

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

THAÍS REGINA ZAMBONI RIBEIRO

**O PAPEL DA EDUCAÇÃO NO CUIDADO COM AS PESSOAS
EGRESSAS DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DE SOROCABA**

Versão corrigida

Sorocaba/SP

2018

THAÍS REGINA ZAMBONI RIBEIRO

**O PAPEL DA EDUCAÇÃO NO CUIDADO COM AS PESSOAS
EGRESSAS DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DE SOROCABA**

Versão corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos – *campus* Sorocaba para obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Educação, Comunidade e Movimentos Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia.

Sorocaba/SP

2018

Ribeiro, Thaís Regina Zamboni

O papel da educação no cuidado com as pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos de Sorocaba / Thaís Regina Zamboni Ribeiro. -- 2018.
83 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus Sorocaba, Sorocaba

Orientador: Marcos Roberto Vieira Garcia

Banca examinadora: Luciana Togni de Lima e Silva Surjus, Dulcinéia de Fátima Ferreira

Bibliografia

1. Educação de Jovens e Adultos (EJA). 2. Saúde mental. 3. Desinstitucionalização. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Maria Aparecida de Lourdes Mariano – CRB/8 6979

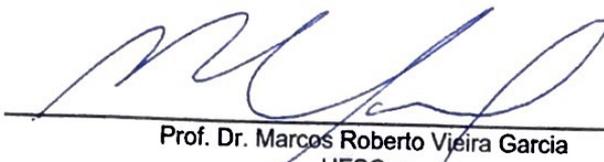


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

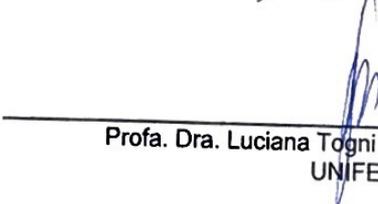
Centro de Ciências Humanas e Biológicas
Programa de Pós-Graduação em Educação

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Thais Regina Zamboni Ribeiro, realizada em 13/06/2018:



Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia
UFSCar



Profa. Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
UNIFESP



Profa. Dra. Dulcineia de Fatima Ferreira
UFSCar

*Dedico esta pesquisa a todas as pessoas
vítimas das internações psiquiátricas de
longa permanência.
Sobreviventes!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, o Autor da vida.

Aos meus pais, Hélio e Ana, por sempre me incentivarem em meus estudos, por toda a dedicação e exemplo de vida, meus sinceros agradecimentos.

Às minhas irmãs e irmão, Aline, Tati, Dani e Dani, guerreiros, por me darem tanta força, muito obrigada.

Aos meus lindos sobrinhos, Hellen, Thiago, Manu, Samuca e Sophie, por me trazerem tantas alegrias e diversão, muito obrigada.

Aos meus filhos, Leo e Rafa, pela paciência e compreensão em meus momentos de ausência e isolamento para a pesquisa, amo muito vocês, muito obrigada.

Ao Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia, meu orientador, pelas contribuições e incentivo durante todo o percurso desta pesquisa.

À Profa. Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus e à Profa. Dra. Dulcinéia de Fátima Ferreira, pelas importantíssimas colaborações desde a qualificação do trabalho.

Aos(às) profissionais da área da educação e da saúde mental que entenderam a importância da pesquisa e compartilharam suas vivências.

Às pessoas, sujeitas desta pesquisa, pela generosidade, por permitirem me aproximar e escutar suas histórias, o meu sincero respeito e agradecimento.

Aos(às) colegas de trabalho no período em que estive no CAPS, pelas intensas discussões, reuniões e reflexões sobre a saúde mental, muito obrigada.

À Kátia, parceira de trabalho, pelas muitas discussões, reflexões e apoio com a versão em inglês do resumo desta pesquisa.

À área de Educação em Saúde da Prefeitura de Sorocaba, pela autorização da pesquisa, muito obrigada.

Aos(às) meus(minhas) amigos(as) e demais familiares, por sempre estarem ao meu lado, pelo carinho e dedicação proporcionados, pelos momentos de descontração e risadas, muito obrigada.

Em especial, ao meu companheiro, amigo e amor da minha vida, Marcelo, por toda sua paciência, compreensão e apoio. Por tolerar meus momentos de isolamento

e ausência para a construção deste trabalho. Por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis de minha jornada. Muito obrigada.

RESUMO

A presente dissertação se baseou em um trabalho de campo, que teve como objetivo refletir sobre o papel da educação no cuidado com as pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos de Sorocaba, considerando-se que algumas delas retornaram à escola, no âmbito da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Após a contextualização da Reforma Psiquiátrica no Brasil e as especificidades da região de Sorocaba, discutiu-se a Política de Educação de Jovens e Adultos como proposta inclusiva, proporcionando uma reflexão sobre a educação e a humanização. Os(as) participantes da pesquisa foram quatro egressos(as) de longas internações, moradores(as) das Residências Terapêuticas (RTs) da cidade de Sorocaba e que estão inseridos(as) na rede de ensino, na modalidade EJA, além de três professoras, um coordenador de escola e uma psicóloga (profissional da área de saúde mental). A análise qualitativa das narrativas mostrou que a interrupção dos estudos regulares em idade precoce gerou sentimento de tristeza e resignação. A EJA, após a desinstitucionalização, por sua vez, revelou-se como uma oportunidade de resgate de um direito que lhes fora anteriormente negado. As experiências escolares foram permeadas por inseguranças e medos, pois o estigma do louco, da periculosidade, ou, por vezes, do “bobo”, do ser engraçado, pareceu abafar as potencialidades que poderiam responder aos desejos e suscitar as novas possibilidades de vida para essas pessoas. As classes noturnas, o medo de transitar pela cidade, em um território inicialmente desconhecido, o constrangimento pelo “não saber” e o sentimento de inferioridade não impediram os(as) egressos(as) de manicômios de enfrentar o estigma da internação psiquiátrica e da dúvida sobre a própria capacidade levantada por alguns professores. A EJA surgiu nas narrativas como local de formação de vínculos, trocas afetivas, espaço de socialização e, também, como local de ampliação das possibilidades do futuro, porque suscitou desejos para o trabalho. Concluiu-se que a experiência de reabilitação psicossocial não deve estar focada apenas na área da saúde mental, pois muitos dos conflitos e anseios dessas pessoas são de campos diferentes, como, neste caso, advindos da educação, evidenciando a necessidade da intersetorialidade das políticas públicas voltadas à desinstitucionalização psiquiátrica.

Palavras-chaves: Educação de Jovens e Adultos (EJA). Saúde mental. Desinstitucionalização.

ABSTRACT

The present dissertation was based on a field work that had as objective to reflect on the role of education in the care of the people who left the long-stay hospitalizations of the psychiatric hospitals of Sorocaba, considering that some of these former residents of the hospitals returned to the school, in the context of Youth and Adult Education (EJA). After the contextualization of the Psychiatric Reform in Brazil and the specificities of the region of Sorocaba, the Youth and Adult Education Policy is discussed as an inclusive proposal, providing a reflection on education and humanization. The participants of the research were four people who had the experience of the long hospitalizations, residents of the Therapeutic Residences of the city of Sorocaba and that are inserted in the school system, in the EJA modality, besides three teachers, a school coordinator and a psychologist. The qualitative analysis of the narratives showed that the early age interruption of regular studies generated a feeling of sadness and resignation. The EJA, after the deinstitutionalization, in turn, proved to be an opportunity to recover a right that had previously been denied from them. School experiences are permeated by insecurities and fears, because once some stigmas ("the crazy", "the insane", "the dangerous person", "the silly one", "the funny guy") seemed to stifle the potentialities that could respond to the desires and raise new possibilities of life for these people. The night classes, the fear of passing through the city in an initially unknown territory, the embarrassment of "not knowing" and the feeling of inferiority did not prevent these people from facing the stigma of psychiatric hospitalization and the doubt about their own ability aroused by some teachers. The EJA appeared in the narratives as a place of formation of bonds, affective exchanges, a space of socialization and also as a place to expand the possibilities of the future, because it has given rise to desires for work. It is concluded that the experience of psychosocial rehabilitation should not be focused only in the area of mental health, since many of the conflicts and wishes of these people come from different fields, as in this case, from the education, evidencing the need for the intersectoriality of policies concerning psychiatric deinstitutionalization.

Keywords: Youth and Adult Education. Mental health. Deinstitutionalization.

*Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa. Todos
nós ignoramos alguma coisa. Por isso
aprendemos sempre.*

(Paulo Freire)

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CEEJA	Centro de Educação de Jovens e Adultos
EJA	Educação de Jovens e Adultos
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	16
2 O JOVEM E ADULTO: APRESENTAÇÃO DOS SUJEITOS	24
3 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA	27
3.1 A Política Nacional de Saúde Mental.....	28
3.2 Caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica em Sorocaba	31
4 SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO	37
4.1 Uma aproximação da Educação de Jovens e Adultos (EJA).....	37
4.2 A EJA no processo de inclusão dos(as) excluídos(as).....	40
4.3 Educação e humanização	43
5 MEMÓRIA ESCOLAR ANTES DA INTERNAÇÃO	47
6 O TEMPO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO	49
7 A EXPERIÊNCIA ESCOLAR NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA	55
8 A APROXIMAÇÃO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL: AS PRÁTICAS INTERSETORIAIS	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS: APRENDENDO COM A EXPERIÊNCIA	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

APRESENTAÇÃO

*Não sei...
se a vida é curta
ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos
tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.
(Cora Coralina)*

Para contar sobre uma pesquisa, ou seja, a minha experiência com esta pesquisa, vale explicar o caminho que me aproximou deste tema, me inspirou e me inquietou.

A saúde mental foi, desde o tempo da graduação em psicologia, uma área que me atraiu, pois sempre me questioneei sobre as formas de cuidado e as possibilidades de se aproximar do humano, para além de suas supostas doenças. Minha primeira experiência nesse campo se deu quando estava ainda no primeiro ano da faculdade. Na época, fui ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da minha cidade, Votorantim, e me ofereci como voluntária com o intuito de começar a participar de algumas atividades e mergulhar em um universo que ainda só ouvira falar. É verdade que tive alguns professores e algumas professoras que me inspiraram a isso, me desafiando a me encontrar com o outro, com o diferente, com o escondido, com o excluído... Logo, fui convidada pela psicóloga e coordenadora do serviço para acompanhar um passeio com o grupo para a praia. Fiquei confusa inicialmente... Temores... Dúvidas passavam pela minha mente: seria possível? Não teria perigo? Sentiria vergonha de estar publicamente com eles? Entretanto, enfrentei os meus pensamentos e fui ao encontro de uma experiência incrível, que me fez ter certeza dos caminhos que deveria trilhar profissionalmente e da bandeira que iria defender. Senti-me privilegiada e emocionada por estar ali, com pessoas aparentemente tão livres e com sofrimentos tão profundos.

Incrível pensar que, na época, o meu conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, as possibilidades de cuidado no território, dos clássicos pensadores da saúde mental, entre outros, era ainda bastante incipiente. Parece que, na minha vivência, as práticas sempre vieram antes que a teoria. Isso, de certa forma, foi bom, já que me fez aprofundar, estudar, buscar o embasamento para o que estava vendo. Eu gosto muito da prática, de estar com o outro, de me deixar desafiar, pois sempre

vem o novo, o inesperado. Porém, sinto imensa dificuldade para escrever e descrever os meus pensamentos... É difícil saber por onde começar...

...quando ficamos sem escrever por um bom tempo, a escrita sai como água enferrujada numa torneira em desuso, que embaça o invisível, e o acesso a ele fica dificultado. Nestes casos, como nos ensina Henry Miller, é preciso abrir a torneira e deixar escorrer bastante água, até que ela vá recuperando sua potência cristalina. (ROLNIK, 1993, p. 11).

Enfim, depois da viagem, continuei trabalhando no CAPS, onde fiz uma oficina de jogos semanalmente, auxiliei na organização do brechó, acompanhei as festas e apresentações na cidade. Logo, aproximei-me de outros CAPS, agora na cidade de Sorocaba, como estagiária, o que me proporcionou observar, questionar e refletir sobre as propostas de cuidado, as necessidades dos usuários, bem como suas potencialidades.

Após a término da graduação, imediatamente ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, na cidade de Sorocaba, cujo início se deu em 2014 e teve, como estratégia, participar da reorientação do modelo do Sistema de Saúde Mental do município, formando e desenvolvendo profissionais para a Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) (ROSA, VASCONCELOS, ROSA-CASTRO, 2016).

Nessa Residência, tive a oportunidade de atuar em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Polo de Desinstitucionalização (Hospital Vera Cruz), nos leitos de saúde mental da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), além de algumas Residências Terapêuticas (RTs) que estavam sendo implantadas no período. Vale ressaltar que, além das práticas nos serviços, tínhamos também as aulas temáticas, discussões de casos, supervisão, projetos de intervenção e relatórios mensais, buscando um aprofundamento técnico e teórico para as práticas vivenciadas.

O contato com os(as) usuários(as) egressos(as) de longas internações permitiu observar os desejos que resistiram aos anos de institucionalização e que eram potentes para auxiliar no processo do cuidado. Alguns(mas) moradores(as) das Residências Terapêuticas externaram o desejo de voltar a estudar, aprender a ler e escrever, e, principalmente, frequentar as instituições de ensino das quais, precocemente, foram privados(as) de estar.

Dessa forma, fui me aproximando da área da educação, ou seja, das políticas públicas de educação ofertadas para jovens e adultos e das dificuldades para inserção dessas pessoas, visto o histórico de marginalização dos(as) sujeitos(as) com transtornos mentais na cidade.

A oportunidade e o desafio de me aprofundar no estudo desse momento importante que estávamos experimentando, com a desinstitucionalização psiquiátrica em Sorocaba, levaram-me ao interesse de pesquisar a participação da área da educação neste cenário, bem como buscar dar voz aos desejos dessas pessoas. Conforme Rolnik (1989), nós somos sujeitos do encontro e, a partir dele, podemos ser impactados pelo movimento que a troca dos afetos proporciona, e foi permeado pelos afetos que este trabalho se constituiu.

Confirmando a grande efervescência desse tema e das experiências no campo da Saúde Mental em Sorocaba, fui contratada como psicóloga de um CAPS III da cidade no final do ano de 2016, e, em maio de 2017, assumi a coordenação do CAPS e das 15 RTs que estavam sob a gestão da mesma empresa. Então, experimentei os desafios de implantar estratégias de cuidado que estivessem de acordo com as necessidades das pessoas que precisam de tratamento em saúde mental, enfocando o cuidado em liberdade, ações no território, práticas ampliadas, educação permanente, reuniões de equipe, cuidado das famílias, articulação com os outros serviços da rede, dentre outras práticas, considerando as legislações que regem a saúde mental atualmente. Assim, novamente inserida no cenário das reformas psiquiátricas, dos embates políticos, das reflexões ideológicas, das práticas de cuidado e de encontro com os sofrimentos, é que fui me constituindo neste último ano. Além disso, estive em contato com os(as) sujeitos(as) da minha pesquisa, observando suas experiências e participando das estratégias de cuidado.

Conto na voz verbal pretérita, porque, para minha grande surpresa – e até decepção –, fui demitida em fevereiro deste ano, 2018, por causa de uma suposta “reestruturação” dentro da empresa. Para piorar a situação, eu e toda a equipe técnica do CAPS fomos demitidas na mesma semana. É muito difícil, quase impossível, o distanciamento afetivo deste assunto no momento, uma vez que antevejo novamente a possível desconstrução de todas as conquistas em saúde mental nos últimos anos, devido aos interesses empresariais e em detrimento das pessoas, do humano, do vínculo. É importante dizer que este CAPS teve quatro gestores diferentes em quatro

anos de funcionamento, sem contar as trocas de profissionais, desconsiderando a importância do vínculo para o cuidado daqueles(as) que precisam.

Mergulho assim nesta pesquisa: marcada por mais essa experiência. Nas palavras de Rolnik (1993), essas situações provocam um desconforto interno que rompe com o nosso equilíbrio e promove novas possibilidades de se estar na vida.

Podemos dizer que a cada vez que isto acontece, é uma violência vivida por nosso corpo em sua forma atual, pois nos desestabiliza e nos coloca a exigência de criarmos um novo corpo - em nossa existência, em nosso modo de sentir, de pensar, de agir etc. - que venha encarnar este estado inédito que se fez em nós. E a cada vez que respondemos à exigência imposta por um destes estados, nos tornamos outros. (ROLNIK, 1993, p. 2).

