wyllys - com objetivo de descriminalizar a prostituição no Brasil através da regulamentação da profissão - prever a distinção entre “casas de prostituição” e “casas de exploração sexual”, essa distinção ainda não é legalmente considerada.

Além disso, um outro aspecto a ser considerado e que não aparece como preocupação nas falas das entrevistadas, seria o fato de mulheres, cuidadoras do serviço público de saúde mental, levarem homens para praticarem sexo com mulheres que podem estar sendo exploradas. No hall dos debates das teorias feministas e de gênero existem posicionamentos distintos sobre a prática da prostituição que merecem ser discutidos²⁵. Destacadamente, a prostituição pode ser considerada herança do patriarcado associado ao capitalismo que posiciona os corpos das mulheres em condição subalterna. Assim sendo, como o equipamento mais significativo da desinstitucionalização em Saúde Mental poderia usufruir de um espaço onde podem existir violências tão expressivas quanto aquelas praticadas nos manicômios?

Desse modo, recordando a exposição de motivos das entrevistadas, é possível localizar em suas falas a impossibilidade desses homens exercerem suas sexualidades devido a questões operacionais e mesmo moralistas. Diante desse impasse, os moradores até podem falar sobre suas sexualidades, mas não podem exercê-la.

Voltando à temática das expressões de sexualidade desses moradores, para Safira:

***Pesquisadora:** E assim, como é que tu observa na casa a vivência da sexualidade?(silêncio) Não. (voz tímida) Eles são bem tímido pra falar nisso(...) Agora..Tem que é o Hermes... não é namorada., é uma mulher que vai lá só pra...tirar uma ondinha e ta querendo ai o dinheiro dele. E ele diz que já foi pra o motel, mas ela diz que foi só tomar banho. (surpresa com o que ela mesma conta) Danou-se! A pessoa ir daqui pra o motel só pra tomar banho. Que tara é essa?(...) **Pesquisadora:** E saia com ela?**Safira:** Às vezes saia, às vezes ela ia lá só pra levar ele pra... gastar, entendeu? Tanto que no meu plantão ela não vai mais porque eu acabei com a festa dela. **Pesquisadora:** Tu falou com ela?**Safira:** (brava) **Mai na hora. Quem mai fala tá aqui. Pesquisadora:** Tu disse o que a ela? **Safira:** Que ela não ficasse... não viesse pra lá pra tá pegando o dinheiro dele, pra tá seduzindo só porque queria alguma coisa porque eu tinha certeza que ela não gostava*

²⁵ Para maiores informações sobre a temática, ver a cartilha Prostituição: uma abordagem feminista, publicação da Sempreviva Organização Feminista – SOF, disponível em: https://br.boell.org/sites/default/files/prostituicao_uma_abordagem_feminista.pdf.

*dele, ela gostava do bolso dele e lá em casa, e no meu plantão lá na residência, no meu plantão ela não fosse não porque ela tava me incomodando e ela não vai mesmo não porque eu falei com ela a serio mesmo. E ela disse a Menelau. “Essa Safira. é muito braba eu não quero confusão com ela”. Eu digo: “ - Ela que não venha!”... Que acabou o dinheiro do menino ela não vai mais em plantão nenhum, agora quando chega o final do mês, ela tá ligando: (ironizando) “ - cadê meu amor?” Liga pra o celular de Menelau... Muda de chip todos os dias. Todo dia ela dá um número diferente **aos meninos** e o número que eles ligam nunca é.*

Vemos que a tutela da sexualidade dos moradores, no desejo da equipe de protegê-los, pode, ao contrário do que sugerem ou intencionam, mobilizar as profissionais no sentido de “fazer por eles” e, com essa postura de proteção invasiva, capturar desse outro a possibilidade de autogerir-se, conforme suas possibilidades.

O tom de protesto contra “essa mulher que vai tomar o dinheiro do morador” parece (re)posicioná-lo numa condição sujeitada ou de quem não pode gerenciar, mesmo de forma mediada, suas negociações relacionais no âmbito de sua sexualidade. Essa conduta, pode reatualizar aquela verdade que capturou a loucura e a colocou na cena social sob condição dominada. Os/as profissionais dos SRTs devem emprestar-se para cuidar dos(as) moradores(as) e isso, algumas vezes, exige mediação desse diálogo razão/desrazão que ainda não tem trato fácil, mesmo com o traslado desses sujeitos do hospital para as RTs.

No entanto, no excerto acima, essa função do cuidado para uma vida autôma é desafiado por essa postura tutelar posicionando o outro na condição de “menino”, destituído, portanto, da possibilidade de expressar a sua sexualidade.

Na RT masculina II, precisamente aquela que “tem um público menos autônomo”, nas palavras de Aurélia, os discursos sobre a sexualidade foram mais relacionados a um único morador, a que chamamos Agamenon, sobre o qual Ametista traz o seguinte relato:

***Pesquisadora:** É... como é que é a vivência da sexualidade lá na residência terapêutica entre esses moradores? **Ametista:** (...) Nós temos um morador, assim, Agamenon que ele se masturba muito, entendeu?(...) **Pesquisadora:** O que você acha disso? **Ametista:** Na verdade, eu acho normal eles... Masturbação normal porque até uma pessoa que não tem saúde mental... Tem pessoas que fazem isso, né, então a carência, né, de não ter ninguém. Faz levar a isso. Então eu acho normal. Acho normal. Não, com tanta frequência, mas é uma coisa que tem que ser trabalhada(...)*

O relato de Ametista chama nossa atenção pelo fato da masturbação ser tratada como uma prática “normal”. Considerada uma das insígneas do “prazer perverso”, a masturbação,

o mal que abatia às crianças e que mobilizou, conforme Foucault (1998, p.99) “os pais, as famílias, os educadores e, mais tarde, os psicólogos” na direção de uma rigorosa contenção, através da pedagogização das crianças, tinha como objetivo a ‘confeção’ de seres normais. Nesse ambiente, a partir do século XIX, se sugere que a masturbação, ou onanismo, está na base de todas as anormalidades, bem como também das patologias, dos vícios morais e das enfermidades mentais da vida adulta. A conduta, então, era o asilamento psiquiátrico com vistas à moralização da sexualidade desses sujeitos.

Parece que essa compreensão que subsidiou a categorização psiquiátrica “onanista” e sua captura pelo viés da moralização, não está na base do pensamento de Ametista, particularmente quando adjetiva a prática masturbatória como “*normal*”. Mas, normal aqui soa como algo que é comum, isto é, como aquilo que é praticado até “*por quem não tem saúde mental*”. Durante a entrevista, Ametista também situa esse “normal” como algo do campo da regra, da norma quando faz o seguinte relato: “*Eu acho estranho a frequência porque não é uma coisa normal a frequência de tá fazendo isso direto*”. Temos, talvez, um deslocamento da sua visão da prática sexual da masturbação e da loucura, contudo, ainda muito atrelada aos padrões de normalidade vigentes.

4.2. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos nos SRTs

Agora, nos lançamos no desafio de discutir os aspectos que dificultam e/ou possibilitam a esses profissionais compreender as expressões das sexualidades dos moradores e das moradoras dos SRTs como um direito. Essa questão está intrinsecamente relacionada aos estudos e debates do campo dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Para Corrêa e Petchsky (1996) esse debate possibilita não só refletir sobre a garantia de direitos no tocante ao campo sexualidade, como ao campo dos direitos em sua totalidade.

É nessa perspectiva que percebemos a possível contribuição que a epistemologia defendida pelos estudos feministas e de gênero podem dar à epistemologia da Reforma Psiquiátrica em sua versão da Desinstitucionalização no cerne dessa pesquisa: reforçar o debate da compreensão dos direitos do dito louco não só no que se refere ao acesso a serviços de saúde mental territorializados - como vem sendo, até então, o foco da Reforma em grande parte dos estados brasileiros - mas veicular discursos que ratifiquem a condição cidadã da loucura. Para Amorim e Dimenstein (2007) a desinstitucionalização como um campo de

desconstrução de saberes e práticas manicomialis tem sido prejudicado pela sua redução ao processo de desospitalização psiquiátrica.

Para Corrêa e Petchesky (1996), as teorias feministas e de gênero devem se propor tensionar a própria linguagem dos direitos de modo a deslocá-la do modelo liberal clássico e, assim, endereçá-la a uma compreensão social, de responsabilidade pública, inclusiva, principalmente no que se refere a “reconhecer portadores de direitos em suas identidades múltiplas e autodefiníveis, incluindo gênero, classe, orientação sexual, raça e etnicidade” (CORRÊA e PETCHESKY, 1996, p.155). É no sentido da promoção de uma virada na linguagem que tais direitos podem contribuir com a promoção da cidadania da loucura preconizada pela Reforma Psiquiátrica.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) propõe que sejam introduzidas, na rede pública de saúde, ações que digam respeito a segmentos sociais excluídos da atenção, no que se refere às suas especificidades. Em suas diretrizes, a atenção integral à saúde da mulher deverá ser norteada pelo respeito às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais.

Já a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), prevê a garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos para os homens com transtornos mentais decorrentes, apenas, do uso de álcool. Ressaltamos, entretanto, que, em nenhuma das políticas, há menção às pessoas egressas de longo período de internação psiquiátrica. Contudo, mesmo em face da existência dessas políticas supracitadas, não há diálogo entre as políticas voltadas para homens e mulheres com a política de desinstitucionalização psiquiátrica, levando-nos então a perguntar: quem são as mulheres e homens que têm direito ao exercício de suas sexualidades?

Nessa direção, temos como objetivo, mais uma vez, pela via das verdades fabricadas sobre a sexualidade dos ditos loucos, seguir o rastro da efetivação da Reforma Psiquiátrica, agora, mais explicitamente, sobre a insígnia da tessitura do louco-cidadão, tão cara à Reforma Psiquiátrica brasileira inspirada nos moldes da reforma italiana, como atesta Amarante (1996).

Diante do exposto, devemos perguntar que relação pode ter essa compreensão do exercício da sexualidade dos moradores e moradoras das RTs enquanto direito com a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Para orientar nossa linha de raciocínio, no limite dessa mesma relação, tomamos por base as seguintes questões norteadoras, pautadas no roteiro de entrevistas: 1) Contracepção e Prevenção: gravidez e existência de casos de DSTs nos SRTs

2) Acesso a políticas de Saúde para homens e mulheres que moram nos SRTs 3) Diversidade Sexual nos SRTs 4) Compreensão dos DSDR.