1 INTRODUÇÃO

*Quem busca, sempre encontra.
Não encontra necessariamente aquilo que
buscava, menos ainda aquilo que é preciso
encontrar. Mas encontra alguma coisa nova,
a relacionar à coisa que já conhece.*
(RANCIÈRE, 2002, p. 44).

Este estudo teve como objetivo refletir sobre o papel da educação no cuidado das pessoas egressas de longas internações dos hospitais psiquiátricos da cidade de Sorocaba, considerando-se que algumas delas retornaram à escola, no âmbito da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Dessa forma, buscamos analisar, com base em revisão bibliográfica e em entrevistas com os(as) envolvidos(as), como os(as) professores(as) lidam com essas pessoas, compreender como são os espaços escolares disponíveis, refletir sobre os conceitos e preconceitos presentes sobre saúde mental e loucura na área da educação e, por fim, discutir as possibilidades de práticas intersetoriais entre saúde e educação.

É importante ressaltar que o percurso das pessoas que estiveram em internações de longa permanência traz a loucura como pano de fundo para essas histórias. Frayze-Pereira (1984) afirma que a loucura não está localizada no indivíduo, mas emerge de um contexto, de uma realidade vivida, e critica a ideia de fascínio em relação à loucura, pois admite o sofrimento psicossocial que a acompanha. Cada sociedade, cada cultura propõe o que pode ou não ser considerado normal; assim, o que é considerado virtude em algumas culturas pode ser considerado anormal para outras.

Segundo Canguilhem (2009), podemos dizer que uma doença serve para interromper o curso de algo, ser crítica. O louco é louco em relação à alguma coisa e a ele mesmo. Assim, a loucura não pode ser olhada em si mesma, isoladamente, pois os termos que a definem são de caráter relacional, enfocando as formas de ser e de se relacionar, comparando-as às – supostamente – “normais”. Segundo o autor, o “normal” é não ter diferença, o que cria a sua própria negação. “O anormal, enquanto a-normal, é posterior à definição do normal, é a negação lógica deste” (CANGUILHEM, 2009, p. 94). Ainda, o anormal só existe em relação ao normal, são

concepções inseparáveis. Por isso, é tão difícil definir a loucura em si mesma (CANGUILHEM, 2009).

As pessoas que estiveram nas internações de longa permanência trazem em suas histórias pontos de rejeição, de ser diferente, de inadaptação, que culminaram nos rompimentos, nos conflitos e no isolamento. Atualmente, temos outras formas de cuidar das pessoas com transtornos mentais, que serão apresentadas nos próximos capítulos. Mas vale adiantar que essas novas práticas de tratamento são realizadas privilegiando intervenções no território, ao considerar as individualidades de cada caso, e as internações são feitas como último recurso e são de curta permanência (BRASIL, 2011).

Para o cuidado com as pessoas egressas das longas internações em hospitais psiquiátricos, precisamos refletir sobre o processo de reabilitação psicossocial, prática que engloba todos(as) os(as) profissionais de um serviço e os demais atores e atrizes: comunidade, família e usuários(as). A reabilitação psicossocial é uma estratégia global que convoca muito mais que passar um(a) paciente de um estado de incapacidade para um estado de capacidade. É uma tática que implica rever, cotidianamente, as intervenções, proporcionando a reflexão, observação e o questionamento do nível de contratualidade dos(as) usuários(as), ou seja, a capacidade de negociação e de troca que conseguem estabelecer nas suas relações (SARACENO, 2001).

Segundo Saraceno (2001), todos nós atuamos com a contratualidade em três tipos de cenários: cenários habitat; cenário mercado; e cenário do trabalho, sendo o habitat relativo à casa, à família, enquanto que o cenário mercado se relaciona com a rede social, e o cenário trabalho se configura na capacidade de produzir. Dessa forma, olhar o sujeito nesses três cenários implica observar qual a possibilidade de contratualidade que ele apresenta, o quanto consegue se relacionar, colocar seus desejos e ser potente nas suas escolhas. Portanto, o processo de reabilitação psicossocial “é um processo de reconstrução, de exercício pleno de cidadania” (SARACENO, 2001, p. 16). Para além de observar qual a contratualidade do sujeito, o autor propõe a discussão sobre as práticas deverem incidir na transformação das condições de vida. Também questiona a mudança do discurso e a repetição das práticas tutelares. É importante ressaltar que não são as técnicas empregadas que dizem qual a possibilidade de sucesso na reabilitação, pois estas dependem de

variáveis que revelam a participação de todos os atores e atrizes no empoderamento desses sujeitos. Tais variáveis se dividem em micro e macro:

O micro está no nível da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-profissional, ou seja, o gasto de tempo, energia, afetividade, etc., que se tem nesta relação. Por outro lado, o macro, isto é, a maneira como o serviço está organizado, se está aberto 24 ou 12 horas, se está aberto à comunidade, se ele tem a aprovação de seus usuários, se satisfaz minimamente às pessoas que atende e, também, aos profissionais que nele se inserem, se ele se utiliza de recursos vindos da comunidade, ou somente recursos institucionais. (SARACENO, 2001, p. 17).

Começar uma conversa entre as áreas da saúde mental e da educação implica reconhecer a necessidade de articulação desses saberes para o trabalho global com essas pessoas, enfocando a possibilidade de reabilitação e exercício da cidadania. Começar uma conversa denota a fragilidade de relação entre esses dois campos, que realizam ações no nível micro muito potentes, mas que, isoladamente, não percebem as possibilidades e a potência de um trabalho articulado.

Para Freire (2000), a experiência do sujeito no mundo não é neutra na medida em que ele transforma o mundo e exerce sua cidadania. Para o autor, é a partir da capacidade de escolher, de decidir e de se responsabilizar que o sujeito assume sua postura crítica e política diante do mundo.

A retomada da trajetória escolar pelos egressos de manicômios corresponde a uma especificidade de atuação dos profissionais da Saúde Mental, assim como dos profissionais da Educação, neste caso, da Educação de Jovens e Adultos (EJA). A EJA é uma modalidade de ensino que é “destinado àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade própria” (BRASIL, 1996, p. 4). Contudo, a EJA enfrenta a falta de reconhecimento e de políticas públicas que valorizem e fortaleçam seu papel. Ainda assim, buscamos focar a possibilidade da EJA ser parte de uma educação que propicia, nas palavras de Paulo Freire (2000, p. 14), “uma educação como fator fundamental na reinvenção de um mundo”.

Nesse contexto, falamos de uma educação, como ressalta Freire (2000), como uma *prática educativa libertadora*, que gera a esperança, pois “valoriza o exercício da vontade, da decisão, da resistência, da escolha (FREIRE, 2000, p. 23). Uma educação, portanto, que possibilita a reflexão de todos estes atores sobre o papel e a responsabilidade nesse processo (FREIRE, 2000).

A proposta de refletir sobre uma aproximação da educação e da saúde mental é um grande desafio, não por serem campos distintos, já que carregam muitas similaridades e interfaces, mas pela profundidade dos temas e a imensa responsabilidade em discutir tamanha complexidade.

Pensamos, aqui, o sentido da educação conforme Freire (2000), para quem:

A educação tem sentido porque o mundo não é necessariamente isto ou aquilo, porque os seres humanos são tão projetos quanto podem ter projetos para o mundo. A educação tem sentido porque mulheres e homens aprenderam que é aprendendo que se fazem e refazem, porque mulheres e homens se puderam assumir como seres capazes de saber, de saber que sabem, de saber que não sabem. De saber melhor o que já sabem, de saber o que ainda não sabem. A educação tem sentido porque, para serem, mulheres e homens precisam de estar sendo. Se mulheres e homens simplesmente fossem não haveria porque falar em educação. (FREIRE, 2000, p. 20).

Gostaríamos de retomar a proposta do título deste trabalho, ressaltando o uso da palavra “pessoa”, termo que iremos adotar, também, durante o texto. A palavra, para Freire (1987), serve para o homem contar sua história, para dar significado e trazer consciência sobre sua cultura.

Para Bondía (2002), as palavras são produtoras de sentido, ou seja, o modo como as utilizamos reflete o sentido que conferimos às coisas, pois é a partir de como nomeamos é que deixamos transparecer o que vemos e o que sentimos. Com isso, gostaria de ressaltar que vejo e sinto que estou com pessoas. Se antes eram vistas como números, talvez esquecidas, abandonadas por quinze, vinte anos de suas vidas, atualmente, elas se mostram vivas e cheias de possibilidades! É com essas pessoas, homens e mulheres, que dividirei essa experiência de pesquisa.

É importante destacar que buscamos, nesta investigação, refletir sobre o tempo de internação a partir da fala daqueles(as) que estavam institucionalizados. A ideia, aqui, é dar voz e visibilidade às histórias dessas pessoas, pontuando suas vivências nos hospitais psiquiátricos e em outros modelos de cuidado ofertados. Com isso, “construir um lugar na relação com aquele que busca os cuidados do serviço implica em ouvir, fazer falar o sujeito e sua subjetividade, colocar a doença entre parênteses e olhar para a pessoa e a complexidade de sua existência.” (YASUI, 2006, p. 131).

A pesquisa foi realizada com a perspectiva qualitativa, pois, como explica Minayo (2008), busca-se por meio dela compreender os significados, sentidos, os motivos e as crenças que permeiam a realidade, um universo de saberes que não é

possível quantificar. Além disso, tratou-se de um estudo descritivo, sendo que esta característica proporciona retratar as relações que se estabelecem entre as variáveis (GIL, 2009). No caso, a educação, os(as) sujeitos(as) egressos(as) das longas internações e a saúde mental.

A proposta de escolher um paradigma para embasar uma pesquisa reflete a importância de ter uma fundamentação metodológica consistente, um lugar científico para pensar as premissas, o levantamento bibliográfico, os procedimentos e as narrativas construídas. Portanto, aproximamo-nos do pós-estruturalismo e encontramos a necessidade de começar a pesquisa com uma desconstrução metodológica, isto é, revendo as práticas da graduação que, para a atual proposta, revelaram ser rasas e incompatíveis. Assim, há o momento para se esvaziar de conceitos e abrir-se para as propostas filosóficas deste paradigma (PETERS, 2000).

Segundo Peters (2000, p. 28), “o pós-estruturalismo pode ser caracterizado como um modo de pensamento, um estilo de filosofar e uma forma de escrita.” É um movimento que engloba diferentes autores, de forma interdisciplinar, ampliando as direções possíveis de métodos de análise (PETERS, 2000). Dessa forma, é importante indicar qual o caminho ou teoria que se pretende utilizar como norteador de uma análise.

A pesquisa, na perspectiva do pós-estruturalismo, permite uma maior liberdade para se observar os dados e pensar em estratégias criativas de análise, que contemplem os sujeitos, as relações, o ambiente, a cultura e os objetivos da investigação de forma inovadora e sem a necessidade de enquadramento ou universalização do conhecimento, mas com a responsabilidade e ética que o trabalho científico convoca.

Assim, inspirado nas ideias de Friedrich Nietzsche, o pós-estruturalismo evoca a noção de crítica da verdade e enfatiza a pluralidade de interpretação. Para o filósofo, a verdade é concebida como uma verdade relativa. Já para Michel Foucault, a busca por origens ou essências não é objetivo de um trabalho, pois se deve privilegiar a reflexão sobre como as coisas se dão, opondo-se às tendências universalizantes e buscando a análise das narrativas (PETERS, 2000).

Segundo Gilles Deleuze (2005), Foucault enfatiza sua oposição às técnicas de buscar uma verdade por trás de um conceito, preenchimento ou interpretação de lacunas, pois vê essa atitude como uma forma de não se ater ao que está inscrito, visto o grande desafio para chegar a isso de forma simples, "sem tentar contornar as

performances verbais para descobrir atrás delas ou sob sua superfície aparente um elemento oculto, um sentido secreto que se esconde nelas ou aparece através delas" (DELEUZE, 2005, p. 27). Entretanto, o mesmo autor observa que o enunciado, aquilo que deve ser olhado ou elencado, nem sempre está imediatamente visível, pois "é preciso inventar, recortar o triplo espaço desse pedestal, e apenas numa multiplicidade em construção o enunciado pode se constituir como inscrição simples do que é dito" (DELEUZE, 2005, p. 27).

Foucault (1996) discute sobre a ideia de como os discursos são produzidos e observa que existe um controle, uma seleção e uma organização daquilo que é dito e para quem é dito, refletindo sobre os sistemas de exclusão que caracterizam os diversos tipos de refreamento no discurso que é realizado. Então, o autor descreve o primeiro sistema como o interdito, refletindo sobre a necessidade de escolha do que se tem direito de dizer, excluindo neste aspecto o que simplesmente gostaria de dizer, considerando a constituição histórica e cultural de cada sociedade: seus tabus, seus rituais, dentre outros. O segundo sistema apresentado é a partilha da loucura, dando lugar à oposição entre razão e loucura, isso porque a palavra tem o seu valor e significado dependendo de quem a diz e de quem a recebe. O(a) louco(a) precisa que o(a) outro(a) valide o seu discurso, propiciando que esta validação seja realizada de acordo com os interesses de quem ouve e da cultura em que está inserido. Depois, descreve o terceiro sistema como partilha da verdade, não em relação ao que é falso ou verdadeiro, mas sim na busca por organizar os elementos em torno de contingências históricas, que são maleáveis e estão em constante movimento.

Para a perspectiva pós-estruturalista, há o interesse por uma história crítica, permeada pela mutação, pela transformação e pela descontinuidade das estruturas, bem como pela serialização, na repetição, na arqueologia e genealogia de Foucault.

Dessa forma, pode-se pensar nas múltiplas formas de experiências que são vivenciadas em diferentes contextos e, nesse movimento, vão constituindo diferentes identidades que definem as pessoas (PEREIRA, 2010). Assim, observa-se a possibilidade de dar lugar e voz para esses homens e essas mulheres, que enfrentaram as longas internações, bem como para aqueles e aquelas que as recebem, propiciando reflexões e discussões que contemplem a área da educação e da saúde mental, privilegiando os(as) sujeitos(as) que nelas estão inseridos(as).

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram escolhidas quatro pessoas egressas de internações de longa permanência, que são moradoras de Residências

Terapêuticas (RTs)¹ e que retornaram aos estudos. Buscou-se, também, envolver os(as) professores(as) das respectivas escolas e a profissional de saúde mental responsável pelo cuidado destas pessoas. Em um primeiro momento, foi realizado contato pessoal e individual para explicar sobre o teor da pesquisa e, com a resposta positiva, agendamos os encontros. Nestes, foram construídas narrativas a partir de entrevistas abertas sobre o tema, registradas em áudio e depois transcritas para posterior análise. Vale ressaltar que foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual consta a característica da pesquisa, a possibilidade de desistência a qualquer tempo, o sigilo e a relevância do tema. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, número do parecer 2.075.850. Também foi submetido e aceito pela área de Divisão de Estágio, Aperfeiçoamento, Especialização e Residência em Saúde da Secretaria de Saúde de Sorocaba. Como o estudo envolve seres humanos, o cuidado ético inclui o intuito de proporcionar novos olhares sobre um tema que traz consigo o preconceito e o estigma social.

Foram elencadas categorias para análise em três etapas, conforme Gomes (2008) sugere: pré-análise; exploração do material; e etapa final. Na pré-análise, busca-se, por meio de uma leitura compreensiva, impetrar uma visão global, bem como contemplar as singularidades dos dados. Constrói-se, a partir de então, as categorias. Na exploração do material, tem-se o cuidado de transpor as falas e os fatos, ou seja, trazer a lume o que está oculto. Na elaboração de síntese interpretativa, faz-se uma reflexão entre os dados coletados, a fundamentação teórica e o objetivo da pesquisa, no intuito de compreender os sentidos e significados mais amplos e construir uma síntese sobre o tema do trabalho.

Quando fazemos coisas com as palavras, do que se trata é de como damos sentido ao que somos e ao que nos acontece, de como correlacionamos as palavras e as coisas, de como nomeamos o que vemos ou o que sentimos e de como vemos ou sentimos o que nomeamos. (BONDÍA, 2002, p.2).

Para alcançar os objetivos, após a introdução ao tema, apresentamos os(as) sujeitos(as), com os nomes fictícios. Em seguida, há uma breve contextualização sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, trazendo um panorama sobre as

¹ “O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.” (BRASIL, 2004, p. 6).

transformações no modelo de cuidado das pessoas com transtornos mentais, uma aproximação sobre a Política Nacional de Saúde Mental e as especificidades da saúde mental na cidade de Sorocaba. Na sequência, abordamos o campo da educação, no qual apresentamos uma reflexão sobre a Educação de Jovens e Adultos (EJA) no processo de inclusão dos(as) excluídos(as), proporcionando uma reflexão sobre a educação e a humanização.

A análise está organizada a partir de três eixos. O primeiro é a memória escolar antes da internação, que irá apresentar os conflitos com o fracasso escolar. Aqui, também é apresentada a experiência da institucionalização. O segundo eixo se refere à experiência escolar no processo de desinstitucionalização, propondo uma reflexão sobre os principais significados e sentidos da educação de jovens e adultos e as experiências para além dos muros da institucionalização. O terceiro eixo versa sobre a aproximação entre educação e saúde mental e as práticas intersetoriais.

2 O JOVEM E ADULTO: APRESENTAÇÃO DOS SUJEITOS

Para a realização desta pesquisa, foram convidadas quatro pessoas egressas de longas internações, moradoras das Residências Terapêuticas (RTs) da cidade de Sorocaba e que estão inseridas na rede de ensino: Adriano, Bianca, Rute e Solange. Também participaram da pesquisa Jorge, coordenador do Centros Estaduais de Educação de Jovens e Adultos (CEEJA) de uma cidade da região, e as professoras Cristina, Eliane e Margarida, docentes da mesma instituição. A referência técnica de Serviço de Residência Terapêutica, Jenice, vinculada a um CAPS III da cidade de Sorocaba, também foi uma fonte importante de informações. Vale lembrar que os nomes são fictícios, visto a importância da ética em preservar a identidade dessas pessoas.

Conforme especificado anteriormente, foi realizado contato inicial com os sujeitos para explicar sobre o teor da pesquisa e, diante da resposta positiva, agendamos encontros para a entrevista aberta sobre a temática. As narrativas produzidas foram registradas em áudio e depois transcritas para posterior análise.

Adriano, com quarenta anos, mora em uma RT, em Sorocaba, com outros nove egressos. Por enquanto, é o único residente da casa que frequenta a escola. Estuda no CEEJA de uma cidade da região e está terminando as disciplinas que correspondem ao Ensino Médio regular. No final do ano de 2016, teve a cerimônia de formatura de seu Ensino Fundamental, da qual participei. Adriano teve alta do Hospital Psiquiátrico em 2013, depois do advento do TAC. Era morador do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz desde sua adolescência. É um homem alto, forte, comunicativo, consciente, orientado. Pode-se afirmar que apresenta dificuldades durante a conversa para compreender os questionamentos mais subjetivos. Apresenta lacunas na descrição que faz de sua história de vida. Contou que frequentou a escola regular e a escola especial antes de ser internado por sua família. Ele não fala sobre o motivo da internação, sendo evasivo quando questionado. Demonstra-se orgulhoso e satisfeito pelas recentes conquistas escolares. Frequenta, diariamente, o CAPS III, do qual fui coordenadora, que é o serviço de referência para seus cuidados em saúde mental, onde é atendido por equipe multiprofissional. As entrevistas com o Adriano ocorreram no CAPS, pois preferiu não me receber na RT, porque, segundo ele, não teríamos privacidade suficiente para conversarmos.

Além do Adriano, fizemos contato com a Bianca, Rute e Solange. Todas têm, aproximadamente, quarenta anos e são moradoras de uma mesma RT, junto com outras sete mulheres, em Sorocaba. Elas ficaram juntas aos serem entrevistadas, tendo a oportunidade de falarem individualmente sobre suas experiências e ouvirem as vivências das colegas. Elas me receberam na RT em que moram, em um espaço aberto, onde tiveram privacidade para dialogar tranquilamente. As três frequentam uma classe de EJA no período noturno. Estão no primeiro ciclo do Ensino Fundamental e voltaram aos estudos no início do ano de 2016.

Bianca é calma, comunicativa, apesar de ser um pouco tímida, mas gosta de uma boa conversa. Era moradora do Hospital Psiquiátrico Mental Medicina, e foi transferida para o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, após este se tornar Polo de Desinstitucionalização, recebendo os pacientes dos outros hospitais até que fossem encaminhados para as famílias ou RTs. No final de 2014, foi inserida em uma RT. Tem um filho que a visita esporadicamente e que mora perto da escola que frequenta, o que facilita alguns encontros com ele e com seu neto. Divide o seu espaço com a Solange – um quarto, cozinha e banheiro –, onde elas mantêm os armários com seus pertences.

Já Rute, negra², era moradora do Hospital Psiquiátrico Teixeira Lima, em Sorocaba, e teve sua alta em 2015, quando foi para a RT. A casa onde mora tem à disposição pequenos espaços separados da casa principal, o que facilita na preservação de algumas individualidades. Rute ocupa um desses ambientes, com um quarto, cozinha e banheiro, cuida de seus pertences, pode preparar a própria comida e ter sua rotina. Está sempre bem arrumada.

Por fim, Solange, que refere não saber a própria idade, mas que aparenta ter em torno de cinquenta anos, também é ex-moradora do Hospital Psiquiátrico Mental Medicina. Fez o mesmo caminho que Bianca, sendo transferida para o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz – Polo de Desinstitucionalização e, depois, inserida na RT.

² Por um descuido metodológico, não foi perguntado aos entrevistados a raça ou cor com que se identificam. No caso de Rute, foi a própria pesquisadora que a classificou. Entretanto, compreende-se a importância deste tema. De acordo com Barros et al. (2014, p. 11), é preciso considerar as desigualdades raciais no Brasil, pois estas têm se “revelado persistentes e requerem ações e políticas públicas que alterem a situação de adversidade vivida pela população negra”. Os mesmos autores refletem sobre o histórico de exclusão social e abandono da população negra, sendo que os manicômios foram uma das instituições totais que consolidaram esta situação. Havia o princípio de que a loucura não escolhia cor; contudo, a relação entre doença mental e as “raças” consideradas inferiores ainda eram muito próximas, propondo a ideia de que negros estariam mais predispostos à loucura por razões biológicas.

Gostou de conversar e mostrar seus materiais e atividades. Demonstrou ter maiores dificuldades de aprendizagem, visto que as atividades realizadas na escola apresentam baixo nível de dificuldade. É bastante animada e tem pouca crítica sobre sua dificuldade. Frequenta assiduamente o CAPS em que trabalhei, onde gosta de participar de algumas oficinas, conversar e sair para os passeios.

As quatro pessoas egressas das longas internações dos hospitais psiquiátricos passaram mais de vinte anos nessas instituições, considerando as narrativas apresentadas e os espaços de tempo.

Em seguida, são apresentados os(as) participantes que foram os(as) informantes da pesquisa, ou seja, que puderam colaborar com o fornecimento de informações para melhor contemplar todos os cenários: profissionais da educação e uma profissional da saúde. Jorge, coordenador de um CEEJA e que possui experiência como educador de jovens e adultos, durante uma entrevista aberta, contou sobre a história da instituição, as vivências com alunos com necessidades especiais de aprendizagem no CEEJA e a experiência de trabalho com o Adriano, um de nossos sujeitos egressos, englobando as estratégias discutidas com os professores de sua instituição. Ainda, no CEEJA, foram realizadas entrevistas abertas individualmente com a Claudia, professora de Inglês, da classe de Linguagem; com a professora Eliane, de Matemática; e com a professora Margarida, de História, sendo que estas, separadamente, contaram a experiência em trabalhar com um aluno egresso de longa internação de hospital psiquiátrico. Por fim, tivemos a participação de Jenice, psicóloga, que exercia a função de referência técnica para cinco Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), e que falou, em entrevista aberta, sobre a experiência no cuidado com as pessoas egressas das longas internações e a articulação com as instituições de ensino para a inserção desses pacientes.

3 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil se iniciou na década de 1970, quando a abertura política se fortaleceu e grupos de trabalhadores(as) se organizaram em defesa de maiores direitos. Foi no contexto de redemocratização interna e com articulações ao nível internacional que se desenvolveu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Esse movimento englobou diversos setores sociais que estavam preocupados com o tipo de assistência psiquiátrica que se prestava no Brasil (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Segundo Scarcelli (2011), o movimento dos trabalhadores, principais protagonistas da Reforma Psiquiátrica, fortaleceu-se porque, além das péssimas condições de trabalho, ocorreram denúncias de que os hospitais psiquiátricos, bem como os tratamentos dispensados, eram utilizados como forma de tortura e maus-tratos contra os(as) presos(as) políticos(as) da época, fomentando, assim, as críticas e reflexões sobre essas instituições no país.

A mesma autora discute que foi a partir desse momento que as discussões sobre a segregação, discriminação social e as relações de violência, próprias das instituições psiquiátricas, deram contorno para o Movimento da Luta Antimanicomial³, que enfoca, além de outros aspectos, a necessidade de implantação de uma rede substitutiva, que cuide dos(das) pacientes em território, isto é, na sua própria comunidade.

Entretanto, vale ressaltar que Furtado et al. (2016) apontam que a questão de território em saúde mental é utilizada de modo funcional, sem considerar as relações de poder e apropriações simbólicas do espaço. É a reinserção das pessoas em um território dado.

A institucionalização das pessoas com transtornos mentais nos hospitais psiquiátricos, com a prática do isolamento e da coerção, desconsiderava a história, a construção de vida e memórias desses(as) pacientes. A internação proporcionava a segregação e, com ela, o rótulo da doença mental e da incapacidade social

³ O Movimento da Luta Antimanicomial se consolidou no final da década de 1980, quando ocorreu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru. Ele foi construído junto ao lema "Por uma sociedade sem manicômio". Assim, novas estratégias de cuidado puderam ser consolidadas, propiciando observar o cuidado em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política (AMARANTE, 2008). Essa luta permanece e é uma forma de resistir aos retrocessos frente aos interesses políticos e econômicos.

(GOFFMAN, 2001). O Movimento da Luta Antimanicomial vem no sentido de conquistar novos espaços de cuidado para essas pessoas.

De acordo com Rotelli (1990, p. 30), com as mudanças no modelo hospitalocêntrico de assistência à doença mental, “a ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’, mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’”. Para ele, a Reforma Psiquiátrica Brasileira objetiva muito mais que a desinstitucionalização e a desconstrução do modelo manicomial, porque busca a construção de novas possibilidades de cuidado, de acordo com uma base epistemológica diferente, que proporcione transformações em uma cultura que tolerou a violência, a discriminação e o isolamento.

Cabe ressaltar, aqui, que, conforme Amarante (2003), efetivar a desinstitucionalização expõe a necessidade de observar que ela não é apenas uma reestruturação técnica para a saúde mental, mas um processo complexo de reconstrução de práticas e saberes, bem como de necessidade de se estabelecer novas relações entre todos os sujeitos.

O mesmo autor refere que a psiquiatria instituiu uma série de noções e saberes para a loucura, como periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade civil, os quais devem ser discutidos e desconstruídos a partir de um olhar ético-político, buscando redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003).

3.1 A Política Nacional de Saúde Mental

A promulgação da Lei Federal n. 10.216/2001, que trata sobre a proteção e o direito das pessoas com transtornos mentais e redireciona a lógica de assistência em saúde mental (BRASIL, 2001), deu suporte à criação de dispositivos substitutivos para o cuidado e ao fortalecimento das novas práticas de atenção em saúde mental, favorecendo o cuidado integral do sujeito. Assim, a Reforma Psiquiátrica reformula, cria condições e institui novas práticas terapêuticas visando à inserção do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

A Portaria n. 3.088/2011, do Ministério da Saúde, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial e elencou as diretrizes e objetivos desta rede de cuidados. Os dispositivos que a compõe são:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011a).

Dessa forma, tem-se o pano de fundo para o trabalho em saúde mental no âmbito nacional, já que a legislação trouxe o fortalecimento de estratégias de cuidado para as pessoas com transtornos mentais para além das internações e do tratamento asilar.

A Política Nacional de Saúde Mental incluiu, dentre os serviços substitutivos, os já citados Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) ou Residências Terapêuticas (RTs), que deveriam seguir as diretrizes do Ministério da Saúde:

Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. (BRASIL, 2011b).

Logo, é esperado que, a partir dos SRTs, essas pessoas possam se reintegrar à comunidade, frequentar os espaços culturais e de lazer do território, propiciando resgatar o espaço social na comunidade, que ficou esquecido nos anos de institucionalização (LAGO et al., 2014).

A Portaria n. 3090, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, tratou sobre o SRT :

Considerando que os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização, sendo estratégicos no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internados nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia [...]

Parágrafo único. Para fins desta Portaria, será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos. (BRASIL, 2011b)

É preciso reconhecer que os SRTs foram implantados para superar o modelo institucional, ou seja, manicomial, para o cuidado em saúde mental. Assim, conforme o tempo e a experiência com o novo, pode-se perceber as potencialidades e fragilidades desses serviços, destacando a possibilidade de se pensar diretrizes para esse trabalho, superando a díade manicômio/não-manicômio e colocando o SRT como um modo de morar, não apenas como um plano terapêutico, mas vinculado ao plano do direito, de cidadania. Também se observa a dificuldade dos(as) moradores(as) em reconhecer a casa como deles(as), pois a percebem como um serviço de saúde, ainda de caráter provisório (FURTADO; BRAGA-CAMPOS, 2011).

É importante ressaltar que a RT, a casa, com seus diferentes formatos e construções, corrobora a ideia “de ser um abrigo, ter solidez para garantir resistência a agressões, ser espaço de conforto e intimidade” (SILVEIRA; SANTOS JÚNIOR; MACEDO, 2011, p. 19).

De acordo com Surjus e Campos Onocko (2013), ainda há muito a se construir no que diz respeito à articulação de políticas intersetoriais, corroborando a ideia da importância de se extrapolar o campo da saúde para enfrentar os novos desafios, de forma a proporcionar que as pessoas com transtornos mentais graves consigam acessar políticas públicas, como da habitação e educação, ampliar a possibilidade de geração de renda e garantir a emancipação dos usuários, fortalecendo a ação e organização dos usuários e familiares.

3.2 Caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica em Sorocaba

A história do município de Sorocaba, no âmbito da saúde mental, foi fortemente construída baseada num modelo hospitalocêntrico, no qual a lógica asilar dificultava a inserção de novas práticas. A região, envolvendo outros municípios, como Piedade e Salto de Pirapora, comportou o maior número de leitos psiquiátricos do país na virada para o século XXI, tendo sete hospitais psiquiátricos, com, aproximadamente, 2700 leitos, e mais de 80% das pessoas em situação de longa internação. Em 2011, foram divulgados diversos dados sobre a mortalidade e os maus-tratos nesses hospitais (GARCIA, 2012).

Em 2012, foi exibido em rede nacional um documentário com os retratos da violência e a violação dos direitos humanos em uma dessas instituições, o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz. O documentário foi apresentado no Programa Conexão Repórter, exibido pelo canal aberto SBT no dia 23 de agosto de 2012, com o título “A Casa dos Esquecidos”, o que reacendeu as discussões acerca da urgência da Reforma Psiquiátrica em tais locais. Tais fatos levaram à assinatura de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) para Sorocaba e Região, que previa o fechamento desses hospitais, a desinstitucionalização e a adequação da assistência às pessoas com transtornos mentais, enfocando a implantação de uma rede territorial de serviços (SÃO PAULO, 2012).

A partir do advento do TAC, iniciou-se o processo de desinstitucionalização e a implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na cidade, com a abertura de novos serviços de saúde mental: os CAPS, leitos de saúde mental em hospital geral e os SRTs, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Também foram trazidos(as) profissionais de outras cidades para cargos estratégicos, como Coordenação de Saúde Mental e Secretaria de Saúde. Nesse período, foram realizadas parcerias entre as universidades da cidade, a Prefeitura e o Ministério da Saúde para a implantação de Programas de Residência Multiprofissional, tanto em saúde mental quanto em saúde da família, além do Programa de Residência em Psiquiatria.