A primeira pergunta desse eixo sobre DSDR estava relacionada à gravidez e existência de DSTs nos SRTs. As entrevistadas do SRT feminino afirmam não ter conhecimento de casos de gravidez na RT já que as mulheres têm entre 40 e 77 anos não estando mais em período reprodutivo. Segundo Aurora:

Aurora: Mas, assim, tem algumas que já tão no período de menopausa né? (refazendo a fala) E, eu acho que nenhuma delas mais menstrua porque tomam muita medicação e isso prejudica um pouco a produção, né, hoje, nenhuma delas menstrua. (rememorando) Cristianne, ela tinha uma menstruação, muito irregular mas é que ela tinha uma endometriose, então, ela fez um procedimento e aí melhorou. (retomando) Não tem mais não. Nenhuma tem mais menstruaçã .[grifo nosso].

No recorte discursivo de Aurora, existe uma observação crítica sobre a idade reprodutiva das mulheres egressas de longo processo de institucionalização psiquiátrica, mas o que nos chama mais atenção é a interferência de bloqueadores químicos no controle da sexualidade das moradoras. Nas suas palavras, ela explica que é o uso contínuo dos psicotrópicos que incidem, sobremaneira, nos hormônios sexuais femininos acelerando o declínio das taxas desses hormônios muito cedo. De fato, essa visão pautada na experiência de Aurora, corrobora alguns dos estudos sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ditas loucas em contexto de hospitalização psiquiátrica (GUEDES *et al*, 2008).

Na trilha dessa análise, tomando como base a leitura de Zanello (2014) sobre o sofrimento psíquico em mulheres diagnosticadas com transtornos mentais comuns, sustentamos que essa ação mortificadora do medicamento psicotrópico sobre o corpo da mulher com vistas a docilizá-lo pode ser caracterizado como violência-estrutural, já que há uma redução do cuidado associado ao mero trabalho de debelar sintomas - geralmente compreendidos como disfunções neuroquímicas - enquanto se ferem os princípios da integridade corporal e autonomia dessas pessoas. Com isso, então, a fabricação da verdade da doença sobre o corpo da mulher a aliena de si mesma de tal modo que produz a crença de que o uso da medicação é imprescindível para o tratamento e, ainda, que os efeitos colaterais advindos desse uso são inquestionáveis, sobretudo quando esses questionamentos partem da própria usuária da medicação, que tem seu discurso sempre alojado num lugar de menos valia.

Iris por sua vez, ao ratificar a fala de Aurora afirmando a ausência de gravidez no SRT feminino, pontua que nos hospitais psiquiátricos as mulheres engravidavam e que, muitas

vezes, as crianças ou eram criadas como loucas no próprio hospital, já que a loucura era concebida como doença hereditária, ou eram doadas. De acordo com Maika Silva (2008) era comum nos antigos nosocômios e nos hospitais psiquiátricos que os recém nascidos fossem apartados de suas mães conforme orientação da equipe.

*Iris:(...)eles namorava, tinha uns que ficava namorando mesmo no hospital, que até ficar grávida ficavam, descansava lá no hospital mesmo, é...**Pesquisadora:** E aí fazia o que com esse filho?**Iris:** Teve uma mesmo que, é, A. mesmo, a mãe dela ficou grávida lá dentro do hospital. A menina foi criada dentro do hospital, entendeu? Muitas elas têm, depois muito que a família cria, muito que a família num quer e assim dá a outras pessoas. E é assim. **Pesquisadora:** E a conduta do hospital, assim, quando via essa gravidez, como era hein? **Iris:** Num fazia nada. Ele num proibia nada que era tudo misturado, né, num fazia nada. Na hora que ia pro pátio que tinha lá eles aproveitavam, namorava, beijava, transava, fazia o que queria, num é. E num tinha aquelas... eles num ligavam não. Era assim, feito eu digo a você, eles num hospital, eles num era gente, eles eram uns animais que se agarravam um com o outro e achava que, Ah fulano tá lá com fulano, Deixa pra lá, pelo menos num tá, tá se ocupando. Entendeu? Eu achava que aquela pessoa fazia aquilo porque era a vontade dela, era o prazer, era, entendeu, achava que tava ali fosse um bicho que tava se agarrando, se grudando um com o outro, quando, o pessoal pra num tá aperriando tá ali tá se, tá ocupado e num tá atrapalhando nada e num tá perturbando em nada.*

As profissionais contam que existem 03 (três) moradoras que são mães na RT e que tiveram seus filhos antes do período da hospitalização de longo prazo. No entanto, elas relatam uma rede de fraturas vinculares e silêncios com relação a essas histórias interrompidas pela sanção do saber psiquiátrico tradicional, ao indicar o sequestro da loucura dos espaços de convívio social e, ainda, por esse mesmo saber culpabilizar a família pela situação do chamado surto. Isso contribuiu ainda mais para o distanciamento afetivo do dito louco e de vínculos afetivos, mais sensivelmente até com seus filhos e filhas, o que é expressamente encontrado na fala das entrevistadas que abordam a dificuldade de promover o encontro desses filhos com suas mães, hoje moradoras da R.T:

***Aurélia:** Ismália fala muito dos filhos. **Eu sinto que ela sofreu muito com o distanciamento dos filhos, né. D. Mercedes tem um filho que vai na Residência praticamente de quinze em quinze dias, mas tem uma história também com essa visita, porque ele não vai espontaneamente, vai com o objetivo de pegar um valor que ela disponibiliza pra ele porque ele tava vivendo numa situação de vida muito precária.**[grifo nosso]*

Nesse ponto, vemos que um outro problema é recorrentemente enfrentado pelas equipes de desinstitucionalização no tocante ao reestabelecimento/fortalecimento dos vínculos afetivos entre ditos loucos e seus familiares, apontado na fala da entrevistada. Podemos vê-lo no fato de que essa família, em geral, aproxima-se dos seus-ditos-loucos interessada apenas na renda que recebem.

Sabemos a esse propósito que, no contexto psiquiátrico asilar, o abandono familiar era indicação terapêutica - chamado “isolamento terapêutico” - com vistas a evitar reincidência de surto²⁶, já que a família era responsabilizada pela sua ocorrência, ao passo que também precisava ser protegida da insanidade, como atesta Saraceno (1999). Com isso, o benefício financeiro da pessoa, geralmente aposentada como incapaz por ser “doente mental”, ficava de posse da família.

Com a implantação do novo modelo psicossocial de cuidado à loucura, a convivência familiar passa a ser extremamente valorizada, conforme a Lei 10.216, sobretudo na versão da desinstitucionalização, na qual se preconiza a construção/manutenção dos vínculos afetivos e autonomia, inclusive financeira. Assim, o dinheiro dos moradores e das moradoras dos SRTs já não fica de posse da família que não vem, mas sob guarda do próprio morador ou própria moradora.

Voltando à questão anterior, que trata dos núcleos vinculares que se tecem entre essas moradoras e seus familiares, e indo na contramão da hegemonia discursiva hospitalocêntrica de que as mulheres loucas são inaptas para exercerem o direito de escolherem maternar, Aurora dá seu depoimento:

***Aurora:** É assim, toda hora é o respeito tem que respeitar todas elas com as histórias de vida delas e elas têm a ensinar gente eu já aprendi muita coisa com aquelas mulheres. Muita mesmo. Muita! Inclusive, Ismália já me deu várias dicas em relação ao meu próprio filho: “Ah, Aurorinha quando ele tiver assim faça assim”. “Olhe, quando ele fizer essas birras num ligue não, faça de conta que ele não tá lá”. Cada coisa, assim, minha gente que... Meu Deus, ela foi mãe também, minha gente! Ela teve os filhos dela. Ela vivenciou isso também. **Eu posso tratar com ela.** [grifo nosso]*

A leitura atenta do discurso de Aurora, parece-nos evidenciar uma ruptura epistemológica com os padrões de feminilidade vigentes que, possivelmente, levaram Ismália a ter sua marcada experiência psiquiatrizada. Mesmo em tom genérico, ao dizer que “tem

²⁶ Essa era uma das justificativas (pois há controvérsias) já que autores como Foucault (2005) atestam que o sequestro da loucura tinha como fim higienizar os espaços de convívio social através do sequestro daqueles que ameaçassem a soberania da razão instrumental. Foi neste movimento, como já explorado no capítulo teórico desta dissertação, que a psiquiatria forjou-se enquanto saber da loucura.

muito o que aprender com essas mulheres”, Aurora coloca a soberania da razão instrumental em xeque, reconhecendo Ismália - representante da desrazão - como agente de um discurso válido, capaz, inclusive de enunciar verdades sobre a maternidade, dispositivo caro à manutenção dos limites entre mulheres loucas e sãs.

De maneira significativa, pensamos que a remissão ao passado: “ela foi mãe também”, remete-nos à força da sanção mortificadora da instituição total sobre essa mulher, de modo que, mesmo inserida numa casa, essa mulher é nomeada como alguém que exerceu um importante papel social, mas, no passado. Aqui, percebemos uma clara tensão proveniente do jogo de forças entre o discurso hospitalocêntrico, que imprimiu sua marca de nulificação nessa mulher, e o discurso da Desinstitucionalização. A frase que encerra esse excerto: “eu posso tratar com ela”, relacionada aqui à maternidade, leva-nos a pensar na possibilidade de haver um discurso de resistência ao instituído que não soluciona a tensão entre modelos, mas que se posiciona de forma desinstitucionalizada. Parece-nos que a história de Aurora na militância da Reforma Psiquiátrica, possibilita essa sua abertura para aprender com a “desrazão”.

O verbo “tratar”, aqui, não tem apenas o seu sentido dicionarizado conforme o Houaiss (2001), que toma como acepções possíveis “versar sobre”, “discorrer sobre”, “trocar palavras, ideias com”, “manter conversa”, mas sim, em um desdobramento sutil, leva-nos a pensar no sentido de reconhecê-la no encontro que situa as pessoas em diálogo, pela abertura que possibilita o seu deslocamento de uma condição nulificada para uma condição de agente do discurso.