Segundo Surjus (2016, p. 71), “o planejamento de reformulação da RAPS visava a uma verdadeira revolução – haja vista a necessária transformação da cultura manicomial, o que envolveu uma série de adequações, fechamentos e implantação de serviços”.

No presente momento, março de 2018, todos os hospitais psiquiátricos estão fechados na cidade de Sorocaba, inclusive o Polo de Desinstitucionalização (antigo Hospital Psiquiátrico Vera Cruz). Há quinze RTs administradas pela Associação Paulista de Gestão Pública (APGP), nove RTs administradas pela Associação Protetora dos Insanos (APIS) e dezesseis administradas pela Associação de Atenção Humanitária em Saúde (Associação ATHUS). Permanecem em processo de desinstitucionalização os outros três manicômios da região, com pouco mais de 400 internos no total.

Muitas das pessoas que vivenciaram internações de longa permanência em Sorocaba, vítimas de uma história de vida em que tiveram seus direitos sistematicamente negados, foram inseridas nos SRTs devido ao rompimento de vínculos familiares e começaram a frequentar os espaços culturais, sociais e de lazer da cidade, incluindo as escolas de educação para adultos, os CEEJAs e EJAs. Em meados de fevereiro de 2017, havia nove moradores(as) de RTs da cidade estudando nas escolas voltadas para a EJA na cidade de Sorocaba e um no CEEJA de uma cidade da região, de acordo com a psicóloga Jenice (2017).

No Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, desenvolvido na cidade de Sorocaba, pudemos experienciar “de dentro” as propostas de mudança do paradigma manicomial na cidade. Os(as) residentes participaram questionando as práticas manicomiais e, ao mesmo tempo, injetaram fôlego para o desenvolvimento de novas ações, consolidando uma primeira geração formada sobre o paradigma da Atenção Psicossocial em Sorocaba (SURJUS, 2016). Os(as) residentes multiprofissionais em saúde mental foram distribuídos(as) nos serviços da rede: CAPS III; CAPS AD III; Atenção Básica; Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral; e no Polo de Desinstitucionalização. Na Atenção Básica, buscou-se impulsionar o cuidado em saúde mental a partir das práticas de matriciamento, com a integração entre as equipes do CAPS e da Atenção Básica, com o objetivo de promoção em saúde, por meio de ações para o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico leve. Isso abriu espaço para debates e reflexões sobre o tema da saúde mental dentro dos serviços, tendo em vista a importância do cuidado no território e a necessidade de potencializar os profissionais para a prática nessa nova lógica de cuidado em saúde mental.

O CAPS III “Arte do Encontro”, o primeiro CAPS III da cidade, foi inaugurado em 2014 para servir de referência aos(às) moradores(as) dos primeiros SRTs

inaugurados com o início da desinstitucionalização, além de acolher os(as) usuários(as) dos antigos serviços de saúde mental da cidade. O CAPS III foi se constituindo juntamente com a equipe, os(as) seus(suas) usuários(as) e o território, visto a urgência que se observava naquele momento, com o fechamento de alguns serviços e a inauguração de outros. Os dez leitos de saúde mental na Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, também inaugurados em 2014, serviram de campo de prática para os(as) residentes que puderam participar do cuidado para as pessoas com transtornos mentais graves em momento agudo da doença. No Polo de Desinstitucionalização (Hospital Vera Cruz) os(as) residentes trabalharam na reabilitação psicossocial, busca dos familiares e construção de vínculos. Já no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III “Saca Só”), único CAPS de gestão pública na cidade, foi campo para o cuidado dos(as) usuários(as) de saúde mental que tinham como problemática associada o uso de álcool e/ou outras drogas. Propiciou-se, também, o fortalecimento dos três CAPS II, que devido à demanda, logo se transformaram em dois CAPS III, e dos três Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS IJ).

Birman e Costa (1994) discutem o quanto as instituições asilares contribuem para a cronicidade das pessoas com doenças mentais, uma vez que geram, principalmente, a incapacidade social. Assim, as reflexões acerca do cuidado em saúde mental convocam a necessidade de se pensar a adaptação social desses sujeitos. Esses autores referem que o foco da psiquiatria foi se transformando, retirando-se da doença e colocando-se na promoção de saúde, o que fez a terapêutica da enfermidade passar a um segundo plano, substituída pela promoção da saúde mental. A saúde mental, segundo esses autores, seria definida pela capacidade de adaptação social, de integrar-se a um grupo e estar submetido às suas regras. (BIRMAN; COSTA, 1994).

Dessa forma, foi possível, a partir de discussões, reuniões e supervisões institucionais, fomentar e fortalecer as ações para a desinstitucionalização, dado o grande desafio para a retirada das pessoas dos hospitais psiquiátricos, abertura do CAPS III e dos SRTs. Em um primeiro momento, viu-se o forte apoio do poder público municipal, juntamente com parcerias privadas, o que impulsionou a efetivação das novas práticas de cuidado, considerando as necessidades de cada pessoa, na busca de seus familiares ou na sua inclusão nas RTs. Vale ressaltar que o gestor do

município estava submetido ao TAC e, assim, precisava acolher as mudanças e manejar sua equipe para a efetivação das mesmas.

No início desse processo, emergiram conflitos nas equipes, pois algumas pessoas viam com desconfiança as propostas de mudança na lógica de cuidados em saúde mental. Isso porque, de alguma forma, as modificações eram impostas pelo poder público e, concordando com Scarcelli (1999), a imagem dos governantes não é valorizada, e, geralmente, está associada à incompetência e distanciamento das realidades dos serviços, não colaborando, assim, para o engajamento dos profissionais nas novas propostas. Além disso, as práticas manicomialis nem sempre são reconhecidas como negativas, pois podem ficar camufladas como atitudes humanitárias. Isso fica claro no histórico de instituições da cidade, que levam no nome a ideia de “proteção aos insanos” e de “cuidados médicos” para os doentes mentais, sem contar o apelo religioso que validava tais práticas. Também se observou nos trabalhadores dúvidas quanto às mudanças nas práticas de cuidado, seja na desvalorização das intervenções no território, seja no questionamento sobre se havia nelas função terapêutica e qual necessidade de conhecimento específico para esse trabalho, evidenciando que as experiências nesse campo estão permeadas pelo não-saber, seja pela precária formação profissional, ou pela falta de um terreno teórico seguro, ainda em construção (SCARCELLI, 1999).

Para Basaglia (2001):

[...] qualquer vocação terapêutica seja na ênfase colocada na instituição, seja no investimento do social e do território, condena a psiquiatria a sua presunção original: aquela de querer, todavia sem jamais conseguir, expelir de sua ordem depurada, a carga de miséria e de pobreza que lhe é constantemente destinada. Esta carga não representa a sua herança ruim, o seu anacronismo, mas é a sua contradição e a sua condenação, o seu objeto social. (BASAGLIA, 2001, p. 37-38).

Portanto, foi possível observar o quanto a cultura manicomial estava enraizada nas relações cotidianas dos profissionais de saúde e da sociedade sorocabana, o que se pôde perceber nas dificuldades em acolher as diferenças, nas denúncias dos vizinhos, nos questionamentos nas praças, nos conflitos com os profissionais dos serviços, nas práticas de cuidado, dentre outras. Com isso, havia muitas resistências com outras lógicas de cuidado, outras políticas. No sentido apontado por Bezerra Jr. (1992),

Trata-se de não apenas desfazer o aparato e a cultura manicomial ainda hegemônicas no cenário psiquiátrico, mas, sobretudo construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura. A desconstrução do manicômio implica necessariamente reinventar não só a psiquiatria, mas – no limite – a própria sociedade em que vivemos (BEZERRA JR., 1992, p.113).

As mudanças na lógica de cuidado ainda trazem uma contradição, pois, segundo Basaglia (2001), não é possível uma desinstitucionalização completa, ou seja, há uma impossibilidade de existir uma sociedade sem instituições, sem regras e sem a hierarquização das relações. Contudo, a invenção de novas práticas precisa ter como princípio a ideia de não estar institucionalizada, organizada ou submetida a uma certa ordem, norma ou procedimento, rompendo-se, dessa forma, com a psiquiatria clássica. Deve-se pensar na possibilidade do movimento de construir e desconstruir as relações entre as pessoas com transtornos mentais, os(as) técnicos(as) e a sociedade. A tática baseada no contato, ou seja, nas relações, vem possibilitar a construção de estratégias de cuidado, que vão desde as intervenções médicas até as culturais e sociais (AMARANTE, 2008).

É importante destacar que o cuidado em saúde mental traça um caminho em direção à pessoa com transtorno mental, com suas especificidades, para além da doença. Conforme Amarante (2008, p. 95), é preciso “colocar entre parênteses a doença mental, o que permite a identificação e a desmontagem do duplo da doença mental, e no trabalho com o sujeito concreto, encortinado pelo conceito da doença”.

Segundo Goffman (2001), a instituição total provoca ao internado a mortificação de seu eu, na qual se impõe ao internado um novo mundo, uma outra identidade, baseada na doença. Também se mortifica o eu por causa do distanciamento da sociedade, da sua história, da imposição das tarefas, do modo universalizante de olhar as pessoas. O autor afirma que a própria concepção de si mesmo e de seu papel social é transformado de acordo com as regras e normas da instituição. Ali, há o despojamento de si mesmo, de sua identidade, de seus bens e de sua cultura e se enfoca apenas o seu “eu doente”, desconsiderando-se outras esferas da pessoa. Nesse momento, as regras institucionais é que ditam quem são ou o que devem fazer.

Com a mudança na lógica de cuidado e a desinstitucionalização, pode-se trabalhar a reabilitação psicossocial, que traz a ideia de processo de reconstrução e de exercício da cidadania. Como relatado anteriormente, essa é uma estratégia que implica todos os envolvidos, logo, é muito mais do que uma busca pela capacitação ou habilitação para alguma coisa. É o reconhecimento e a potencialização da

contratualidade da pessoa na sua casa, no seu meio social e no seu trabalho. O processo de reabilitação depende de instâncias micro, que consideram a afetividade e a vinculação entre profissional e paciente, e de instâncias macro, que se referem à questão da própria política de saúde mental, além dos atravessamentos institucionais (SARACENO, 2001).

Dessa forma, evidenciou-se o grande caminho que ainda era preciso ser trilhado para que as experiências com as novas práticas pudessem suscitar a quebra dos velhos paradigmas e a oportunidade para que os atores desse processo fossem os protagonistas em um novo cenário de cuidado em saúde mental.

Mas esse é apenas um dos lados do que estamos vivendo. Um outro lado é o que faz a qualidade, a mensagem e a promessa das minorias: eles representam não só polos de resistência, mas potencialidades de processos de transformação, suscetíveis, numa etapa ou outra, de serem retomados por setores inteiros das massas. (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 88).

4 SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO

Aos esfarrapados do mundo e aos que nele se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas sobretudo com eles lutam.
(FREIRE, 1987, p. 23)

A escola engloba aspectos para além da aprendizagem e, por isso, precisa compreender a necessidade de se trabalhar com a ideia de promoção e prevenção em saúde, pois influencia diretamente nas condições de vida de seus(suas) educandos(as) e educadores(as).

4.1 Uma aproximação da Educação de Jovens e Adultos (EJA)

Porque aqui a gente recebe todo tipo de pessoas... Porque, às vezes, vem pessoas que saíram da penitenciária... Então, o histórico da pessoa... A gente trata todos iguais... A gente nunca sabe... A gente não fica sabendo... A gente não sabe porque só recebe a ficha com os dados dele, só nome, telefone no máximo... (ELIANE, 2016).

No Brasil, a proposta de educação para jovens e adultos esteve sempre permeada por questões sociais, políticas e econômicas, que tinham como foco sedimentar e fortalecer o papel dos detentores do poder, isto é, favoreciam a função conservadora no modo de educar, na qual prevalecia a ordem vigente (PAIVA, 1987). Para isso, as políticas de educação de adultos enquanto projetos do Estado buscavam sobretudo:

Desencadear um processo “civilizador” na sociedade brasileira; delimitar o lugar das classes populares para sua função social; e atender a necessidades econômicas, escolarizando para a atuação no mercado de trabalho que se modernizava. (SAMPAIO, 2009, p. 19).

Na década de 1940, houve um marco para a política de educação de jovens e adultos, com a instituição de 25% do repasse do Fundo da Educação Primária reservados para a educação de jovens e adultos. A partir daí, com a descentralização dos recursos, foram lançadas campanhas de alfabetização até o início da década de 1960, quando se impulsionou a criação de espaços de educação nos sistemas educacionais de ensino (DI PIERRO, 2015).

As campanhas de alfabetização deveriam considerar as prioridades sociais e econômicas, vinculadas às necessidades de mão de obra, presentes e futuras. Tinham o enfoque em uma alfabetização funcional, visando a valorização do homem a partir da aquisição de novas habilidades e da reintegração social, através do reajustamento familiar (PAIVA, 2003).

No início da década de 1960, Paulo Freire discutiu a questão do analfabetismo e do atraso escolar da grande massa da população de adultos do país, refletindo sobre as estratégias e modalidades de ensino, desconstruindo conceitos como classe, alunos, professores, os quais, impregnados de significados, poderiam interferir no processo de troca, no reconhecimento do conhecimento do adulto e de sua cultura. O estudioso acreditou que as experiências e condições de vida desses adultos é que deveriam nortear as práticas educativas (BEISIEGEL, 2010).

Para Paiva (1987), a educação popular e a educação de adultos são permeadas por atravessamentos unilaterais que os(as) educadores(as) reproduzem, desconsiderando o pedagógico em detrimento do administrativo. Para a autora, a educação para adultos serve às camadas populares da sociedade e deve fomentar a luta e o debate a favor do ensino, sendo de fácil acesso e de forma gratuita. Contudo, o que temos no município de Sorocaba são classes isoladas em poucas escolas, o que dificulta o acesso das pessoas que buscam esse espaço para a reinserção escolar.

A EJA tem como perfil majoritário do seu público os(as) trabalhadores(as) de baixa renda e pessoas em situação de exclusão e vulnerabilidade social. É uma modalidade de educação que está sempre sendo questionada, acusada de ser uma modalidade educativa com pouca produtividade, com baixo reconhecimento, e que compete com a educação de crianças e adolescentes, o que perpetua a marginalização do adulto na escola (CATELLI JR.; HADDAD; RIBEIRO, 2014).

Segundo Santos (2003), a proposta pedagógica da EJA se dedica a oferecer aos(às) educandos(as) um ensino regular de suplência, de forma a contribuir no desenvolvimento de um pensar criativo. Entretanto, não basta ofertar apenas a escola: é necessário oferecer as condições para que jovens e adultos sejam acolhidos nessas instituições.

Para Pinto (1993), a educação de adultos tem como objetivo atingir as camadas populares da sociedade para que estas, com o aumento de conhecimento, possam ter representantes mais capacitados(as) para influenciar socialmente.

Conforme a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), a EJA é definida como uma modalidade de ensino destinada “àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade própria” (BRASIL, 1996). Ela está ancorada pela Constituição Federal do Brasil que dispõe, em seu artigo 208, sobre a educação como dever do Estado “mediante garantia de ensino fundamental, obrigatório e gratuito, assegurado, inclusive, sua oferta gratuita para todos os que a ele não tiveram acesso na idade própria” (BRASIL, 1988). Considera-se ainda, a importância de observar as necessidades e características destes jovens e adultos, proporcionando as condições adequadas de acesso e continuidade na escola (BRASIL, 1996).

Em Sorocaba, há um CEEJA que atende aos(as) alunos(as) em disciplinas do Ensino Fundamental, do sexto ao nono ano, e aos(as) alunos(as) de Ensino Médio. O CEEJA é uma modalidade de ensino individualizado, na qual o(a) discente estuda com a proposta de eliminação de matérias, seguindo o currículo e a orientação dos(as) professores.(as) No município, a rede municipal de ensino oferece a EJA com a educação de Primeiro Grau e a rede estadual oferece o CEEJA com o Ensino Médio.