Na mesma vertente de observação, agora a propósito da indagação sobre a condição de paternidade dos moradores dos SRT masculinos, apontamos que nada foi citado pelas entrevistadas, inclusive, em duas das entrevistas, não fizemos essa pergunta, denotando, aqui, que a marca de naturalização da padronização do que se deve esperar do gênero masculino circulava entre entrevistadas e pesquisadora. Essa omissão está longe de esconder algo de natural. Menos ainda, quando sabemos que investigar as questões relacionadas à paternidade nos SRTs masculinos, seria refletir sobre o lugar de sentido que ocupam os filhos e do cuidado na proposta de reinserção e reabilitação psicossocial de homens.

Diante disso, não podemos esquecer que lançar, construir discursos de contravenção sobre paternidades na nossa sociedade é demasiadamente difícil, pois a naturalização dos papéis de gênero é regularadora de todo um sistema social que se organiza por “homens provedores” e “mulheres cuidadoras”, conforme atesta Lyra-da-Fonseca (2008). Pensar nessa condição de cuidador para homens tidos como loucos exige um árduo exercício de

deslocamento que se dirige na contramão da razão instrumental e dos padrões instituídos de gênero.

Salientamos que, outro aspecto deflagrador de nosso posicionamento pautado nas estereotípias de gênero, foi que essas questões relacionadas à paternidade foram logo suprimidas pela urgência com que tratamos as perguntas relacionadas à presença de casos de DSTs nos homens, o que denota, mais uma vez, essa marca recorrente do instituído confirmando expectativas daquilo que se deve esperar pela validação das conservas culturais de homens e mulheres em nossa sociedade. Nesse caso, o que subliminarmente parece denotar nossa negligência para abordarmos o tema da paternidade em favorecimento do estímulo para que se falasse sobre DSTs, possivelmente, decorre da mentalidade colonizadamente falocrática e machista de que homens, têm vida sexual ativa e não se previnem mais.

Assim sendo, quando indagamos sobre os casos de DSTs no SRT masculino, Ametista refere-se apenas a um caso de fissura na glândula do pênis de um morador dos moradores motivada por masturbação tida pela equipe como excessiva:

***Pesquisadora:** Tu já soube de algum caso de doença sexualmente transmissível na R.T.? **Entrevistada:** É... (silêncio) **Pesquisadora:** Tu recorda algum caso de DST nessa R.T.? **Entrevistada:** Esse Agamenon que se masturba muito ele tem uma fissurazinha na cabeça do pênis que ele ainda fica: “ - Eu vou perder meu pênis, eu vou perder meu pênis!”, mas ele foi pra o medico tudinho, foi pra o urologista, mas o urologista ... Ele tinha um costume de falar que botava água borricada. Acho que é bem antigão isso, né, e aí a gente foi pra dois urologista e o urologista não passava isso, então, pra ele não tinha resolvido. Né, mas eu acho que a fissurazinha era de tanto... ta entendendo? Então a frequência era demais, então deu uma aberturazinha. E hoje, Então o urologista esse último passou! Ele anotou num papel. “ - Pois tá bom, compre então essa água borricada”. Comprou e tá passando. **Pesquisadora:** E ele tá se sentindo melhor?**Entrevistada:** Ele tá se sentindo melhor. Tá se sentindo muito melhor. [grifo nosso]*

A partir desse excerto, duas questões, pelo menos, saltam aos nossos olhos. Primeira: a valorização que o morador dá ao seu próprio corpo, denotado pelo medo de ser mutilado - o que seria, possivelmente, um sinal atualizado da condição de invisibilizado de sua permanência como paciente do hospital psiquiátrico, pois, nesse contexto, assumir a condição de animalidade, de alheamento de sua singularidade era condição para suportar o que o lugar de doente lhe impõe.

Segunda: a aparente trajetória triangular do saber - poder que se institui entre o discurso do morador e o discurso médico sob mediação da R.T. Na medida em que o morador

questiona a conduta médica: “foi pra dois urologista e o urologista não passava isso, então, pra ele não tinha resolvido” resiste a retornar à posição de paciente não só quando não só questionando a eficácia da medicação prescrita pelo médico, mas indicando ao próprio médico aquela medicação que deve ser prescrita para o seu caso: “Então o urologista esse último passou! Ele anotou num papel. “Médico - Pois tá bom, compre então essa água borricada”.

Como contraponto, em relação às mulheres, os casos de DST foram negados, em sua maioria, exceto numa das moradoras que já foi casada:

Aurora: Olhe, eu lembro que assim, Ismália ela já foi casada, né, ela já viveu maritalmente, ela chegou com alguns problemas assim na Residência nesse campo: ela tava com infecção urinária, né, teve candidíase, coisa assim, mas a gente faz regularmente os exames todos e não apresentava, os exames não apresentava... Apresentava, assim, coceira. Aí, depois, identificou-se que era uma questão de pouca higienização, né. Isamália recentemente fez a consulta. Voltou a ter a candidíase, né, aí usou pomada, tudo mais... Mas, eu acho que é algo da flora mesmo, do processo dela enquanto mulher... Já tá com cinquenta e poucos anos... [grifo nosso]

Na casa, onde as normas sociais "do dentro" começam a se corporificar tais quais as normas sociais "do fora", não são identificados casos de DSTs em mulheres, a menos que elas tenham trazido das suas relações de fora, ou melhor, dos seus casamentos. O espaço da casa para mulheres é o espaço organizado pela lógica da disciplina, proteção e assepsia dos corpos das mulheres, o que remete à cisão comumente analisada em estudos sobre gêneros, as mulheres de casa são moralmente diferentes das mulheres da rua.

Na mesma linha, tanto Petúnia quanto Iris, negaram casos de DST na R.T feminina, mas enfatizaram a existência desses casos no hospital psiquiátrico:

Pesquisadora: Tu já soube de algum caso de DST, Doença Sexualmente Transmissível, em Residência? Iris: (enfática) Já. Em Residência não, assim, que eles pegaram na residência não. Já de hospital, né? (como se fosse óbvio) Pesquisadora: Já de hospital... Iris: É, residência não. Iris: Não... ainda não. Iris: Graças a Deus, não! Mas já de hospital, de hospital já. (enfática)

Em sua fala Iris enfatiza a obviedade da ocorrência de DSTs no hospital psiquiátrico asilar, pois lá, é o lugar social da animalidade, do sexo sem controle, da patologia, da desmedida, enquanto a casa, por posição marcada em seu discurso, é lugar de resguardo, respeito, higiene, portanto, imune a contágios dessa ordem. Essa fala de Iris, pode bem coadunar-se com a experiência que tivemos no processo de desinstitucionalização de pessoas

recém-egressas de longo período de internação psiquiátrica, quando observamos inúmeros casos prementes de DSTs, principalmente condiloma acuminado nos homens.

Nesse contexto, usuários e usuárias não tinham acesso a políticas de saúde para homens e mulheres, a exceção do uso de anticoncepcional injetável nas mulheres que, na maioria das vezes, era aplicado junto com outros medicamentos psicotrópicos e clínicos sem que elas tivessem o devido conhecimento daquela medicação. Nesses casos, não havia proteção possível a essas mulheres. A Lei do Planejamento Familiar nº 11.935/2009 que repudia a prática da esterilização e contracepção sem que mulheres e homens delibere sobre isso, por exemplo, não define os homens e mulheres de que trata, propondo uma aplicação generalista.

Mas falar em “todos” numa sociedade machista, falocrática, branca e razoada, significa delimitar acessos e direitos. No caso de pessoas tidas como desrazoadas, em largo senso, autoriza-se esse procedimento violento e unilateral de controle de seus corpos e do exercícios de suas sexualidades, já que não gozam da igual liberdade que os chamados normais.

À luz dessa percepção, não surpreende que a nossa indagação sobre o acesso das moradoras a políticas e serviços de saúde para mulher foi recebida com estranheza pela maioria das entrevistadas. Foi mesmo necessário que nós trouxéssemos alguns exemplos de serviços previstos por essas políticas:

***Pesquisadora:** E as moradoras têm acesso à política e a serviço de saúde para mulheres? **Petúnia:** (estranha...silêncio) **Pesquisadora:** Por exemplo, as mulheres têm acesso à ginecologista? **Petúnia:** Têm acesso à ginecologista **Pesquisadora:** Aí como é o procedimento pra elas terem esse acesso? **Petúnia:** A gente marca nos posto de saúde. **Pesquisadora:** Essas consultas são de rotina ou quando aparece a demanda aí elas vão? **Petúnia:** **Não é uma coisa rotineira não.** É uma coisa, por exemplo, como Ismália: “Eu to com uma coceirinha” Aí é marcado o ginecologista. Quando elas vão p’o médico aí ele encaminha: “Pra o ginecologista pra fazer preventivo”...*

Nesse sentido, fomos colocando no centro os exemplos de ações voltadas para as situações de assistência médica no campo da saúde das mulheres. Elas vão, com isso, encontrando outro referencial de apoio para pensar “esses aspectos desconhecidos” da questão em foco. Contudo, aos poucos vai ressoando a possibilidade de ver nesse desconhecimento o fato concreto de sequer entenderem a nossa pergunta. A atual política de Saúde Mental não contempla em sua pauta os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos para as pessoas que são

cuidadas pelos Serviços de Saúde Mental ou mesmo moradores/moradoras dos SRTs. E nesse caso, identificamos, na fala da profissional, a presença de ações isoladas por parte da equipe que apontam para a garantia de alguns dos direitos sexuais e reprodutivos, como as ações de promoção e prevenção em saúde, por exemplo. Todavia, essas ações são muito fragmentadas, sob demanda espontânea e, portanto, assistemáticas (GUEDES et al., 2008).