Morete (2010) explica que o CEEJA é uma proposta do governo paulista que teve seu início em 1981, primeiramente como o Centro de Educação Supletiva (CEES), depois nomeado como CEEJA, que atende exclusivamente a jovens e adultos, considerando a importância de ofertar um espaço para as pessoas que, em virtude de diversas circunstâncias da vida, ficaram impossibilitadas de efetivar o Ensino Fundamental e/ou Médio na idade esperada. Com a proposta do CEEJA, é possível realizar a matrícula por disciplina. O atendimento é individualizado e a presença do(a) aluno(a) é flexível, respeitando a disponibilidade e o melhor horário para o(a) estudante estar na escola, não sendo obrigatória sua presença todos os dias.

Esse sistema suscita algumas críticas quanto à sua metodologia, principalmente por causa do sistema individualizado, que não proporcionaria a integração e a troca de experiências entre os(as) alunos(as), e do sistema modular, enfocando o despreparo dos professores para atender a esta clientela. Entretanto, segundo a autora, é possível observar e reconhecer, também, que o sistema acolhe os interesses particulares de cada aluno(a), enfatizando suas preferências e aptidões, respeitando suas individualidades (MORETE, 2010). Beisiegel (1985) refletiu sobre essas críticas durante a conclusão no Parecer CEE nº 84/85. Ele pontuou que embora

os comentários negativos sejam consistentes, é importante considerar que o CEEJA é mais um espaço de oportunidade e de oferta de serviços educacionais para a população (SÃO PAULO, 1985).

Para Alvarenga (2009), ainda que um discurso ideológico permeie as políticas de educação de jovens e adultos, é importante, antes de apenas negá-lo, fortalecer uma reflexão para a construção de um discurso crítico que possibilite práticas emancipatórias capazes de trazer à tona as contradições de suas “lacunas impreenchíveis” (ALVARENGA, 2009, p. 2).

4.2 A EJA no processo de inclusão dos(as) excluídos(as)

O projeto da EJA é o que pode receber os(as) egressos(as) dos hospitais psiquiátricos nesse momento da vida. Na cidade de Sorocaba, há classes de EJA no período noturno em algumas das escolas municipais, dependendo da demanda de cada comunidade ou bairro, segundo o discurso da Secretaria Municipal da Educação. Na prática, porém, o que se observa é uma grande resistência em acolher os adultos nos espaços escolares. Segundo Catelli Jr., Haddad e Ribeiro (2014), por causa da opção política em não investir nessa modalidade de ensino e de não reconhecer o direito do adulto na escola, ainda temos a EJA “acomodada em um canto da escola, com escassos recursos, alojada, como se diz, como uma inquilina da escola, sem um lugar próprio nas redes de ensino” (CATELLI JR.; HADDAD; RIBEIRO, 2014, p. 6).

Segundo Pinto (1993), desvalorizar a educação das pessoas adultas corrobora a ideia errada de que estas são culpadas pela sua ignorância, ou seja, pelo próprio analfabetismo. O mesmo autor enfatizou que não se faz analfabetos, a não ser pelas próprias condições impostas pela sociedade.

Nas escolas em Sorocaba onde existem salas EJA, encontramos apenas uma classe no período noturno para todos(as) os(as) alunos(as) do primeiro ciclo, que corresponde ao período do primeiro ao quinto ano do Ensino Fundamental. Ali, um professor se desdobra para atender todos os(as) discentes, nas suas diferentes necessidades. Vale ressaltar que este professor, geralmente, é quem recebe os alunos, prepara e distribui as merendas e fecha a escola, sem o mínimo suporte administrativo ou de segurança da instituição, contando apenas com a ajuda dos(as) próprios(as) alunos(as) e de seus familiares.

Muitos(as) dos(as) moradores(as) das RTs, que gostariam de retornar aos estudos, não o fazem porque, além do medo de sair à noite, as escolas disponíveis estão em bairros distantes de suas casas, segundo informações fornecidas pela psicóloga referência técnica (JENICE, 2017).

É importante observar que além da inserção nos estudos, alguns destes jovens e adultos, egressos das internações de longa permanência, podem apresentar necessidades educacionais especiais, pois fazem parte de um pequeno grupo, desvalorizado e que esteve à margem do sistema educacional. Conforme a Declaração de Salamanca, o termo “necessidades educacionais especiais refere-se a todas aquelas crianças ou jovens cujas necessidades educacionais especiais se originam em função de deficiências ou dificuldades de aprendizagem” (UNESCO (1994, p. 3). As necessidades especiais estão associadas a dificuldades de aprendizagem, as quais nem sempre estão ligadas à deficiência, mas sim são consequência de uma condição sociocultural, econômica e individual de cada aluno(a), o que deflagra os mais diversos desafios aos sistemas escolares. De acordo com o mesmo documento, há um comprometimento em reconhecer a importância de providenciar espaços educacionais que contemplem crianças, jovens e adultos, dentro do sistema regular de ensino.

A legislação brasileira assegura o espaço educacional para as pessoas com deficiência também por meio do Decreto n. 6949/2009, que garante um sistema educacional inclusivo, que considere as diferenças, diversidades e proporcione oportunidade para o pleno desenvolvimento de todos (BRASIL, 2009).

Vale ressaltar que, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação de Jovens e Adultos (Parecer CNE/CEB 11/2000 e Resolução CNE/CEB 1/2000), a oferta desta modalidade de ensino deve considerar as características e perfis dos(as) estudantes, propiciando contextualização do modelo pedagógico. Assim, elencam três funções da EJA: a primeira, a função de reparação, que possibilita o acesso de todos a escolarização, reconhecendo a característica da igualdade; a segunda, a função equalizadora, proporcionando a reentrada na trajetória escolar aos jovens e adultos que, por diversos motivos, foram privados dessa oportunidade; e a terceira, a função qualificadora, que visa a atualização e o desenvolvimento do ser humano por toda a vida.

É importante destacar que, no caso das pessoas com algum tipo de deficiência, considerando as que estiveram em internações de longa permanência, essas três

funções respondem diretamente aos seus direitos e necessidades. Contudo, evita-se trabalhar com um pensamento de uma pedagogia compensatória, que, conforme Di Pierro (2005), favorece o preconceito e a desvalorização da cultura popular e do conhecimento adquirido no convívio social ao longo de suas vidas.

De acordo com Vargas e Gomes (2013), os sujeitos adultos, escolarizados ou não, possuem seus conhecimentos, construções culturais e sociais, que se constituíram a partir de suas próprias experiências acumuladas ao longo da vida. Assim, podem se beneficiar de intervenções culturais, que podem facilitar e potencializar o desencadeamento de novos saberes, pois não são objetos de depósito de conhecimento, mas personagens que podem construir o conhecimento e aprendizado. Diante disso, as instituições que promovem a educação para jovens e adultos devem ser capazes de olhar para o contexto cultural e para a singularidade de cada pessoa.

Contudo, há educadores(as) que buscam a sustentação do próprio programa educacional, não relacionando os saberes e os conhecimentos do(a) educando(a) com as políticas e os problemas atuais, evidenciando as dificuldades, ou a pouca condição do(a) educador(a) em manejar os conhecimentos do(a) estudante e o olhar amplo sobre a realidade e as experiências que estão dadas na atualidade (DIAS, 2012).

O Censo Psicossocial da Desinstitucionalização no estado de São Paulo, de 2014, apontou que 66,7% dessa população não era alfabetizada; 7,7% alfabetizada (escrevia o nome), 4% escrevia e lia, mas não sabia informar a escolaridade; 13% tinha Ensino Fundamental incompleto; 4,2% Ensino Fundamental completo; 2,1% Ensino Médio incompleto; 1,7% Ensino Médio completo; 0,4% Ensino Superior incompleto; 0,3% Ensino Superior completo. Assim, pode-se observar que os(as) moradores(as) dos hospitais psiquiátricos não tiveram acesso à educação formal na idade esperada, antes da institucionalização. A exclusão escolar, nesse contexto, pode ser compreendida pela presença de “estigma, preconceito, dificuldades no manejo técnico dos problemas de aprendizagem (associadas ao transtorno mental), dentre outros” (CAYRES et al., 2015, p. 46). Vale ressaltar, ainda, que a própria institucionalização, que promoveu o isolamento, dificultou o acesso a certos direitos de cidadania, dentre eles a educação formal (CAYRES et al., 2015).

Para Barros et al. (2014), a falta de instrução elementar, como ler e escrever, contribui para fortalecer estratégias de exclusão social dos(as) moradores(as) dos

hospitais psiquiátricos. Segundo os autores, é por meio da leitura e da escrita que se compreende o mundo, isso porque, através delas, pode-se atribuir valores, conhecer direitos e participar de atividades políticas e civis.

A educação popular tem um potencial transformador do contexto de exclusão, pois ela pode contribuir para reacender a *chama da esperança* das pessoas que não tiveram acesso à educação formal, pois está vinculada à uma proposta de reinvenção do modo de vida e, portanto, de transformação. A educação popular tem como prática uma educação que vai além dos conteúdos escolares. Ela acredita no potencial humano e estimula a participação de todos e todas. Dessa forma, o(a) educando(a) pode encontrar apoio no grupo para “experimentar sua capacidade de pensamento, argumentação e criação” (PEREIRA; PEREIRA, 2010, p. 3).

4.3 Educação e humanização

[...] a preocupação que a gente tem, que eu tenho é sempre ver esse lado um pouco humano das pessoas. (JORGE, 2016).

O educador revolucionário humanista crê no homem e no seu poder criador. (FREIRE, 1987, p. 36).

Para Paulo Freire (1969), a ideia da educação como libertadora e humanista convoca a pensar em uma educação que considera a realidade em movimento, que não separa o homem do mundo e de suas vivências. Essa concepção de educação estimula o desenvolvimento humano, o saber crítico e a criatividade, em contraponto à uma educação bancária, na qual o sujeito é considerado como um “caixa” que vai apenas recebendo os “depósitos” do(a) educador(a), negando a possibilidade de buscas, trocas e submetendo-o a propostas rígidas de pensamento. Logo, segundo Freire (1969), educação bancária pode ser definida como o processo educativo onde o educar é um ato permanente de depositar conteúdo. Já a concepção de educação humanista e libertadora possibilita ao(à) educando(a) a problematização de seu mundo, pois estimula o pensar crítico a partir de suas vivências, em um diálogo com o seu educador ou sua educadora.

A concepção humanista da educação, para Freire (1969, p. 130), “desmistifica a realidade, razão porque não teme sua desocultação. Em lugar do homem coisa,

adaptável, luta pelo homem-pessoa, transformador do mundo. Ama a vida, em seu devenir.”

Vale ressaltar que nem sempre é fácil vivenciar a reflexão, o pensar, a liberdade, pois, considerando a história de opressão destas pessoas – que já foram excluídas, institucionalizadas –, o medo dessa emancipação, agora enfocando a liberdade de pensamento, para além da desinstitucionalização, pode ser um grande atravessamento. Para Freire (1987), o oprimido teme a liberdade por medo de precisar preencher o espaço do opressor com sua autonomia, tem medo de assumir a liberdade, medo da responsabilidade. É certo que o medo permeia as experiências da maioria das pessoas e parece muito difícil reconhecer essas fragilidades, pois as exigências sociais a mascaram.

A questão da perda do humano, para Dias (2012), denuncia o processo de “reificação”, que transforma as pessoas em coisas, impossibilitando a percepção da incompletude dos seres. Freire (1969) aponta que a percepção e a consciência da incompletude que o sujeito tem de si mesmo é que possibilita o seu desenvolvimento e a apropriação de seu mundo. Para ele, o homem é um ser da busca permanente, a qual está apoiada na concepção de sua lacunosidade.

Para Dias (2012), a escola é uma instituição que deveria promover o acesso à ciência e o desenvolvimento dos(as) educandos(as). Contudo, muitos e muitas estudantes estão em um processo de reificação no mundo, impedidos de transformá-lo. Assim, o autor denuncia um empobrecimento de suas relações e desenvolvimento de vínculos, escancarando uma cultura de tutela e relações de autoridade, até entre educadores(as) e educandos(as). Assim, pode-se perceber que, embora os discursos sejam diferentes, as práticas ainda são as mesmas!

Freire (1969) destaca que a relação educando(a) e educador(a) precisa estar permeada pelo diálogo e pela liberdade. É a partir do diálogo que o sujeito se coloca frente ao outro e se constitui enquanto sujeito, da mesma forma que a liberdade deve estar na base das relações que são desenvolvidas.

Segundo Freire (1969, p. 130), a concepção humanista da educação “reconhece que o homem se faz homem na medida em que, no processo de sua hominização até sua humanização, é capaz de admirar o mundo. É capaz de desprendendo-se dele, conservar-se nele e com ele, e, objetivando, transformá-lo.” Para o autor (1982), a luta dos oprimidos em retomar sua humanidade só tem sentido se não se tornarem opressores, mas sim restauradores da humanidade de ambos.

Dessa forma, observa-se que a escola pode ser um espaço potente no reencontro com aspectos da vida que foram deixados de lado. Tem-se a educação como caminho para a transformação.

A escola, contudo, pode reproduzir opressões diversas. Foucault (1987) discute a aproximação dos espaços escolares com a instituição psiquiátrica a partir do poder disciplinar e das estratégias de correção e controle. A escola é tida como uma instituição disciplinar, na qual as técnicas se definem pelo investimento político e de poder sobre os corpos. Para ele, os regulamentos e a vigilância que existem nesses espaços colaboram para o total controle da vida dos sujeitos, aproximando-se de forma clara dos manicômios enquanto instituições. Características de controle de atividades pensadas foram rapidamente incorporadas pelas instituições escolares e hospitalares, enfocando a ideia de disciplina e regularidade dos eventos. Nas escolas, não deveria haver espaço para explicações ou questionamentos; apenas o mestre, detentor do poder, é que poderia romper com o silêncio, demonstrando o quanto as relações hierárquicas são valorizadas, assim como nos hospitais psiquiátricos. Essa visão dialoga com o que Goffman (2001) ressaltou acerca da mortificação dos sujeitos, como apontado.

Foucault (1987) ressalta, também, que os prédios das instituições escolares e manicomialmente carregam aspectos que favorecem o controle, com seus longos corredores, as pequenas salas ou celas, os intervalos regulares entre elas e as características punitivas que permeiam as relações. Nas palavras do autor,

Na oficina, na escola, no exército funciona como repressora toda uma micropenalidade do tempo (atrasos, ausências, interrupções das tarefas), da atividade (desatenção, negligência, falta de zelo), da maneira de ser (grosseria, desobediência), dos discursos (tagarelice, insolência), do corpo (atitudes "incorretas", gestos não conformes, sujeira), da sexualidade (imodéstia, indecência). Ao mesmo tempo é utilizada, a título de punição, toda uma série de processos sutis, que vão do castigo físico leve a privações ligeiras e a pequenas humilhações. Trata-se ao mesmo tempo de tornar penalizáveis as frações mais tênues da conduta, e de dar uma função punitiva aos elementos aparentemente indiferentes do aparelho disciplinar: levando ao extremo, que tudo possa servir para punir a mínima coisa; que cada indivíduo se encontre preso numa universalidade punível-punidora. (FOUCAULT, 1987, p. 201).

É interessante observar que, nos dois tipos de instituição, as características individuais, como tipos de comportamentos, aptidões, capacidades de aprendizagem, submissão ao modelo oferecido, tipo de doença ou sintomas, poderiam servir para

uma divisão e hierarquização estratégica, que levam “à subordinação, à docilidade, à atenção nos estudos e nos exercícios, e à exata prática dos deveres e de todas as partes da disciplina” (FOUCAULT, 1987, p. 207).

Foucault também reflete sobre a busca da normalização das pessoas dentro desses espaços, nos quais se pretende que todos se pareçam, pelo uso, por exemplo, de roupas uniformizadas e cortes de cabelo semelhantes. Segundo o mesmo autor, o hospital e a escola se tornaram instituições com a finalidade de sujeição por meio do poder disciplinar. Para ele,

A “disciplina” não pode se identificar com uma instituição nem com um aparelho; ela é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma “física” ou uma “anatomia” do poder, uma tecnologia. E pode ficar a cargo seja de instituições “especializadas” (as penitenciárias, ou as casas de correção do século XIX) seja de instituições que dela se servem como instrumento essencial para um fim determinado (as casas de educação, os hospitais). (FOUCAULT, 1987, p. 238).