Nesse mesmo sentido, apontamos outro possível desafio para a promoção dos cuidados com a saúde da mulher que passou por longo período de institucionalização psiquiátrica, a saber, essas mulheres, em sua maioria, tiveram seus corpos violados, antes e durante o período de hospitalização, o que dificulta sobremaneira o acesso a exames clínicos:

Pesquisadora:** Essas moradoras têm acesso a políticas de saúde voltadas para a saúde da mulher? **Entrevistada:** Todas passaram por gineco com exceção de Bartira porque ela não quis. (**Pesquisadora:** Não quis? **Porque ela não quis? Ela não quis porque ela disse que não queria ninguém pegando nela e não sei o que. Ela tem uma história muito difícil de violência. Então a gente chegou até a levar, mas ela não aceitou pelo menos, assim, a consulta. Ela é a pessoa que pode até ter alguma coisa e a gente não sabe porque ela não deixou. (Pesquisadora: E no começo, assim, pra tomar banho? Ela sempre fazia sozinha?) Sempre. Sempre. Mas, a gente também nunca identificou, assim, na roupa né, calcinha, corrimento essas coisas, algum mal cheiro, corrimento, essas coisas a gente nunca identificou. Ela tinha mal cheiro porque ela não tomava banho, né? Mas não era algo localizado na genitália não. [grifo nosso]

Segundo relatos da equipe, registrados em nosso diário de campo, Bartira, mulher negra, hoje moradora da RT, foi violentada por um parente quando morava na casa dele. Em face do episódio, esteve em profundo sofrimento e foi levada ao hospital psiquiátrico, onde foi diagnosticada como esquizofrênica e submetida às intervenções hospitalocêntricas de praxe para docilizá-la. Ainda conforme consta no nosso diário de campo, ela traz marcas encapsuladas dessa dor em seu corpo embrutecido, quase que robotizado, no olhar fixo no nada, nos modos mecanizados e na postura de enfrentamento que assume diante de todos que dela se aproximam: são todos abusadores em potencial.

Nesse sentido, vale lembrar que, de acordo com Zanello (2014), é lastimável que situações de violência sejam medicalizadas no intento de controlar aquele transbordamento de dor que essas mulheres que tiveram seus corpos violados sentem, com vistas a reassumirem seu lugar de submissão conforme padrões pré-estabelecidos de gênero. Quando a instituição não questiona esse histórico de violências a partir de uma perspectiva de gênero, problematizando de que forma o poder circula nessas relações, dão sua contribuição para a

fomentação desse ciclo de violências pela via da institucionalização. Decerto, nos seus movimentos de resistência, até o confronto desigual com o poder que “droga e aprisiona”, Bartira sinalizava sua oposição àquela instituição que, sob a justificativa de cuidar, invadia os corpos, violentava-os e os silenciava pelas rotulações patologizantes. Por seu posicionamento, a citada moradora parece comunicar que está colocando em suspeição o cuidado com o próprio corpo pelas agências do cuidado. Todo o aparato terapêutico que se construiu para ser “lugar de cuidado do seu ser” é, em sua resistência por ela rechaçado.

Do mesmo modo, devemos destacar que, nessa RT feminina, não há relatos do estímulo ao uso de preservativos, sobretudo porque, segundo a fala das entrevistadas, essa não é uma demanda das mulheres:

***Pesquisadora:** E aqui elas têm acesso à camisinha? **Iris:** Tem não, porque, assim, elas num têm, né, elas num, num pede, num tem ninguém pra namorar, elas num pede, entendesse? Elas num pede a gente pra namorar, assim, porque se fosse a gente dava e, entendesse, a elas. [grifo nosso]*

Possivelmente, existem marcadores sociais diversos para essa “não procura espontânea das mulheres” para o sexo, como apontamos no primeiro eixo dessa análise. Contudo, é necessário problematizar de que forma esses marcadores de gênero, geração e da loucura mesma são ou não problematizados nos espaços de cuidado a essas pessoas ou mesmo nessa casa de modo particular. Aqui, eles parecem se articular para destituir essas mulheres do seu desejo, como também para ser mais uma via de impossibilitação para o acesso a direitos.

Na contramão dessa experiência, no entanto, Iris conta que, em outro município onde trabalha, os moradores e as moradoras têm acesso a informações sobre DSTs e uso de preservativos na Unidade de Saúde da Família:

***Pesquisadora:** Os moradores e as moradoras, no caso tu é de duas residências, eles têm acesso assim à política de saúde pra mulher e homem? Quais são os serviços que eles têm esse acesso? **Iris:** Têm. Eles vão, porque lá num tem um PSF? Tem um posto lá. Elas vão, têm reuniões, entendesse, pra ensinar a causa dela, a doença como se pode gerar essa doença, eles têm, eles têm onde vão. Tem um posto lá que tem uma reunião de, pra eles, tanto pra ela, como quem tem o parceiro, como é que tem que lidar com o parceiro. **Pesquisadora:** Aí eles pegam os preservativos e tudo o mais? E aí lá eles aprendem a botar o preservativo ou já sabem? Ensina lá? **Iris:** É. Eles aprende. A. sabe botar. Luziê. sabe botar. Elas sabe pra que é, de que é que elas tão usado aquilo pra se prevenir. **Pesquisadora:** Aí de quanto em quanto tempo participam desses grupos, D.? **Iris:** Assim, quem vai mais é as menina com eles de manhã, mas parece que é de quinze em quinze dias que*

eles vão. Pesquisadora: É um grupo feito na USF é? Iris: É. É um posto que tem lá, é um PSF que tem lá. Elas vão. Aí é isso.

Inversamente, na RT masculina, por sua vez, Aurélia conta das dificuldades de acesso a essas políticas e serviços não só para os moradores da RT, mas para a população em geral:

Pesquisadora: Eles têm acesso a política de saúde pra homens? Aurélia: Pra homens?... Pesquisadora: Assim... Proctologista? Urologista, distribuição de preservativos?... Aurélia: Veja, por exemplo... Não. A gente tá, uma das dificuldades, a dificuldade né, é com relação à rede. A gente não tinha grandes dificuldades com relação... por exemplo, como elas são pessoas que deixaram de ser cuidadas por muito tempo, né... É... Como eles passaram muito tempo sem serem cuidados adequadamente, clinicamente, então quando eles chegam na residência, a gente precisa fazer uma bateria de exames, várias investigações, para gente ver até que ponto aquilo ali é uma questão clínica, né, preocupante ou não, né. Então assim, na Residência eu tenho que, de seis e seis meses, cada um fazer uma investigação, fazer um exame clínico, fazer um check-up. Geralmente a gente faz de ano em ano, mas neles eu acho que é importante que a gente possa fazer semestralmente. Até porque têm pacientes diabéticos, hipertensos com problema renal. Então tem algumas coisas que a gente Aurélia: É que há três meses atrás isso não era difícil. A gente conseguia marcar, não, por exemplo, há um ano que tento marcar um urologista pra Agamenon que ele vive me pedindo.... Dizemos que, infelizmente, não temos. Então assim, isso tem dificultado, essa questão da rede... Da rede, tem dificultado. E aí, assim, proctologista eu também tentei. Agora urologista, por exemplo, eu tô com um usuário que tá com hidroceles. Então ele vai precisar ir pro urologista mas também a gente não conseguiu marcar. [grifo nosso]

Aqui, vale recordar que, a alternância de governo e suas respectivas pautas de prioridades têm causado descontinuidade na oferta e no acesso a serviços de Saúde Pública para população do Município. Na atual gestão municipal, por exemplo, é notória essa fragmentação e negligência quanto à priorização da saúde - o que parece discrepante com a carta de seu próprio Programa de Governo que, tem proposta universalizar, isto é, tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) acessível a todos os cidadãos e investir no fortalecimento da base desse sistema²⁷. A denúncia de Aurélia, portanto, insere-se num momento de extrema fragilização da política de Saúde Pública do município, denotada pela redução dos

²⁷ De acordo com o documento do Programa de Governo da atual Gestão do Recife no eixo qualificando a saúde: “Saúde universalizada – O principal desafio para a concretização do conceito do SUS consiste em fortalecer a base do sistema, responsabilidade principalmente do município. Para viabilizar a etapa preventiva e os primeiros níveis de complexidade do atendimento, a prefeitura precisa assumir um papel ativo na universalização da cobertura de qualidade” (FILHO, 2012)

profissionais no campo assistencial, sucateamento dos serviços de saúde, sobretudo aqueles voltados para a atenção básica em saúde, saúde mental e assistência ambulatorial em suas mais variadas especialidades.

Nos SRTs masculinos também não há menção de acesso a preservativos por meio de políticas públicas de saúde:

Pesquisadora: *Esses moradores já tiveram acesso à preservativo? Eles tem PSF? Aurélia:* Não. Um das dificuldade nossas também é porque a gente não tem PSF(Posto de Saúde da Família)... Não tiveram não.

Ainda assim, algumas profissionais referem que se preocupam com a possibilidade dos moradores contraírem DSTs:

Pesquisadora: *Eles têm acesso a políticas de saúde pra homens e mulheres?(Não entende) Ametista:* Vamos pensar...Tipo uma palestra?
Pesquisadora: *Tipo palestra, tipo preservativo, tipo anticoncepcional, tipo exames preventivos....Ametista:* Não. Assim, ainda não foram fazer lá tipo um trabalho desse porque também o CAPS poderia, né, fazer isso. Mas, a gente, to até falando da minha masculina, eu sempre converso em relação assim ao peservativo, pra não pegar doenças tudinho...**Pesquisadora:** *Mas aí tu tem os insumos... preservativos pra distribuir nesses momentos?Ametistaa:* Não. **Pesquisadora:** *Fala um pouco essa conversa... Ametista:* Não. Só a conversa mesmo. Nunca levei assim pra mostrar, nem mostrar como se coloca, nem nada não. Porque até mesmo é... é... A higiene pessoal de baixo, às vezes eu faço e eles assim, deixam numa boa, nunca houve momento de ereção, essas coisas... Então eu acho que se for conversar com eles, se for levar algum material eu acho que eles ia aceitar numa boa. Mas, que também era bom, né, tipo o trabalho aqui do CAPS fazer uma palestra... A gente num tinha na escola? Não tem na escola? Né, isso aí também é um assunto que podia dar ênfase a coisa e deixar acontecer.**Pesquisadora:** *E aí eles têm Posto de Saúde lá? Eles são vinculados ao posto?Ametista:* Tem. Eles são vinculados, mas é que a gente da noite eu não tenho tanta... Tanto acesso e eu não sei dizer, mas tem o Geraldão que tem médicos, tem tudo.

Destaque-se que essa mulher, profissional, considera a possibilidade desses homens, mesmo ditos loucos, contraírem DSTs, denotando que vê neles a possibilidade de praticarem sexo:

Pesquisadora: *É... (silêncio) Vocês fazem algum trabalho em relação à sexualidade, porque ai tu já falou que ele já chegou a ir pra motel e tudo... existe algum tipo de trabalho com uso de preservativo? Safira:* Eu falo.
Pesquisadora: *Você conversa a respeito?Safira:* Eu converso e eu converso pra todos. Que se tiver um relacionamneto com uma pessoa que não

conhece, que não tem intimidade, que não sabe quem é, tem que se prevenir, tem que usar camisinha. Masssss...

As indagações sobre a existência ou não de casais homoafetivos ou práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo são de pronto respondidas negativamente pelas entrevistadas do SRT feminino. Contudo chama atenção o sentimento de estranhamento que Iris demonstra ao responder a questão:

Pesquisadora: *Entre elas, tu já presenciaste alguma cena relacionada à sexualidade? Existem práticas sexuais entre elas?* **Iris:** *(demonstrando muito estranhamento) Não.* **Pesquisadora:** *Entre elas, não? Nada de toque, masturbação?* **Iris:** *(denotando obviedade) Não.*

De fato, nesse recorte discursivo, o que mais chama atenção são os não-ditos. Os gestos e as expressões faciais de estranhamento que essa pergunta parece ter mobilizado, leva-nos a refletir sobre como as práticas sexuais entre mulheres são recebidas na inscrição de nossa cultura.

A respeito da formação de casais homoafetivos na RT masculina ou mesmo a existência de práticas sexuais entre os moradores, Safira afirma:

Pesquisadora: *Tem casal homoafetivo na casa? Ou práticas sexuais entre os moradores?* **Iris:** *Matheu que saiu, que ele tinha relacionamento com esse Edmundo que é o mais novo da casa, né, depois passou pra Hermes. e disseram que Hermes também tava tendo relação com ele. (...)* **Pesquisadora:** *E esses momentos, assim, vocês chegaram a ver alguma vez?* **Iris:** *Não. A gente via... Eu nunca cheguei a ver mesmo não. Vê vê vê. A gente escutava, tinha assim algum barulho, não sei o quê... Na outra casa tinha a cozinha, o corredorzinho e você abrindo essa porta tinha a área de serviço. Aí a gente via esse movimento de abrir a porta da cozinha, de apagar a luz da área de serviço e aquele rô rô rô rô rô... Mas lá mesmo a gente não viu... a história mesmo a gente não viu.* **Pesquisadora:** *Imaginavam?! ... Que a história... (interrompe)* **Iris:** *Imaginavam. E aí depois a gente soube que eles mesmos disseram que Midas dava dinheiro a Paris. Midas sempre dizia assim: “Olhe ajude esse Edmudinho que esse Edmudinho é muito prestativo. Eu ajudo Edmudinho porque esse Edmudinho é muito prestativo.” Mas até então a gente pensava que era mesmo. Depois foi que eles começavam a dizer “Não. Eles dois são frangos.” [grifo nosso]*

A garantia de acesso à rede de cuidados em Saúde Mental por todas as pessoas a despeito de sua orientação sexual é a única menção aos direitos sexuais a que a Lei da

Reforma Psiquiátrica 10.216 evoca. As demais leis e portarias²⁸ não fazem menção aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos dos seus usuários ou mesmo moradores dos SRTs.

Em experiência anterior como residente de Saúde Mental com pessoas egressas de longo período de hospitalização psiquiátrica em fase de transição para os SRTs, pude observar que alguns homens praticavam sexo com outros homens, muito embora não tenha chegado aos nossos ouvidos nenhum relato que nomeasse essas práticas como homoafetivas. Aliás, nesse campo da transição, entre o hospital e a RT, essas identidades de gênero, que intentam predefinir para onde se endereça os desejos das pessoas, não pareciam circular, pois a maioria desses homens também se relacionava com mulheres sem que revogassem para si qualquer identidade atrelada à forma de experienciar sua sexualidade. Essa negação dos lugares instituídos de gênero, foi que levou muitos homens a serem capturados pelo saber psiquiátrico tradicional, segundo Engels (2008).

No entanto, chama atenção a forma como os demais moradores nomeiam a prática sexual entre pessoas do mesmo sexo na casa: “eles são frango”. Esse termo, utilizado na cidade do Recife, caracteriza homens que fazem sexo com outros homens e que são, marcadamente, passivos na relação sexual, conforme Epitácio Neto (2009) e Isadora França (2013). No mais, o tom jocoso, com que tratam as práticas sexuais entre homens, denuncia um posicionamento de gênero marcado pelo machismo e heteronormatividade, isto é, denuncia que esses padrões atravessaram a barreira da loucura nessa casa onde os homens são remanescentes de um hospital de custódia ou manicômio judiciário. Nesse caso, o próprio itinerário de vida desses moradores, por si mesmo, posiciona-os não como loucos mas, como loucos perigosos, capazes de cometer crimes e, portanto, fortes e viris, ratificando, assim, o seu lugar de “macho”, como inscrito na conserva cultural.

Seguindo dentro do mesmo contexto, voltando à entrevistada, devemos marcar que, em todo o momento, sua fala pontuava a estranheza. Ao que parece, era a surpresa a atravessar todo o seu discurso. De tal modo que indagamos:

***Pesquisadora:** Tu estranhou alguma coisa nessa história? **Entrevistada:** Eu não estranhei nada não... (parece mudar de ideia) Agora, assim, porque eu achava que lá não tinha isso, que eles iam sem essa história de, né, sexo entre eles mesmos. Mas aí no começo a gente tomou um susto: “Oxen, né? Macho né? Machão não vai pra...” Mas depois você vai se adaptando porque no hospital eles mesmos dizem que é isso mesmo... E esses vício de hospital eles trouxeram pra casa muita coisa. A gente que tava lá sempre*

²⁸ As leis e portarias da Reforma Psiquiátrica a que me refiro foram trabalhadas no capítulo teórico desta dissertação no eixo: “A Reforma Psiquiátrica e a Tecitura do Louco Cidadão”.

trabalhando pra ver se...**Pesquisadora:** Tu estranhou mais assim... o fato de ser sexo entre homens que tu achou assim estranho ou tu achou estranho ser sexo entre pessoas que vieram de um hospital psiquiátrico?
Entrevistada(aparentemente surpresa) Não eu achei estranho... sei lá. Que pergunta difícil.**Pesquisadora:** Tu achou estranho assim... Não... mas tu tá entendendo a pergunta? Tu achou estranho assim “poxa nunca imaginei que “pacientes de saúde mental” iriam estar fazendo sexo? Poxa que coisa estranha!” Ou tu estranhou assim “Poxa nem aparentava. Todo mundo homem na casa e de repente...”**Entrevistada:** É assim. Eu que acho é essa aí. É essa parte. É essa daí. E de repente isso aparece... Quando é na mista né você tá sempre esperando...**Pesquisadora:** Ah é na mista espera?!**Entrevistada:** ... Esperando que aconteça. Por que homem e mulher junto né?!(...)
 Mas aí eu nunca pensei que entre eles iam acontecer. Mas eu acho que é isso aí que você disse. **Pesquisadora:** O fato de serem homens?!
Entrevistada: É. Porque a carência a gente sabe que eles têm né. Dez vinte anos dentro do hospital. Às vezes até tem um que se dá bem né como tem um lá. [grifo nosso]

Do mesmo modo, devemos destacar que Os Direitos sexuais e Direitos reprodutivos dos moradores e das moradoras dos SRTs foi também um tema recebido com muito estranhamento por parte das entrevistadas. Segundo Aurora:

Entrevistada: Eu sinto que essa coisa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos eu fico pensando que na saúde mental, no geral mermo, não é um negócio muito discutido... Assim educação em saúde quando o grupo no CAPS eu sei que trabalha, mas na RT eu não me recordo. Há sim uma necessidade de orientações, mas no caso delas mesmo... Elas nunca tiveram essa vivência produtiva mesmo: “ah eu quero namorar!” **Pesquisadora:** **Nunca foi explicitado por elas? Nunca falaram?** Nunca foi porque se elas tivessem falando a gente iria estimular. Se era uma coisa que era boa... (**Pesquisadora:** **Vocês estimulariam?**) Mas, nenhuma trouxe. [grifo nosso]

Silva (2008), em seu estudo sobre as políticas governamentais numa perspectiva de gênero, considera que as mulheres residentes dos SRTs ainda não têm acesso a políticas que contemplem suas necessidades em termos de integralidade, princípio do SUS. No SRT masculino não foi diferente, pois as entrevistadas também estranharam a pergunta relacionada aos DSDR. A fala de Aurélia ilustra esse lugar do desconhecido da relação entre sexualidade dos moradores e os DSDR:

Pesquisadora: Oh Aurélia, vocês lá na RT já ouviram falar em Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos pra essa pessoas? **Entrevistada:** Não.
Pesquisadora: Para moradores de RT? **Entrevistada:** Não. **Pesquisadora:** Nem em outro âmbito, pra outro tipo de público vocês já ouviram falar em Direitos Sexuais e Reprodutivos? **Entrevistada:** Pra essa clientela não.
Pesquisadora: E para qual outro público tu já ouviu falar?**Entrevistada:**

Para as mulheres... Pesquisadora: O que, por exemplo? Entrevistada: Assim, sobre prevenção de DST, anticoncepcional.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Sexualidade (des) institucionalizada? Eis o retorno à inquietação que intitula esse trabalho e que nos guiou, em meio a tantos entraves inesperados, no percurso da construção dessa pesquisa, até que chegássemos a essas considerações.

Ao fim do caminho, vimos que foi preciso aprender a desafiar o conhecimento familiarizado (aquele satisfeito com o que pensa saber sobre a sexualidade dos ditos loucos), para dizer aquilo que nos arriscávamos a querer construir: como é, então, cuidada a sexualidade dos ditos loucos pelas terapêuticas reformadas? Para isso, foi necessário nos lançarmos num movimento de (re)significação do nosso próprio posicionamento - chamado ao compromisso ético com o ser-do-dito-louco - bem como da nossa condição de profissional de saúde mental comprometido com o cuidado dos sujeitos-sofrentes. Percebemos, assim, o quanto a sensibilidade ao sofrimento daqueles ditos loucos, violados em seus direitos, serviu-nos para nutrir uma força mobilizadora em face das tantas dificuldades no manejo da pesquisa.

Com isso, compreendemos que essa pesquisa já reverbera de várias formas na nossa forma de olhar e de cuidar desses sujeitos que devem ser prioridade da clínica-política da Saúde Mental. Tem todo sentido dizer, portanto, que o nosso pesquisar (construir saberes) pretende refletir-se num melhor atuar (construir fazeres).