Moura (2010) afirma que o poder disciplinar tem o propósito de adestramento dos corpos e dos pensamentos, que, de forma minuciosa, coloca todos os detalhes, individuais e de relação, buscando uma reorganização interna e maior eficácia de movimentos. A autora põe em pauta a questão do fracasso escolar como sendo – ao contrário – um sucesso para essas instituições, pois buscam um processo de normalização, colocando à margem os que não conseguem se enquadrar em tais práticas. A escola “[...] consolida-se como espaço de produção/reprodução de discursos e saberes em consonância com as estratégias do poder disciplinar, cujo objetivo é a fabricação de corpos úteis e submissos.” (MOURA, 2010, p. 41).

Com isso, podemos observar a grande aproximação entre esses espaços institucionais e questionar a necessidade dessas pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos desejarem retornar aos espaços escolares. Será que ainda estamos reproduzindo a institucionalização, amparando-os com esse resgate? Estariam essas pessoas deixando de visualizar outras possibilidades para além de uma vida institucionalizada, permeada pelas regras e pelo poder disciplinar? É importante nos perguntarmos sobre esse retorno às escolas, porque estas ainda podem estar camufladas por práticas manicômiais negativas, como destacado acima. Nesse sentido, é válido refletirmos sobre os espaços de resistência possíveis frente ao retorno à escola por parte dos(as) egressos(as) de manicômios aqui estudados(as).

5 MEMÓRIA ESCOLAR ANTES DA INTERNAÇÃO

Para entrar em contato com os caminhos que essas pessoas percorreram na área escolar, foi preciso ouvir as suas histórias, contadas e recontadas, repetidas. As memórias, junto aos sentimentos, os primeiros momentos de conflitos sociais, de não pertencimento a um dado lugar: neste caso, à escola. A participação escolar na idade esperada para essas pessoas foi frustrada.

Adriano relatou as mudanças de escola: “Eu entrei mais com 13 anos na escola, quando eu comecei a estudar na APAE aqui eu tinha 13 anos. Depois eu fui para o Humberto de Campos e Antônio Miguel, com 14, 15 anos.” (ADRIANO, 2016).

Ele nomeia as instituições por onde foi passando, sem conseguir explicar os motivos dessas mudanças, do abandono da escola e da internação no hospital psiquiátrico.

Para Bossa (2008), esse tipo de experiência demonstra o que se denomina de fracasso escolar, pois é um sintoma alarmante na educação brasileira. Embora tenhamos uma política educacional abrangente, ainda não temos um sistema que a torne, na prática, eficiente e com a garantia de proporcionar o acesso à cidadania. O fracasso escolar pode ser decorrente de condições culturais, familiares, psíquicas, orgânicas, pedagógicas, familiares, dentre outras, que de forma articulada interferem em uma carreira escolar. A escola não se abre para o diferente; o fracasso não é do indivíduo.

Rute e Bianca contaram que estudaram apenas até a terceira série, abandonando precocemente a escola, portanto. Bianca explicou: “[...] depois que eu passei da terceira para quarta não estudei mais. Fiquei doente, quando eu fiquei mocinha lavei a cabeça com a água gelada, daí comecei a quebrar copo em casa, meu pai me internou lá no Teixeira Lima.” (BIANCA, 2016).

É possível perceber pelos relatos que muitos conflitos permearam a interrupção da vida escolar; entretanto, essas pessoas não conseguiram explicar ou expressar os sentimentos, descontentamentos e frustrações que experimentaram e que levaram ao isolamento e à internação. Quando observamos as falas, sentimos somente a saudade de uma época distante, que já passou... Podemos notar uma característica de resistência nas falas, uma nostalgia em relação ao que se era. Assim, os conflitos e o abandono escolar não podem ser olhados em si mesmo e isoladamente.

Vale ressaltar, aqui, que não buscamos culpabilizar essas pessoas pelo abandono escolar, nem mesmo patologizar os conflitos que permearam tais circunstâncias, visto que a questão do fracasso escolar está vinculada a um contexto que privilegia uma criança ideal, com condições de aprendizagem que desconsideram a cultura e a singularidade de cada pessoa. Com isso, concordamos com Bossa (2008) quando este afirma que “a escola que surge com o objetivo de promover melhoria nas condições de vida da sociedade moderna acaba por produzir na contemporaneidade a marginalização e o insucesso de milhares de jovens.” (BOSSA, 2008, p. 18).

O mesmo autor reflete sobre a questão do fracasso escolar enquanto um sintoma que reflete a história do sujeito e o papel ou responsabilidade da escola, destacando que esse sintoma, embora atribuído à instituição escolar, é muito mais complexo, carregado por concepções sociais, culturais, biológicas, médicas e psicológicas de olhar o humano.

É importante ressaltar que essas histórias são narradas após a experiência de institucionalização, que produziu um marco na subjetividade dessas pessoas, pois nesse contexto, nas internações de longa permanência, eram os sintomas e a doença que recebiam atenção. Assim, as suas subjetividades desapareceram atrás da objetividade dos sinais e sintomas de uma doença, que desconsideraram o ambiente, o modo de viver ou os hábitos adquiridos ao longo de suas histórias de vida (ROTELLI, 2001). A institucionalização, além de marcar o período de internação, ressignifica o passado antes dela; portanto, os relatos e memórias são atravessados por essa experiência.

Para Berger e Luckman (1978), o que estaríamos observando seria uma reinterpretação de suas histórias, pois buscariam uma legitimação da nova realidade e, também, das etapas que os auxiliaram na sua apropriação. Esses autores pontuam que esse processo produz uma ruptura na biografia subjetiva do indivíduo, demarcando o antes e o depois de uma experiência para ele significativa. Da mesma forma, afirmam que os sujeitos precisam fazer reinterpretações sobre os acontecimentos e pessoas que passaram pelas suas vidas, buscando ter um passado adequado com a nova realidade; podem até inventar fatos e acontecimentos. Contudo, ainda são absolutamente sinceros em seus discursos, pois buscam harmonizar o passado e o presente.

6 O TEMPO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

O tempo não para...
(Cazuza)

Um tópico bastante elucidativo nas entrevistas foi a dificuldade que essas pessoas demonstraram para falar do tempo em que estiveram institucionalizadas. Durante a conversa, contavam de quando eram adolescentes, antes da institucionalização, e, logo, falavam da atualidade, pulando o tempo de décadas de institucionalização, sendo nítido o incômodo quando interpeladas sobre o assunto. Adriano, por exemplo, comentou sobre ter estudado em escola especial, sobre quando aprendeu a ler e escrever e até sobre a aproximação que tinha com a mãe no período escolar, antes da internação psiquiátrica, contando na sequência sobre a atualidade, a volta aos estudos, os conflitos e as relações interpessoais. Ele pulou o tempo da internação, como se este não existisse, ou melhor, como se ele não existisse neste período.

Para Goffman (2001), os mecanismos de mortificação do eu e de reorganização pessoal impostos pela instituição total, como no caso do hospital psiquiátrico, proporcionam ao(à) paciente um sentimento de fracasso, em que se percebe que o tempo em que esteve internado(a) é um tempo perdido, que precisa ser cumprido e esquecido.

O mesmo autor revela, em *Manicômios, prisões e conventos*, uma sequência padronizada de transformações na concepção do eu do internado, que denomina de “carreira moral do doente mental”. Assim, demonstra que o sujeito internado passa por momentos sequenciais ao ser institucionalizado que vão transformando sua identidade.

O primeiro momento foi chamado de “fase pré-paciente”, que é quando o sujeito é denunciado a partir de uma transgressão ou inadequação social, sendo, então, internado. Ao chegar na instituição total, passa a sofrer rompimentos de suas relações e direitos com o mundo externo, conseqüentemente, passando por humilhações e degradações; inicia-se a mortificação de seu eu. Em seguida, adentra na fase do “internado”, quando apresenta um sentimento de abandono e isolamento, para depois haver a aceitação, pois lhe foram tiradas as defesas, desejos e satisfações. O que lhe é oferecido versa somente sobre restrições e privações, que são tidas como parte de

um tratamento. A próxima fase é quando o sujeito começa a apresentar histórias tristes sobre si mesmo para explicar o fracasso no seu passado, que, contudo, são negadas pela equipe, pois a instituição se apropria de suas vivências. Por fim, o sujeito busca esconder os registros das histórias nos prontuários, mesmo que verdadeiros; tem vergonha da exposição, pois os mesmos caminham pelas mãos de toda a equipe e desmascaram as histórias fictícias que tentam contar para buscar alívio de seus fracassos. Entretanto, precisa aprender a viver sob as condições da instituição, desenvolvendo, assim, a fadiga moral, pois percebe que para sobreviver tem que reproduzir comportamentos que são condenados pela sociedade, mas aceitos dentro da instituição.

Logo, podemos pensar que Adriano buscou o apagamento daquele tempo porque as regras morais e éticas experimentadas são diferentes das praticadas em liberdade. Pode ser, também, que os momentos degradantes e humilhantes precisem ser esquecidos para que o Adriano possa sobreviver, sem contar os sentimentos de abandono e de isolamento que reforçaram o próprio fracasso.

É frequente o hábito de chamar as pessoas da equipe do hospital de “tio” e “tia” e até “mãe” e “pai”, como nas palavras de Bianca (2016): “Minha mãe lá do Mental”. Isso pode evidenciar uma tentativa de forjar um falso ambiente de cuidado acolhedor em função dos rompimentos e da desconstrução dos laços familiares.

Segundo Goffman (2001), quando as pessoas são internadas em um hospital psiquiátrico, chegam com a sua cultura derivada de um “mundo de família” e, ao entrarem na instituição, são despidos de tais concepções. Ali, inicia-se o processo de degradação do eu com as humilhações e rebaixamentos. As instituições totais não substituem uma cultura específica, construída ao longo do tempo. Contudo, quando o tempo de internação é longo, pode ocorrer o que chamou de “desculturamento”, que pode dificultar a reinserção social e a capacidade de enfrentar alguns aspectos da vida diária.

O mesmo autor também enfatiza que existe uma incompatibilidade entre as instituições totais e alguns elementos da sociedade, como no caso da família, da vida familiar. Para ele, a instituição total proporciona uma experiência solitária também para os(as) profissionais, embora estes(as) estejam em grupos na maioria das atividades. A equipe responsável, que come e dorme no trabalho, dificilmente pode ter uma vida familiar satisfatória.

O tempo de internação também é apontado com características de falta de cuidado por essas pessoas, como aponta a moradora Solange (2016): “Eu caí na cozinha e ninguém para me acudir”.

Seria possível não ter alguém para ajudar? Pode-se pensar, neste caso, que não havia alguém interessado em ajudar, em cuidar. Para além da falta de cuidado, há relatos que sugerem castigos físicos praticados dentro da instituição. De acordo com a egressa Bianca (2006), “Fiquei amarrada por causa dela, tomei injeção”.

Basaglia (2001), de forma semelhante ao aqui descrito, descreveu algumas situações de violência e maus-tratos vivenciadas pelos seus entrevistados, também moradores de hospitais psiquiátricos, como ficar presos atrás das grades, em jaulas, passar o dia com os pés e as mãos amarradas, ser obrigados a usar camisa de força, dentre outros métodos utilizados com o intuito de silenciar e castigar os maus comportamentos.

Na pesquisa de Goffman (2001), os castigos que eram aplicados pela equipe de enfermagem durante a internação consistiam em:

Suspensão de todos os privilégios, maus tratos psicológicos, - por exemplo, ridicularização, caçoadas, castigo físico leve e as vezes severo, ou ameaça de tal castigo, fechar o paciente num quarto isolado, negação ou deformação do acesso ao pessoal médico, ameaçar colocar ou efetivamente colocar o paciente na lista da terapia de eletrochoque, transferência para enfermarias indesejáveis, indicação do paciente para tarefas desagradáveis, entre as quais o serviço de limpeza. (GOFFMAN, 2001, p. 53).

Segundo Garcia (2012), houve muitas denúncias de maus-tratos nos hospitais psiquiátricos de Sorocaba e região. Tais violações de direitos humanos ocorridas nessas instituições, contudo, são de difícil investigação. Essas falas apontam para a naturalização da violência nesses locais. Ainda, podem ser observadas essas violações através da reportagem “Casa dos Esquecidos”, já mencionada no início deste trabalho, que revelou aspectos internos de uma instituição sorocabana, evidenciando o modelo de cuidado, ou falta de cuidado, que era ofertado para essas pessoas.

Para Scarcelli, o manicômio é compreendido como lugar das “relações de violência, segregação, massificação, discriminação social, que expressa, num sentido amplo, os diversos mecanismos de exclusão e opressão dessa estrutura social, e, num sentido estrito, a própria instituição psiquiátrica.” (SCARCELLI, 2011, p. 20).

Rute e a Bianca também contaram sobre uma experiência escolar quando estavam ainda no período de internação. Segundo Rute (2016), “[...] Quando tava no Teixeira Lima eu estudei até a quarta série. Eu sei fazer conta de mais, de menos. Era pra eu ter ido pra quinta, mas daí não deram diploma”. Ela contou que chegou a frequentar uma escola no centro da cidade, chamada “Sorriso”, contudo não recebeu seu diploma e, por isso, precisou recomeçar, após sua alta hospitalar. Rute não soube explicar e não compreendeu porque não ficou registrado em seu prontuário suas conquistas escolares. Lamentou ter que recomeçar.

Segundo Goffman (2001), algumas atividades desenvolvidas nas instituições são apenas distrações e servem para ajudar o internado a suportar a tensão psicológica, normalmente sentidas por causa dos ataques ao eu.

Novamente, pode-se observar nessas falas o tempo da institucionalização como tempo perdido. Para Goffman (2001), os sentimentos de tempo perdido são proporcionados porque as condições de internado provocaram as perdas dos contatos sociais e a impossibilidade de adquirir objetos, talentos, formação ou outras coisas que pudessem ser transferidas para a vida externa, com a desinstitucionalização. Para o autor, essas práticas apareciam apenas como entretenimento. Então, as atividades ditas escolares durante o período de internação não foram validadas para a vida fora da instituição psiquiátrica.

Bianca contou sobre participar de um tipo de aula que representava a experiência educacional disponível durante o período de internação, o que demonstra certa tentativa de se criar ambientes dentro do hospital que reproduzissem as experiências fora da instituição. O modelo psiquiátrico manicomial, porém, é contraditório à experiência educacional. Freire (1967) trata a educação como prática de liberdade, que respeita o homem em sua individualidade, em ser sujeito. Ele destaca, entretanto, a existência de forças contrárias, interesses políticos, que têm interesse na massificação da sociedade e na alienação do homem, argumento que podemos perceber como pertinentes à prática psiquiátrica manicomial e seu modelo de reclusão.

Assim, qual seria a função dessa prática educativa dentro do hospital psiquiátrico? Parece que seu intuito foi voltado apenas para a imposição de regras e limites, ou seja, disciplinar. O retorno à educação não buscou a emancipação ou a reparação para essas pessoas, pois mesmo as questões burocráticas não se consolidaram conforme o esperado. A ideia da educação esteve voltada para a

ocupação dos(as) internados(as), sobretudo na simulação de estarem se aproximando do mundo externo ao da instituição psiquiátrica.

Segundo Goffman (2001), as atividades que os internados desenvolviam dentro do hospital eram, em sua maioria, para distração e desprovidas de seriedade. Alguns internados acreditavam que a participação nas atividades oferecidas eram um sinal de que estavam “tratados” e que estas poderiam servir para comprovar isso para seus familiares ou empregadores quando tivessem sua alta.

Basaglia (2001), por sua vez, discute o papel do trabalho braçal dos pacientes dentro do hospital psiquiátrico. Para ele, esse tipo de ocupação respondia apenas aos interesses institucionais e não tinha característica terapêutica. Além disso, não trazia qualificação para quando estivessem fora do ambiente hospitalar. O autor enfatiza a importância das relações interpessoais e as discussões para o cuidado terapêutico.

Já Foucault (1987) afirma que as instituições fechadas tinham como objetivo proporcionar que os indivíduos estivessem ligados ao processo de produção, em uma função determinada, desconsiderando a subjetividade de cada pessoa.

O hospital, primeiro, depois a escola, mais tarde a oficina [...] foram aparelhos e instrumentos de sujeição. Foi a partir desse laço, próprio dos sistemas tecnológicos, que se puderam formar no elemento disciplinar a medicina clínica, a psiquiatria, a psicologia da criança, a psicopedagogia, a racionalização do trabalho. (FOUCAULT, 1987, p. 196).