Em vários momentos durante as entrevistas preocupamo-nos em auscultar aquilo que também não sabíamos acolher: as expressões de sexualidade dos moradores e moradoras. Ali, nas palavras que elas teciam, às vezes sem dar por isso, às vezes sofrendo por se aperceberem, confrontávamo-nos com a rememoração de nossos conflitos, nossas incongruências, nossos sentimentos de impotência nos espaços de cuidado onde trabalhamos. Por isso, nesse momento, retomamos o fio que nos permitiu construir uma nova vontade de saber da questão de nossa pesquisa: compreender a interface entre loucura e sexualidade nos discursos dos profissionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

A partir dessas implicações, percebemos que o referencial epistemológico do construcionismo social poderia servir de lente de mediação para colocar sob suspeição as versões naturalizadas e universalizadas do mundo. Apostamos, então, na co-construção de sentidos a partir de contextos sócio-econômico-político-culturais bem circunscritos. Nesse marco epistemológico, o saber sobre a questão da pesquisa foi construído num esforço para

não tomar os discursos como estatutos de verdade inquestionáveis, mas como construções das práticas discursivas dos sujeitos. Nesse sentido, podemos dizer que essa compreensão nos ajudou a nos corresponsabilizarmos por tudo o que aqui está produzido.

O grande desafio dessa pesquisa foi nos colocarmos em construção assumindo a responsabilidade de dizer, no encontro com esses sujeitos, da possibilidade de contribuir com mais um olhar sobre o campo da saúde mental, agora, tensionando loucura e sexualidade através da análise dos modelos hospitalocêntrico asilar e o reformado.

Nesse instante, à luz de nossas lembranças, trazemos à tona a configuração da cultura hospitalocêntrica inscrita na fabricação dos corpos de tantos ditos loucos que estiveram sob nosso cuidado: mulheres e homens violentados pelas terapêuticas asilares onde foram extirpados da experimentação de suas sexualidades, silenciados em seu desejo, negados da possibilidade de sentirem prazer, reduzidos a bicho, através de “*procedimentos táticos*” que enredaram suas histórias sob o signo da institucionalização. Institucionalizar: o outro nome para invisibilizar um imenso sofrimento sufocado pelas vozes que os desautorizam, pelas interdições, pelos controles e pelos bloqueadores químicos.

Mesmo assim, surpreendentemente, depois de todas essas violências e esquecimentos, vimos ainda pulsante emergir o desejo desses corpos que resistem, teimando em expressar suas sexualidades as mais plurais, as quais, muitas vezes, não soubemos acolher: Talvez por isso consigamos compreender o que constata a profissional durante a entrevista: “*Lucíola não pode vê homem*”.(sic)

Em contra partida, a Reforma Psiquiátrica, em sua versão da desinstitucionalização, ao criticar radicalmente a cultura manicomial demarca essa passagem do confinamento da loucura estigmatizada pela doença, privada dos direitos mais básicos, para habitar um outro lugar de significação na cidade. Mulheres e homens saem do hospital psiquiátrico e vão para uma casa e lá são convocados a participarem do circuito das trocas sociais em seus territórios afetivos. Desinstitucionalizar: promover a cidadania da loucura a partir do estímulo à autonomia possível e o fortalecimento do poder de contractualidade dessas pessoas.

No contexto dessa pesquisa, localizamos avanços na política de desinstitucionalização, em primeiro lugar, no sentido de garantir moradia inserida na comunidade. Morar aqui entendido no sentido de habitar, isto é, uma constante tentativa de promover a propriedade espacial, material e simbólica que eleva o grau de contractualidade sobre a organização desse mesmo espaço.

No entanto, em nossa observação, fazendo eco à pesquisa de Brena Aguiar (2009), esse habitar está em deslocamento, visto que o cuidado é desafiado insistentemente: pela

dificuldade do diálogo - entre o limite do contrato de convivência e a sensibilidade com esse outro para além da normatividade disciplinar - , por estratégias de proibição que dificultam aos moradores e moradoras a experimentação da casa (espaço físico) como habitar (dimensão afetiva) - sentido de recolhimento que implica sentimento de pertença, reconhecimento do outro e respeito à vida em comum. Em outros momentos observamos que se oportuniza a esses sujeitos um espaço de convivencialidade onde parecem transitar de acordo com sua autonomia relativa, sob incentivo da equipe de cuidadores dos SRTs. Salientamos que, como estratégias de reabilitação psicossocial no espaço das casas, parece ser priorizado pelas equipes o estímulo aos afazeres domésticos e às ações em cuidados básicos com o corpo.

Assim, ainda enquanto deslocamento, os corpos transitam da condição de corpo animalizado, fabricado pelas terapêuticas asilares, para um corpo em processo de empoderamento, capaz de se envolver com a instrumentalização de artefatos da casa, preparar a própria comida, recepcionar as visitas, etc. Nesse sentido, são utilizadas estratégias de reabilitação psicossocial para promoverem a vaidade, a higiene e os cuidados básicos, a beleza cosmética, a aquisição das pautas de etiqueta, bem como a valorização da importância de transitarem nos espaços de sociabilidade e de consumirem produtos que promovem o conforto material. Como marcador de diferença entre as terapêuticas hospitalocêntricas e as reformadas, nesses espaços, os dispositivos para mediar o desenvolvimento dessas ações em reabilitação, conforme as entrevistadas são os estímulos à *“escuta e ao fazer-junto”*(sic). Isso marca a relação de afeto que a equipe nutre com as moradoras e com os moradores, imprescindível para a clínica da Reforma que intenta minimizar os efeitos cronificadores da institucionalização.

Observamos, no entanto, limites desse cuidado quando se trata da escuta da “história desses corpos”, em suas lutas, em seus desejos, em suas resistências, em seus prazeres, suas dores. O *“uso desses corpos”* nas expressões de suas sexualidades e acesso à garantia de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos parece interdito. E por quê?

Os discursos sobre a sexualidade desses moradores e dessas moradoras trazem ainda a marca das infantilizações, dos silenciamentos, das condutas de tutela, à expectativa tácita de obediência aos padrões sexuais da moral cristã tradicional, da heteronormatividade, impondo posições institucionalizadas de concepção da sexualidade, dificultando, com isso, o exercício da autonomia desses moradores e dessas moradoras no que se refere às suas sexualidades.

Na análise dos discursos das profissionais sobre a sexualidade das moradoras da RTs, a equipe falou de mulheres que foram violentadas, desautorizadas do seu lugar de desejo e que, por isso, desapropriadas de suas subjetividades enquanto tiveram seus corpos invadidos

pela contenção química, tanto psicotrópica, quanto contraceptiva, violadas em seus direitos reprodutivos e direitos sexuais e que, hoje, contam essas histórias de diferentes formas, através das fantasias, dos desejos, dos medos de serem violadas.

Mesmo em face dessas várias histórias, que a própria equipe contava, contraditoriamente, havia a menção de que *“isso não era trazido por essas moradoras”* (sic). Isso parece marcar que, mesmo nos espaços de cuidado da desinstitucionalização, as sexualidades dessas mulheres são enredadas numa lógica de silenciamentos, negações, pautados num padrão de discurso que é o normativo. Mas, por outro lado, também em condição de deslocamento, houve a nomeação da sexualidade dessas mulheres como lugar de desejo: *“Diadorim, é a única que tem o marido que vem visitar e, de vez em quando, ela sente aquele desejo de ficar com ele”* (sic). Como vimos, quando a profissional se reporta à sexualidade da moradora nomeando-a como desejo, talvez sem se dar conta, abriu uma possibilidade de ruptura com os discursos asilares que nomeiam a sexualidade do dito louco como animalizada, patologizada. Daí compreendermos o seu movimento de levar a moradora para se encontrar com seu marido.

Já no caso dos moradores, as entrevistadas relatam o estigma dos seus corpos criminalizados e enlouquecidos. Essa história da criminalização é tão marcante que reverbera nas experimentações de suas sexualidades, ainda à espera de uma acolhida no contexto do SRT. Particularmente, se sobressai nesses discursos o estigma dos corpos maltratados desses homens: *“Eu acho que é maltratado, né. (certeira) Eu acho que eles são maltratados. (pensativa) É difícil”*. (sic) Percebemos também que as expressões de sexualidade nas RTs masculinas são referidas como sexo e masturbação. No caso da prática sexual, ela é nomeada, mas não é exercida, devido a interditos e entraves técnico-assistenciais. Lembremos o caso dos moradores que desejavam ir ao bordel e, por ainda não conseguirem transitar sozinhos em determinados espaços, precisam de um profissional que os acompanhe: *“Alguns moradores, assim, solicitaram que queriam ir pra o bordel, mas isso não se concretizou porque não deu tempo. O cuidador só passou um mês(...)”*.

Notamos também nos mesmos discursos que a concepção da masturbação parece ter mudado aquele sentido patologizado em si, como o era no contexto hospitalocêntrico, mas ainda é pensada sob os moldes da normalidade em termos de intensidade e frequência: *“Masturbação normal porque até uma pessoa que não tem saúde mental(...) Acho normal. Não com tanta frequência, mas é uma coisa que tem que ser trabalhada...”*.

No tensionamento das análises dos discursos das entrevistadas, chamamos atenção para o posicionamento das equipes em relação à prática sexual no espaço das casas. A prática

sexual, nesses dois espaços é interdita. Nesse sentido, percebemos nessa postura algo do alinhamento com a cultura asilar, como recorda uma entrevistada quando trabalhava no hospital psiquiátrico: “*olhe, isso aqui não pode ser feito. Isso aqui é um hospital e vocês tão em tratamento*” (sic). Notamos, porém, que na passagem para a desinstitucionalização uma mudança sutil, mas relevante, aparece numa tentativa de conversar com a moradora.

Em que medida esses discursos sobre a sexualidade que, tensionadamente, ora falam dos instituídos e, ora dizem dos reformados, apontam uma contradição na forma como marca uma passagem da lógica manicomial para uma lógica da desinstitucionalização? Ou será que ela já é marca de uma cronificação da equipe nos serviços para assumirem uma postura desinstitucionalizada? Essa postura desinstitucionalizada, enquanto clínica-política está mesmo sendo trabalhada entre as equipes? Em face dessas dificuldades, como pensar a sexualidade no cerne da política pública de desinstitucionalização a fim de garantir direitos sexuais e direitos reprodutivos a esses sujeitos? Mas, até onde é possível garantir o exercício livre e responsável da sexualidade e da reprodução humana para os ditos loucos? De que modo os processos de subjetivação são considerados e acolhidos nos espaços de cuidado da Saúde Mental?