Para Freire (1967), é necessário que a educação possibilite ao indivíduo a reflexão e discussão sobre as problemáticas de sua vida, que o fizesse consciente e com coragem para questionar sobre as imposições alheias, proporcionando uma análise crítica de suas vivências, ao invés de ser arrastado pelas prescrições do outro.

Segundo Goffman (2001), o controle e a vigilância realizada em uma instituição total propiciam que todos cumpram as normas estabelecidas, equipe e internado(a), mantendo um clima de tensão entre todos. A pessoa que está internada é constantemente vigiada e, dessa forma, suas necessidades e objetivos passam a ser permeados pelo interesse institucional, configurando na perda da sua autonomia e na violenta limitação.

É possível observar características de infantilização na fala dessas pessoas quando elas explicam sobre os cuidados recebidos no manicômio, desde direcionar aos(às) funcionários(as) do hospital denominações familiares ou de contar sobre uma

escola com “aulinhas”, enfocando, de forma diminutiva, tais ações, como na frase de Bianca (2016): “Nóis tinha aulinha lá no hospital”.

O atravessamento das vivências dentro de uma instituição total coloca a pessoa em uma relação de opressão e coopera para que a subjetividade seja produzida conforme compreendem essa relação. Para Benelli (2014), um dos ataques que a instituição total realiza contra o indivíduo internado se refere a um processo de infantilização social, que possibilita que sejam arrancadas da pessoa a “sua autonomia, liberdade de ação e capacidade de decisão, perturbando decididamente sua autonomia civil.” (BENELLI, 2014, p. 34).

No contexto dos egressos dos hospitais psiquiátricos, tem-se a experiência do uso da medicação e do diagnóstico como fator potencializador para proporcionar comportamentos infantilizados, pois pode contribuir para um processo de tutela, deixando de atribuir certas responsabilidades aos internos e às internas, especialmente sobre seus “maus” comportamentos, justificando seus fracassos ou incapacidades em função do uso de medicação e do diagnóstico. Ressalta-se que, em muitos desses ambientes, a possibilidade única de subjetivação era a partir de uma experiência de submissão em relação ao profissional de saúde (RODRIGUES, 2003).

Dessa forma, as experiências no tempo de institucionalização corroboram com a ideia de tempo perdido, que não contribuiu para o tratamento em saúde mental, tampouco para o resgate de práticas escolares, aprendizagem ou socialização. Tem-se a mortificação e o assujeitamento dos indivíduos, com práticas de isolamento, disciplina e violência, as quais estancaram as possibilidades de vida dessas pessoas no tempo em que estiveram institucionalizadas.

7 A EXPERIÊNCIA ESCOLAR NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA

O processo de desinstitucionalização na cidade de Sorocaba ganhou força a partir da assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), devido às denúncias de maus-tratos e violência nas instituições psiquiátricas, conforme já relatado no início deste trabalho. Assim, essas pessoas, vítimas das internações de longa permanência, tiveram a possibilidade de ter sua alta, o tratamento ambulatorial nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e a moradia em uma RT, conforme preconizado pela Lei n. 10216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (BRASIL, 2001).

No começo desse processo, em 2013, Adriano teve sua alta e, com isso, teve acesso à uma RT, onde foi morar com mais nove homens. Esta era uma residência tipo II, que contava com cuidador 24 horas, um técnico de enfermagem seis horas por dia, de segunda a sábado, e uma referência técnica (psicóloga), que era responsável por esta e por mais três casas. Adriano contou sobre a experiência de desinstitucionalização: “Quando eu saí do hospital eu fui pra RT da Buenos Aires, a primeira casa que saiu e eu fiquei lá um bom tempo”. Fui pra residência da Buenos Aires... Levei meus jogos pra jogar na casa... tranquilo.” (ADRIANO, 2016).

De acordo com Barros (2014), um dos motivos para a institucionalização de longa permanência no Brasil é a precariedade social, que consiste no fato do morador não ter lugar para residir fora do hospital psiquiátrico, nem as condições econômicas necessárias. Assim, mesmo com a ausência de vínculos familiares ou sociais, alguns moradores receberam uma renda, neste caso, vinda de benefício social (Programa de Volta pra Casa – PVC) e a moradia em uma RT, o que efetivou a oportunidade de experimentar a reinserção social e a reabilitação psicossocial.

Bianca contou que ficou internada no Hospital Mental por, aproximadamente, 35 anos. Ela foi transferida do Hospital Mental Medicina para o Polo de Desinstitucionalização, onde ficou por cerca de seis meses, quando teve sua alta para uma RT, onde mora atualmente.

Quase morei lá bem disse... Se não fechasse lá, acho que eu tava lá até hoje!
Se não tivesse fechado... Ainda bem que eu vim pra essa casa... eu fui pro

Vera Cruz né... eu vim pra cá, daí eu falei com minha irmã e ela conseguiu essa casa pra mim... Conseguiu com aquela tia, a psicóloga do Vera [Hospital Vera Cruz], não sei o nome dela... (BIANCA, 2016).

É importante ressaltar que, embora essas pessoas morassem no hospital psiquiátrico, em nenhum momento ele é compreendido como um lar. Segundo Rotelli et al. (1990), a instituição psiquiátrica não é uma casa. O manicômio foi o local onde essas pessoas estiveram por falta de alternativas para morar, falta de recursos financeiros, ausência de vínculos familiares e dificuldades em se relacionar e efetuar trocas sociais (REVERBEL, 1996).

Amarante (2003) reflete que a desinstitucionalização não deve estar permeada apenas por ações de racionalização de recursos, otimização ou mera desospitalização, o que desconsideraria a necessidade de se problematizar as relações com os sujeitos e os modos de sua existência. O mesmo autor coloca a desinstitucionalização como um processo de desconstrução, resgatando o termo de Derrida, no qual a desconstrução é apreendida como um processo de desmontagem a fim de entender a lógica em que os saberes foram construídos, buscando não os reproduzir novamente. Assim, a desinstitucionalização é um processo de reconhecimento de novas possibilidades de cuidado que nos colocam diante de pessoas com direitos e novas possibilidades de vida.

Com isso, percebe-se que a desinstitucionalização não para com a queda dos muros dos hospitais psiquiátricos. A inserção dessas pessoas na escola evidencia a possibilidade de novas bases epistemológicas, que enfocam um projeto de vida não mais centrado na *cura*, mas na *invenção de saúde*. Além disso, ressalta a necessidade de desconstrução de uma cultura que apoiava a discriminação, a violência e o isolamento (AMORIM; DIMEINSTEIN, 2009).

O retorno para a escola para cada uma dessas pessoas teve um sentido diferente e foi realizado considerando os desejos explicitados por elas. Rute e Bianca contaram que o desejo foi permeado por causa dos pequenos conflitos na casa e pela necessidade de se ter uma rotina, evidenciando o quanto a experiência institucional demarcou suas expectativas no relacionamento com as pessoas e com o mundo.

O clima estava muito ruim aqui na casa. Nós ficava pra cá, pra lá, não fazia nada, ficava olhando para as paredes. Não tinha o que fazer. Eu ficava aqui, ia para o CAPS, não fazia nada... ficava aqui. Ficava aqui, ia ficando nervosa e a escola está me deixando calma. (RUTE, 2016).

Enquanto a Priscila [referência técnica] não visse a escola para nós, nós não deixava a Priscila quieta! [risos] Toda vez que ela vinha nós perguntava! (BIANCA, 2016).

A convivência em uma casa nem sempre é tranquila; assim também acontece nas RTs. Os conflitos que permeavam as relações e a nova rotina fora do hospital psiquiátrico estavam marcados pelos desejos e responsabilidades de cada morador(a). Os(as) profissionais precisavam mediar e auxiliar a construção de vínculos e rotinas que fortalecessem as relações e esses espaços de moradia.

As três senhoras frequentam uma das escolas que oferecem EJA, em Sorocaba. A classe é no período noturno e fica alocada em uma escola municipal. É uma classe única, na qual a professora se desdobra para atender a todos os alunos. As classes de EJA são distribuídas na cidade conforme a demanda de cada território, segundo a Secretaria de Educação, e todas são no período noturno. As classes atendem alunos maiores de 18 anos que estejam na fase do Ensino Fundamental (do primeiro ao nono ano). A classe que Bianca, Rute e Solange frequentam recebe alunos do primeiro ao quinto ano. Elas mesmas explicam que a professora divide a lousa em duas partes e é preciso colaboração de toda a sala para a organização das tarefas, das solicitações com a professora e respeito para que todos(as) sejam atendidos(as).

A dificuldade para o ingresso na EJA ocorreu porque as classes disponíveis estão distribuídas pela cidade e não contemplam todos os bairros. Nesse caso, as alunas precisam se locomover de transporte público para outro bairro, sendo este um aspecto inicial de ansiedade, com a presença de inseguranças, medos e, em seguida, de autonomia, independência e empoderamento. Essas dificuldades foram vividas com o apoio dos técnicos de referência das casas, que os acompanharam nos primeiros dias, orientaram sobre o transporte público e articularam com as escolas. Dessa forma, foi possível observar caminhos para a reabilitação psicossocial. Para Saraceno (2001, p. 16), “o processo de reabilitação psicossocial seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade.”

Bianca ainda interpretou a dificuldade de ser inserida na EJA como uma possível rejeição. Ela tinha a compreensão da dificuldade que a técnica enfrentou para matriculá-la: “É a única escola que aceitou nós.” (BIANCA, 2016).

Conforme Rolnik (1993), as marcas são vivas, isto é, podem voltar a reverberar em determinadas situações quando convocadas por novos ambientes ou experiências onde encontram ressonância. Assim, é possível perceber o que os sentimentos que estavam emergindo poderiam dizer sobre uma experiência vivida com marcas de sofrimento e de dificuldade, que denunciam a situação de retorno ao ambiente escolar (CAMPOS, 2014).

A experiência da internação de longa permanência foi permeada por aspectos de isolamento e exclusão social, mas a prática do cuidado em saúde mental nos serviços comunitários pode proporcionar a reversão dessa realidade. Então, com a desconstrução do modelo hospitalocêntrico, é possível incluir essas pessoas nos espaços da cidade (PEREIRA et al., 2011).

As narrativas sobre os caminhos que estão percorrendo após a desinstitucionalização apontam para as dificuldades e os medos de se vivenciar a vida fora do espaço fechado. Rute contou que, para voltar à escola, precisou, junto com as colegas, enfrentar o medo de sair à noite e de utilizar o transporte público. Elas compartilharam que tiveram o apoio de seus técnicos de referência para aprender o caminho até a escola.

Freire (1987) discute sobre uma educação libertadora e enfatiza a presença do “medo da liberdade”, que era manifestado em alguns momentos como o medo de uma consciência crítica que fizesse o indivíduo perceber as injustiças e os componentes de situações de opressão. Para ele, o medo da liberdade faz o sujeito preferir um refúgio, a segurança, pois a encontro com a conscientização e a libertação pode fazer desmoronar as suas concepções de vida e de mundo. Diante disso, pode-se pensar que essas pessoas, egressas das internações de longa permanência, além de experimentarem a liberdade física, por estarem fora do ambiente hospitalar, também podem experimentar a liberdade de pensamento, a consciência crítica, que em um primeiro momento pode assustar. Assusta até quem não ficou internado.

A referência técnica, Jenice, contou que a busca pelo retorno escolar foi uma possibilidade de novas experiências de vida para os(as) egressos(as) das longas internações. Essas pessoas relatavam incômodo por não saberem ler e escrever, desejo de aprender a dirigir, outros que referiram desejo de fazer um curso superior, e, ainda, desejo de estar com pessoas diferentes, fora do ambiente da psiquiatria. Observou que alguns(mas) tinham o interesse de retornar aos estudos pela vontade de conversar e andar de ônibus pela cidade. Também contou que:

Uma coisa assim que eu percebi é que eles procuram viver coisas que eles não viveram. Então, assim, tem um que quer ir para escola, não pela escola mesmo, o que eu tinha falado antes, mas assim ele quer participar do desfile do 7 de setembro, ele quer uniforme, entende? Coisas que ele provavelmente não pode viver na escola. Então, ele quer tentar ... assim... retomar algo que perdeu eu acho, para alguns, o que foi tirado... (JENICE, 2017).

O que aparece é o desejo de vida. É possível que as memórias do tempo de infância, de quando foram impedidos(as) de estarem na escola, das brincadeiras de criança, foram marcas que agora podem ser olhadas.

Pinto (1993) afirma que a educação não se limita aos espaços escolares, à comunicação dos saberes formais e científicos. O que se busca é que, por meio dela, a condição humana do indivíduo possa ser transformada, alterada. Dessa forma, com a educação, o homem é transformado e pode transformar o seu mundo.

Adriano relatou de forma singela a sua experiência de retorno escolar ao CEEJA enfocando os conteúdos escolares, parecendo se sentir valorizado por estar se apropriando de tais conhecimentos.

Porque para mim foi bom... Eu voltar a estudar... Teve uma vez que eu faltava da escola, não ia, mas agora me deu uma boa ideia, de voltar para escola e estudar... Para mim tem as matérias... o português, a matemática, artes... Já fiz matemática, arte, inglês e no fundamental fiz arte também no fundamental, fiz português no fundamental, fiz português ensino médio. Nesse ano agora eu acabo português... tem uma avaliação final, amanhã eu faço a prova final e esse ano eu vou levar uma matéria só... (ADRIANO, 2016).

A relação entre escola e aprendizagem é algo inseparável para essas pessoas, pois, para elas, a escola é o lugar que tem o conhecimento que lhes fora negado em outros momentos de suas vidas. É claro que os elementos básicos do conhecimento das Letras, da Matemática e afins são indispensáveis e fundamentais, mas o seu valor é instrumental, serve para auxiliar o educando na busca por mais saber, por isso a sociedade precisa estar preparada para proporcionar oportunidade para que outros saberes possam ser adquiridos (PINTO, 1993).

Nas narrativas, ficou evidente certo constrangimento por não terem alguns conhecimentos escolares básicos, permeado por sentimentos de inferioridade e baixa autoestima. Segundo Goffman (2001), existe um desejo de que a doença mental seja tratada e esquecida, além disso, a passagem pelo hospital coloca um rótulo estigmatizante nessas pessoas e pode restringir as suas possibilidades de reinserção social.

A ânsia pelo estudo fica atestada a transcrição de parte da entrevista realizada com Rute, Bianca e Solange, inserida abaixo:

Rute: Nós que ir... nós que aprender!! Ah ... quem que não gosta de estudar? Eu também falei para ela que eu queria saber escrever difícil.

Bianca: Quero aprender!! Eu não sabia fazer conta eu queria aprender tudo... Eu falei que eu queria porque eu não sabia voltar troco,

Solange: Ah eu ficar sem escola? Não posso!!

Pesquisadora: Não pode por quê?

Rute: Ela quer aprender assinar o nome dela.

Pesquisadora: Você quer aprender a assinar seu nome?

Solange: Quero.

É incrível perceber o quanto essas pessoas valorizam a escola, ao mesmo tempo em que os investimentos e a política pública ainda não reconhecem esse valor. Talvez nem mesmo os(as) professores(as) e outros(as) profissionais da educação saibam a importância desse espaço.

Para Goffman (2004), o sujeito estigmatizado tenta, com esforço individual, sair dessa condição. Ele se sente inseguro perto das outras pessoas porque tem medo de como é visto pelo outro. Para o autor:

Ter consciência da inferioridade significa que a pessoa não pode afastar do pensamento a formulação de uma espécie de sentimento crônico do pior tipo de insegurança que conduz à ansiedade e, talvez a algo ainda pior, no caso de se considerar a inveja como realmente pior do que a ansiedade. O medo de que os outros possam desrespeitá-la por algo que ela exiba significa que ela sempre se sente insegura em seu contato com os outros; essa insegurança surge, não de fontes misteriosas e um tanto desconhecidas como uma grande parte de nossas ansiedades, mas de algo que ela não pode determinar. (GOFFMAN, 2004, p. 14).

É possível que essas pessoas enfrentem nesses espaços, ainda, condições de preconceito e estigmas, os quais, quando se trata da loucura, permanecem na cultura e no imaginário da população.

Elas falam que nós somos engraçadas. (RUTE, 2016).

Ah é... elas falam que a gente é engraçada. (BIANCA, 2016).