No contexto dessa pesquisa, sabemos da importância do reconhecimento da garantia do direito do exercício da sexualidade para a efetivação da cidadania da loucura. Diante disso, perguntamos: por que ainda agora assistimos ao sofrimento desses sujeitos ditos loucos que têm sexualidades interditas? Por que esse sofrimento que atravessou o hospital psiquiátrico, possivelmente circula para as RTs? Por que essa sexualidade ainda não pode ser acolhida com a devida solicitude? Mas, por que ela ainda é não-lugar de cuidado nesses espaços de cuidado? No curso da pesquisa encontramos algumas pistas que nos levam a refletir sobre a questão:

O acesso a serviços de saúde para homens e mulheres é frágil, não havendo, portanto, sistematicidade quanto às ações de cuidado. Nesse sentido, a sexualidade desses moradores e dessas moradoras não parece ser compreendida como direito. No entanto, cabe refletirmos se e como a pauta da Reforma Psiquiátrica contempla ações que visam à resistência e ao enfrentamento da lógica de instrumentalização dos corpos e da sexualidade dos sujeitos egressos de longo período de hospitalização psiquiátrica.

Nos documentos referencializadores da Reforma Psiquiátrica não há menção aos Direitos Sexuais (DS) e aos Direitos Reprodutivos (DR) dos sujeitos egressos de longo período de hospitalização psiquiátrica, o que mostra a invisibilização da sexualidade desses sujeitos que denota um descuido. Por sua vez, isso pode se colocar como uma reverberação na

prática dos profissionais de saúde mental silenciar, tutelar a sexualidade desses moradores e moradoras.

Além disso, percebemos fragilização no processo de formação profissional continuada, o que pode ter rebatimentos na clínica de modo que ela reflua à cultura asilar, a padrões instituídos de gênero e sexualidade, a representações acríticas da experimentação da sexualidade da loucura. Podemos ressaltar, dentro desse mesmo contexto, que os processos de reflexão e construção de conhecimento nesses espaços acabam por ser negligenciados em decorrência das necessidades emergentes, quase sempre de natureza operacional.

Parece-nos que, em face dessas questões, pensamos que é necessário fazermos uma clínica que possibilite a produção de espaços de formação continuada para os cuidadores desses espaços terapêuticos, a fim de possibilitar um modo de cuidar desses sujeitos que melhora a qualidade de seu habitar no mundo, bem como, na restituição do seu direito à condição de sujeito empoderado de efetivo direito sobre seus corpos, longe das mecânicas de silenciamento que lhes nega até agora o direito à vida cidadã.

Essa clínica, de algum modo, já está acontecendo. Ela tem atravessado os sutis encontros da vida cotidiana: é a própria clínica da desinstitucionalização! É a clínica do encontro com as histórias desses sujeitos, capaz de fazer mover a vida, é a clínica que se permite afetar com a presença desse outro, numa postura de respeito, de reconhecimento, é a clínica que Aurora, em sua errância, vem fazendo a despeito dos entraves institucionalizantes:

“É assim, toda hora é o respeito! Tem que respeitar todas elas com as histórias de vida delas e elas têm a ensinar gente eu já aprendi muita coisa com aquelas mulheres. Muita mesmo. Muita!”

Nesse sentido, o trabalho em Saúde mental não é para “recuperar” as pessoas socialmente, tornando-as “normais e ajustadas”, ao contrário, essa era a proposta do manicômio. O trabalho em desinstitucionalização deve produzir formas de sociabilidade que possibilitem a esse outro-marginalizado refazer sua história a partir de um lugar de autonomia e isso deve primordialmente passar pelo uso que faz dos seus corpos. Nesse sentido, é preciso descentrar certezas sobre os nossos corpos e as possibilidades de experimentação de nossas sexualidades nas quais identidades e práticas têm sido consagradas ou marginalizadas, a fim de construirmos uma clínica do sentido que se faz na errância dos encontros com a própria pessoa que precisa de cuidado e de liberdade na expressão dos seus corpos, desejos e prazeres.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, B. L. **Serviços de Residências Terapêuticas: entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado...** Dissertação (Mestrado em Psicologia) 126f. Universidade Federal de Pernambuco, Pós-Graduação em Psicologia. Recife, 2009. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/pospsicologia/images/Dissertacoes/2009/leite%20brena%20de%20aguiar.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2014.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B.. **Juventudes e sexualidade**. Brasília, DF: UNESCO, 2004.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface** (Botucatu). 2006, vol.10, n.20, pp. 299-316. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2014.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 1995b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=en&nrm=iso>.

_____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.). **Fim de século: ainda manicômios?** 1.ed. São Paulo: IPUSP, 1999.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, 2009. Vol 1, no1, jan-abr. (CD-ROM).

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**. p. 195-204. 2009.

BASAGLIA, F. (coord.). **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal. 1985.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 9.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

BARBOSA, J. A. G. Roteiros sexuais e saúde sexual: narrativas de homens com transtornos mentais. **Revista Enferm. Cent. O. Min.** v.1, n.3, jul/set. 2011. p. 355-367. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/105/197>>. Acesso em: 19 out 2014.

BENELLI, S.; COSTA-ROSA, A. Geografia do poder em Goffman. **Estudos de Psicologia**. Campinas, PUC – Campinas, v.20, n.2, maio/ago. 2002, p.35-49.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. **Sexualidade na instituição asilar**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980

BIRMAN, J.; SERRA, A. A. **Os descaminhos da subjetividade**: um estudo da instituição psiquiátrica no Brasil. Niterói: EDUFF, 1988.

BONI, V.; QUARESMA, J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei orgânica da Saúde 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 106**. Cria os serviços residenciais terapêuticos no âmbito do Sistema de Saúde para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Diário oficial de 11 de fevereiro de 2000.

BRASIL. **Lei 10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 06 de abril de 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental** “cuidar sim, excluir não... efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASÍLIA. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 4.211/2012**. Regulamenta a atividade dos profissionais do sexo, Lei Gabriela Leite. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1012829. Acesso em: 07 de abril de 2015.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **O que é atenção básica**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php>. Acesso em: 17 set. 2013.

BRITO, P. F.; OLIVEIRA, C. C. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. **Cienc Cogn**.

2009;14(1). Disponível em: <http://www.cienciaecognicao.org/pdf/v14_1/m318342.pdf>. Acesso em: 22 set. 2012.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1974.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso por seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **PHYSIS Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 1996. p.144-177.

DELGADO, P. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. **Cadernos IPUB**, n. 14, p. 113-121, 1999.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, ano IV, n. 6, Barbacena, 2006. p. 69-83.

ENGEL, M. G. Sexualidades interditas: loucura e gênero masculino. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, Supl. p.173-190, jun. 2008.

FECHAMENTO do Alberto Maia é marco histórico para a luta Antimanicomial. **Observatório de Saúde Mental & Direitos Humanos**, 06 jan. 2011. Disponível em: <<http://osm.org.br/osm/fechamento-do-alberto-maia-e-marco-historico-para-a-luta-antimanicomial/>>. Acesso em: 24 jun. 2011.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a Análise do Discurso em Educação. **Cadernos de Pesquisa**. Rio Grande do Sul, n. 114, p. 197-223, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/br/pdf/cp/n114/a09n114.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo, Loyola, 2013.

_____. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **Microfísica do Poder**. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

_____. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANÇA, I. L. “Frango com frango é coisa de paulista”: erotismo, deslocamentos e homossexualidade entre Recife e São Paulo. **Sexualidad, Salud y Sociedad**: Revista Latinoamericana, n.14, ago. 2013, pp.13-39. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/5447/4926>>. Acesso em: 12 set. 2014.

FILHO, Geraldo Julio de Mello. **Repensando a cidade – um novo Recife para o novo Pernambuco**. 2012. Disponível em: <<http://download.uol.com.br/eleicoes/2012/proposta-geraldojulio.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

FURTADO, J. P. **Corpo e Loucura**: histórico das formas de intervenção sobre o corpo na psiquiatria. 1995. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 1995.

GIAMI, A. A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: história da medicina ou história da sexualidade?. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2013.

GILL, R. Análise de Discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.) **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático**. Editora Vozes: São Paulo, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Brasil, 1974.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. 2.ed. Rio de Janeiro: Te Corá. 1994.

GUEDES, T. G.; MOURA, E. R. F.; ALMEIDA, P. C. de. Aspectos reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):153-8.

GUEDES, T. G. **Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental**: o que profissionais do CAPS têm a dizer. 2007, 95 f. (Dissertação de Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFCE, Fortaleza. 2007.

HEILBORN, M. L. Perspectivas de análise em antropologia. In.: **Sexualidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 21 – 59.

HOUAISS. Alienado. In: **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. (v.1.0). Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

_____. Autonomia. In: **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. (v.1.0) Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

_____. Heteronomia. In: **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. (v.1.0) Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

_____. Sentimento. In: **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. (v.1.0) Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

_____. Tratar. In: **Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa – Beta**. Disponível em: <<http://houaiss.uol.com.br/busca?palavra=tratar>>. Acesso em: 09 fev. 2015.

IÑIGUEZ, L. A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: _____ (Org.). **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____; ANTAKI, C. El análisis del discurso en Psicología Social. **Boletín de Psicología**, 44, 1994. p.57-75.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec. 2001.p. 55-59.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. Hucitec, 2. ed. São Paulo, 2007.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p.7-34.

LUCENA, M. A. **Descredenciamento de Hospital Psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS): Engrenagens da Operação**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, FIOCRUZ. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)**. Recife, 2008. 262 páginas. Tese (Doutorado) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3896/2/000018.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2013.

MAN, C. G. **Sexualidade e Saúde Mental: um olhar (des)institucionalizado**. Manual de Prevenção do HIV / AIDS para profissionais de saúde mental. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 19.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27ªed. Petrópolis, RJ: Vozes. 2008. p. 61-77

_____. Técnicas de Pesquisa. In: _____. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 261-297p.

MIRANDA, F. A. N.; FUREGATO, A. R. F. Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. **Revista Latino-am Enfermagem** 2002 março-abril; 10(2): 207-13. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 08 abr. 2014.

MIRANDA, F. A. N. de; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. Práticas discursivas e o silenciamento do doente mental: sexualidade negada?. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2014.

MOFFATT, A. **Psicoterapia do oprimido**: ideologia e técnica da psiquiatria popular. 5ed. São Paulo: Cortez, 1984.

NOGUEIRA, C. **Construcionismo Social, Discurso e Gênero**. *Psicologia*. Vol.XV. (1), 2001, p.43-65.

OLIVEIRA, S. B. Sexualidade e Loucura. In.: **Cadernos de Psicologia**. Casa do Psicólogo, 2002, p.29-32.

_____. Sexualidade e Loucura. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Prevenção do HIV/AIDS para Profissionais de Saude Mental - 2004**. Brasília, Brasil. Ministério da Saude, 2004. p.29-32.

OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out 2014.

PEIXOTO, P. C.; BERTANI, I. F. A constituição do corpo do doente mental. In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 1., 2010, Franca. **Proceedings online...** Unesp Franca, Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000011201000000000&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 19 out 2014.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

_____. **O século dos manicômios**. São Paulo. Editora 34, 1996.

PERUCCHI, J. **Mater semper certa est pater nunquam**: o discurso jurídico como dispositivo de produção de paternidades. Florianópolis, 2008. 243 páginas. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, CFH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/91286/249937.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 19 out 2014.

PINTO, I. A. **A reforma psiquiátrica em discursos de cuidadores de serviços residenciais terapêuticos na cidade de Recife - PE**. Recife, 2011. 153 páginas. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2011

POTTER, J. Discourse analysis and constructionist approaches: theoretical background. In: RICHARDSON, J. T. T. **Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences**. Leicester: BPS Books, 1996. p.125-140.

RAGO, M. Ser mulher no século XXI ou carta de Alforria. In: VENTURI, G.; RECAMAM, M.; OLIVEIRA, S. de (Orgs.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p.31-42.

REVEL, J. **Dicionário Foucault**. Rio de Janeiro: forense universitária, 2011.

RIOS, L. F.; PARKER, R.; TERTO JUNIOR, V. Sobre as inclinações carnis: inflexões do

pensamento cristão sobre os desejos e as sensações prazerosas do baixo corporal. **Physis** [online]. 2010, vol.20, n.1, pp. 195-217. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2013.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In:

_____. **Desinstitucionalização**. Organização de Fernanda Nicácio. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001a.

ROTELLI, F. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2001b.

SANTOS, A. M. C. C. dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 out 2014.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à realidade possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001

_____. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera da teoria. In: PITTA, Ana Maria Fernandes. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo, SP-Hucitec.1996. p. 150-154.

SILVA, M. A. R. **Gênero e saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos**: “Fragmentos de Vidas Contidas”. Tese, 2008, 313 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – PPGICH, UFSC, Florianópolis. 2008.

SOARES, A. N.; SILVEIRA B. V. da; REINALDO, A. M. dos S. Oficinas de sexualidade em saúde mental: relato de experiência. **Cogitare Enferm.** 2010 Abr/Jun; 15(2): p.345-8.

SOUZA NETO, E. N. de. **Entre boys e frangos**: análise das performances de gênero dos homens que se prostituem em Recife. 2009. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/pospsicologia/images/Dissertacoes/2009/souza%20neto%20epitcio%20nunes%20de.pdf.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

SPINK, M. J. **Linguagens e Produções de Sentidos no cotidiano**. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2010. Disponível em: <www.bvce.org>. Acesso em 29 de outubro de 2013.

_____.A Ética na Pesquisa Social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS**. Rio Grande do Sul: EDIPUCRS, v. 31, n. 1, jan./jul., p. 7-22, 2000.

TONELI, Maria Juracy Filgueiras. Direitos Sexuais e Reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da Psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. **Psicologia & Sociedade**. 2004. 16(1): p. 151-160.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Prevenção do uso indevido de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5.ed. Brasília: SENAD, 2013.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3.ed. Brasília-DF 2009.

ZANELLO, Valeska (Org.). **Saúde Mental e Gênero**: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. São Paulo: Appris Editora, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1 – Perfil do Profissional

1.1 – Dados: formação, idade, escolaridade e religião

1.2 – Fale sobre a sua trajetória profissional no campo da Saúde Mental (profissão; tempo de experiência na área de Saúde Mental; locais onde atuou – hospitais e/ou rede substitutiva, forma de contratação);

2 – Questões relevantes para compreender os discursos dos profissionais em relação à sexualidade dos moradores.

2.0 – Fale um pouco sobre a relação com os moradores(cotidiano na casa, rotina, dá pra ter um cotidiano? O que dá mais prazer no trabalho? O que desgasta no trabalho? Tem diferença trabalhar com homem ou mulher?)

2.1 – O que você pensa sobre a aparência física do morador? (discurso sobre o corpo da loucura)

2.2 – Como você descreveria o corpo dessa pessoa? Para você, aconteceu alguma mudança na aparência física do morador desde quando ele chegou nesta casa? Já que ela está aqui no serviço, o que você observa dos corpos aqui? Teve alguma mudança?

2.2 – Como as pessoas vivem o momento do banho, de se vestir e dormir? Eles fazem sozinhos ou precisam de ajuda? Como é pra você esse momento? Eles se ajudam entre si nesses momentos? Já que estão aqui e juntos, têm acesso ao corpo do outro? Como é a vivência de sexualidade entre eles?

2.3 – Você já presenciou alguma cena? Como foi a sua reação? O que você estranhou? O que achou normal? O que você acha deles viverem a sexualidade aqui na casa?

2.4 – Como a equipe reage a estas expressões?

2.5 – Será que no Hospital era mais fácil lidar com estas expressões? E agora na residência, quais os desafios que se colocam pra esse tipo de situação?

2.6 – Você já soube de algum caso de DST ou de gravidez aqui na casa?

2.7 – O que o serviço oferece enquanto política de saúde para mulheres e homens? Existe distribuição de insumos? Qual a periodicidade? Como esses insumos chegam até eles?

2.8 – Quais as dificuldades que eles têm dificuldade em relação a isso? Eles trazem essas perguntas pra vocês? Se você pudesse ministrar alguma oficina de prevenção em saúde como você se sentiria?

2.9 – Você se sente preparada para lidar com essas questões?

2.10 – Existem casais homoafetivos no serviço? Como é o trabalho com eles e como os outros moradores reagem? Vocês fazem algum trabalho diferenciado com esse público?

2.11 – Você conhece alguma política que trate dos direitos sexuais e direitos reprodutivos dos moradores dos SRTs?

2.12 – Em caso de gravidez na casa, o que deve ser feito?

ANEXOS



ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - CFCH

DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos você para participar como voluntário (a) da pesquisa “*Sexualidade (des) institucionalizada? A sexualidade dos moradores dos serviços residenciais terapêuticos no discurso dos seus profissionais*”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Angelita Danielle Gouveia da Silva, residente na Rua da Aurora, 325, apt 903, CEP 50050-000, no Bairro da Boa Vista na cidade do Recife. Com telefone (81)8824-1379/90908824-1379 e (81) 9574-5016/90909574-5016 e-mail angelitapsifafire@hotmail.com e está sob a orientação da Profa. Dra. Jaileila de Araújo Menezes, com telefone (81)8716-7277 e e-mail jaileila.araujo@gmail.com.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que talvez você não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está o/a entrevistando, para que você esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que você tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo desta pesquisa é compreender a interface entre loucura e sexualidade nos discursos dos profissionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Para tanto, caso deseje, você participará de uma entrevista semiestruturada que será realizada em apenas um encontro num local a ser combinado com você. O conteúdo da entrevista será gravado com um gravador de voz Power Pack USB para garantir que a transcrição desta seja fidedigna às falas das pessoas entrevistadas. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o

sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nas gravações e, posterior transcrições, ficarão armazenados em pastas e armários com chave sob a responsabilidade do pesquisador na Rua da Aurora, 325, apt 903, Bairro Boa Vista em Recife-PE, pelo período de mínimo 5 anos.

É importante que você saiba que participando desta pesquisa possibilitará a discussão de um tema tão negligenciado como é o da sexualidade das pessoas egressas de longa internação psiquiátrica. Isso Permitirá a você e a outros profissionais refletirem sobre o seu processo de trabalho. Porém, caso se sinta constrangido/a com as perguntas da entrevista poderá desistir a qualquer momento sem que isso acarrete nenhum dano para você. Neste caso, ainda, a fim de minimizar o possível mal-estar provocado pela entrevista, a pesquisadora compromete-se a encaminhá-lo(a) ao Serviço de Atendimento Psicológico da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado na Av. da Arquitetura s/n. 7º andar do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), na Cidade Universitária, Recife-PE. CEP 50740-550. Tel. (81) 2126-8731.

Você não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação, por exemplo). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo *Sexualidade (DES) Institucionalizada? A Sexualidade dos Moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Discurso dos seus Profissionais*, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sexualidade (DES) Institucionalizada? A sexualidade dos Moradores dos Serviços Residenciais- Terapêuticos no Discurso dos seus Profissionais.

Pesquisador: Angelita Danielle Gouveia da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26628014.9.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 624.986

Data da Relatoria: 29/04/2014

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial

Recomendações:

S/recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

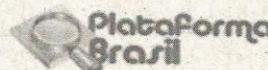
Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Angelita Danielle G. da Silva
Angelita Gouveia
Psicóloga
CRP- 02/14779

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 624.986

Necessita Apreciação da CONEP:

Não.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 24 de Abril de 2014

Assinador por:

GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Angelita Gouveia G. da Silva
Angelita Gouveia
Psicóloga
CRP: 02/14779

ANEXO C – Carta de Autorização da Secretaria de Saúde do Recife



**PREFEITURA DO
RECIFE**
SECRETARIA DE SAÚDE
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI nº. 065/ 2014 – DES/GFES/SEGTES/SESAU

Recife, 05 de maio de 2014.

Prezado/a Senhor/a,

Informamos que **Angelita Danielle Gouveia da Silva**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, **está autorizada**, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título **“Sexualidade (des) institucionalizada? sexualidade dos moradores dos serviços residenciais terapêuticos no discurso dos seus profissionais”**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Período da coleta de dados: maio à julho / 2014.

Finalização do projeto: fevereiro / 2015.

Cordialmente,


Vanessa Santiago

Chefe de Setor de Pesquisa e Extensão

Vanessa Santiago
Setor de Pesquisa e Extensão
SEGTES/SS/PCR
Matricula nº 87.627-8

Ilm^a Sr^a
Telma Melo A . G . de Melo
Coordenação de Saúde Mental