O mascotinho da escola. (ELIANE, 2016)

Segundo Ferreira (2010), a experiência com o preconceito, o estigma, a discriminação e a segregação estão presentes na história da assistência psiquiátrica, com o modelo asilar. Contudo, as novas formas de cuidado em saúde mental e as maneiras de se lidar com o sofrimento psíquico das pessoas têm impulsionado um processo de mudanças políticas e culturais, que aumentaram o poder contratual dessas pessoas.

Adriano contou a sua experiência com as regras institucionais, desta vez na escola. Vale ressaltar que é preciso cuidado com tais práticas para que não seja reproduzida apenas uma experiência institucional, mas que sejam trabalhadas novas possibilidades de vida para os(as) egressos(as).

A irmã Rosa me deu conselho lá no CEEJA... A de eu precisa estudar português. De ir na escola não é pra levar o celular na escola... deixar sempre no fone de ouvido... Só quando a professora de português mesmo, não quer que ligue o celular na classe. Eu não ligo, meu celular fica desligado na escola. E se eu tiver que atender ligação vou atender lá fora da escola. (ADRIANO, 2016).

Os regulamentos podem funcionar como uma resposta rápida para muitos conflitos, mas somente pela reflexão e discussão é que os sujeitos poderão se constituir como sujeitos emancipados. Para Rancière (2002), a emancipação ocorre quando se tem consciência da igualdade e da reciprocidade, pois somente assim se pode trabalhar os potenciais de cada pessoa, já que “o que embrutece o povo não é a falta de instrução, mas a crença na inferioridade de sua inteligência.” (RANCIÈRE, 2002, p. 50).

Segundo Rotelli (2001), a emancipação não é um processo de reparação, mas de reprodução social, considerando aspectos de singularização e ressingularização do sujeito. Para o autor, é a oportunidade de proporcionar outras experiências para as pessoas.

Pode-se observar também as dificuldades dos professores no contato com essas pessoas, segunda a fala do coordenador do CEEJA:

E a primeira preocupação é sempre assim: ele é capaz de aprender alguma coisa nova ou não? Ele é capaz de aprender isso e aquilo. Aí alguns colegas: não, vamos ter que fazer adaptação com ele né. Falei: olha ... não faça adaptação nenhuma... porque o problema dele não tem nada a ver com a aprendizagem, o problema dele é de comportamento... é outra coisa, não entra nesta área da aprendizagem. (JORGE, 2016).

Houve, nas narrativas, o destaque para o cuidado e o afeto que essas pessoas encontraram nas relações com os(as) professores(as) e funcionários(as) das escolas. Adriano contou sobre a experiência de escrever uma redação sobre ele próprio. Disse que a fez com o auxílio da professora e pôde relatar a sua história de vida. Neste sentido, surge a necessidade de se sentir aceito e acolhido. Contou, também, dos presentes que recebeu dos(as) professores(as). É possível perceber os vínculos com as educadoras nas falas de Adriano e Solange:

Eu ganhei um bolsinho, estojinho assim, da professora de português e da professora de artes. Eles falaram que eu era um bom aluno. Ah... Eu gostava.... Fazia a resposta no caderno, deixava livre para o professor me ajudar. (ADRIANO, 2016).

Ela [a professora] ajuda, pega minha mão com o lápis, caneta... (SOLANGE, 2016).

Saraceno (2001) pontua que, para o sucesso da reabilitação psicossocial, para além de qualquer técnica utilizada, é importante estar atento ao nível da afetividade e do real vínculo entre as pessoas, o que, neste caso, pode-se observar no cuidado que esses(as) professores(as) demonstraram para com os(as) educandos(as), que descreveram essas ações como potentes para o próprio desenvolvimento, pois perceberam que suas dificuldades estavam sendo acolhidas nesses espaços. É nítido como essas pessoas se sentem importantes por poderem aprender e estar em um espaço que antes lhes fora negado.

Com isso, a escola aparece como um espaço de socialização e de construção de vínculos afetivos. A questão de se vão aprender ou não é periférica diante da potencialidade desse espaço para o desenvolvimento pessoal. Adriano contou que seus relacionamentos na escola são com os(as) professores(as), da mesma forma, seus(suas) educadores(as) disseram ter muito afeto e cuidado em relação a ele.

Para Freire (1987), a prática de uma educação libertadora rompe com os esquemas verticais de uma educação bancária fomentando as possibilidades de diálogo. Assim, “o educador não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa” (FREIRE, 1987, p. 39).

Rute e Solange contaram sobre as amizades com os(as) colegas de turma e sobre como já pegaram carona, ouviram histórias e piadas etc. A referência técnica

de saúde mental, Jenice, percebeu a importância desse espaço também como espaço de socialização:

A escola é o convívio mesmo. Então, lá no EJA tem um monte de alunos, cada um tem uma história, não digo isso só dos moradores. Eles têm oportunidade de conviver com outras pessoas que falam de outros assuntos, né? Então eu acho que para eles é importante essa questão da escola. (JENICE, 2017).

De acordo com Pinto (1993), a educação é um fenômeno *social total*, isso porque não se pode interpretá-la ou planejá-la sem considerar a totalidade do indivíduo e de seu contexto. Para ele, “a educação é parte de um conjunto de interações e de interconexões recíprocas e não pode ser dissociada deles (valores reais e sociais), tratada isoladamente” (PINTO, 1993, p. 51). Essas pessoas que retornaram à escola têm a oportunidade de viver experiências, junto com seus mestres e colegas, para além da aquisição dos conteúdos formais.

O retorno à escola também possibilitou ampliar as possibilidades para o futuro. Adriano comentou sobre o desejo de terminar o período na escola e fazer um curso de jardinagem para trabalhar. Rute e Bianca também desejam terminar o estudo:

Nós estamos gostando, vamos até o fim. (BIANCA, 2016).

Vamos até terminar a escola! Para saber um pouco da vida! Se um dia a gente quiser trabalhar pode arrumar um emprego melhor. (RUTE, 2016).

As professoras apontam o papel da EJA, como explicitado anteriormente, enfatizando a formação e inserção do(a) aluno(a) no mercado de trabalho, desconsiderando outras possibilidades dentro daquele espaço, como a oportunidade de conhecer novas histórias de vida e construção de vínculos. Contudo, permanecem com a dúvida sobre a capacidade desses(as) alunos(as), egressos(as) dos hospitais psiquiátricos, evidenciando resquícios do preconceito e do estigma que essas pessoas carregaram e ainda carregam:

[...] Não... porque eu gostaria que ele se inserisse no mercado de trabalho, aliás a função aqui da escola, do EJA é essa, né? Voltada para o mundo do trabalho, que ele tem que concluir o ensino médio para ter o emprego. Mas é... eu não vejo assim... onde que poderia encaixar ele? (ELIANE, 2016).

Para Pinto (1993), o ser humano atua com seu trabalho na sociedade independente se é iletrado ou se teve acesso à educação formal. A falta do

conhecimento formal, ler e escrever, não é empecilho para a conscientização sobre o seu papel político e sua capacidade de transformação do mundo. Assim, a educação formal deve potencializar a sua participação social pelo aumento do seu nível cultural.

Segundo Freire (1967), a possibilidade de o homem intervir sobre o seu mundo, na natureza e na cultura, em um processo criativo e crítico, elucida a potencialidade da democratização do conhecimento. A aquisição da leitura e da escrita é como uma chave para que o adulto se insira no mundo da comunicação escrita.

Nas narrativas das professoras, percebe-se a presença de termos e expressões que infantilizavam essas pessoas, fato que estas já enfrentaram durante o período em que estiveram no hospital psiquiátrico.

Ele foi conquistando a equipe e a escola inteira. Uma belezinha! Todo mundo gosta dele aqui. É uma criança grande né? Nós vemos ele como um menino. (CRISTINA, 2016).

Ele se destaca porque ele parece uma criança gigante, né? O jeitinho dele, né? (ELIANE, 2016).

De acordo com Pinto (1993), a concepção equivocada do processo de educação de adultos advém de uma “visão regressiva”, que considera o adulto iletrado como uma criança, como se tivesse cessado o seu desenvolvimento cultural. Dessa forma, supõe-se que a educação deva retomar o seu desenvolvimento mental como se estivesse em um estágio infantil, percebendo-o em uma condição de “atrasado”. Para o autor:

Esta concepção, além de falsa e ingênua, é inadequada, porque deixa de encarar o adulto como sabedor; ignora que o desenvolvimento do homem é de natureza social e não reconhece o adulto iletrado como membro atuante e pensante de sua comunidade. (PINTO, 1993, p. 88).

Além disso, o autor complementa que os(as) educadores(as) podem utilizar métodos inadequados de ensino, impróprios para adultos, que não contribuirão para o alargamento e aprofundamento de seus conhecimentos, bem como para sua consciência crítica e participação comunitária (PINTO, 1993).

Vale ressaltar também que, conforme Guattari e Rolnik (2005), a subjetividade dos sujeitos em uma sociedade de consumo é produzida por aspectos de infantilização, os quais, subjungando através de filtros de como se deve agir, ver, pensar ou ouvir, tutelam as potencialidades de subjetivação de cada pessoa, pois não

permitem o desenvolvimento individual e a autonomia desta. Então, os desafios para se estar, para existir nesta sociedade estão para além de uma questão educacional.

É possível rever os processos educacionais, propiciando a emancipação do(a) aluno(a), sobretudo do(a) professor(a), quando se adota uma postura como a do(a) artista, na qual “não se contentar em ser um homem de ofício, mas pretender fazer de todo o trabalho um meio de expressão; não se contentar em sentir, mas buscar partilhar” (RANCIÈRE, 2002, p. 79).

Observamos que falta um projeto político para a EJA, que englobe a educação popular e em que seria possível um melhor acolhimento do adulto, visto as demandas para além da aprendizagem formal.

8 A APROXIMAÇÃO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL: AS PRÁTICAS INTERSETORIAIS

As ações em rede na saúde mental estão amparadas na Portaria n 3.088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a fim de regulamentar a articulação entre os serviços, a equipe multiprofissional, o cuidado em território e a interdisciplinaridade, fortalecendo a reinserção social dos usuários na comunidade. Conforme a mesma Portaria, que pontua o “desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania” (BRASIL, 2011a, p. 2), enfatizamos o papel que a educação pode desenvolver nesse processo de cuidado.

Contudo, observa-se que as propostas de trabalho em rede têm ficado concentradas nos serviços de saúde, principalmente entre os serviços de saúde mental, nos CAPS, ignorando os limites e a burocratização das práticas realizadas, que podem dificultar a transformação das pequenas ações no dia a dia dessas pessoas. A constituição de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico precisa integrar equipamentos sociais que estejam presentes no território, nas comunidades, e que se comuniquem de forma ágil e resolutiva para que os(as) usuários(as) sejam acolhidos(as) e atendidos(as) em suas demandas (LIBERATO, 2009).

Para a mesma autora, “há problemas que ultrapassam o campo da saúde mental e do próprio SUS” (LIBERATO, 2009, p. 6), por isso, é preciso que os diversos serviços se articulem para realizar um trabalho coerente com as necessidades dos(as) egressos(as) dos hospitais psiquiátricos.

Conforme Amarante (2003), a desinstitucionalização não é apenas uma reestruturação técnica, mudanças no modelo de assistência ou de modernização nas terapias. Trata-se de um processo complexo, no qual é preciso reconhecer novas relações que trazem à tona os sujeitos portadores direitos. Da mesma forma, pode-se desconstruir a doença, colocando-a “entre parênteses”, então, teremos novos serviços e novas práticas de cuidado.

Segundo Liberato (2009), para o cuidado integral dos(as) usuários(as) egressos(as) dos hospitais psiquiátricos, é preciso ir além dos serviços de saúde mental, enfrentando os desafios da intersectorialidade, dos trabalhos em rede.

Da mesma forma, Oliveira et al. (2017) enfatizam a necessidade de se estabelecer parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais para garantir que as situações que ultrapassam as questões da saúde sejam contempladas e possam proporcionar transformações sobre as condições de vida e saúde das pessoas, famílias e comunidade.

O cuidado em saúde mental com a desinstitucionalização passou a ser permeado pela “defesa da vida e a percepção dos cidadãos como pertencentes a uma comunidade” (FERREIRA et al., 2017, p. 2). Assim, é importante considerar também as condições relacionais que se apresentam, pois estas podem ser produtoras de vida (FERREIRA et al., 2017, p. 2).

A educação popular expõe a característica política da educação quando proporciona o questionamento das relações de poder instituídas em uma sociedade capitalista e que se reproduz através de uma *educação bancária*. Ela impulsiona a reflexão e ações para a construção de um projeto político-histórico com o objetivo de construir uma sociedade justa e igualitária, e, ainda, considera compartilhar este plano com outros setores da sociedade (PEREIRA; PEREIRA, 2010).

A aproximação da saúde mental com a EJA, na cidade de Sorocaba, mostrou-se incipiente, dada a fragilidade dos laços entre os serviços e essa recente história, ainda em construção. Neste sentido, há um cenário potente para uma parceria de cuidado e de promoção de autonomia para essas pessoas.

A importância de ampliar os cuidados para os(as) egressos(as) em outros espaços públicos, como a escola, revela-se pela necessidade de construção de uma rede de sustentação para relacionamentos e trocas afetivas. É a partir dos conflitos que os espaços públicos e a própria cidade geram que se pode construir estratégias para enfrentar as barreiras e se fortalecer diante do mundo e da sociedade (FERREIRA, 2010).

Um dos professores buscou descrever sua atuação com os(as) educandos(as):

O pensar em qualificá-lo, tratá-lo como humano. Acho que é um ponto legal, e tentar fazer assim: você não é apenas mais um, mas você é o Fulano e aqui você acaba sendo... E quando a gente trabalha a individualidade de cada um, você acaba tornando a escola um pouco mais humana. (JORGE, 2016).

Para Campos (2014), o trabalho dos(as) professores(as) na EJA deve se dar no sentido de garantir que os benefícios educacionais alcancem democraticamente

uma ampla parcela da população. Para atuar nesse projeto, é necessário engajamento político e articulação com outros parceiros, pois se trata de uma questão de âmbito nacional, que ultrapassa a escolarização ou a saúde. É um projeto político de sociedade e de país.

O movimento de aproximação desses campos, EJA e saúde mental, surgiu por iniciativa dos(as) profissionais da saúde mental, talvez por ser a área mais implicada com a desinstitucionalização, no acolhimento aos(às) egressos(as) dos hospitais psiquiátricos e, por isso, tenha mais acesso a suas demandas.

Então eu tive que ir lá (na escola), explicar o que era o trabalho de residência terapêutica e porque que essas pessoas estavam indo para lá. Na verdade, a escola hoje segue uma portaria, uma lei que ela não pode rejeitar ninguém. Ela é obrigada aceitar todo mundo, mesmo que os professores não estejam preparados para isso ... e não estavam mesmo. (JENICE, 2017).

De acordo com Ferreira (2010), as novas práticas em saúde mental implicam em um olhar integral para os sujeitos. Assim, as práticas estereotipadas dentro dos serviços de saúde, como os grupos e oficinas selecionados de acordo com os perfis dos(as) usuários(as), precisam ser superadas. A proposta é a diversificação de estratégias de cuidado que possibilitem o acolhimento integral dessas pessoas. Por isso, a questão da intersetorialidade se torna um componente essencial para o cuidado, pois a atenção em saúde mental precisa de novas estratégias, visto a complexidade dos temas e problemas que emergem cotidianamente, sem contar que muitos desses dilemas nem são do campo da saúde.

A mesma autora pontua que as pessoas com problemas mentais estão permeadas por questões que transitam entre a saúde e a doença, bem como pela intensidade dos sintomas, o que demanda atendimentos diferenciados que estejam alinhados com suas necessidades. Para a autora, “o desenvolvimento de interfaces entre saúde e sociedade que possibilitem trocas criativas e amplas é de fundamental importância no processo de mudança da lógica de exclusão do doente mental.” (FERREIRA, 2010, p. 28).

A realidade dessa aproximação trouxe contradições, revelando concepções de periculosidade e medo sobre a doença mental, que ainda permeiam tais relações. Em uma das narrativas das professoras, ficou evidente o pouco conhecimento que tinham sobre a psiquiatria e sobre as possibilidades de cuidado fora do hospital psiquiátrico,

lembrando que tais personagens estão imersas em uma região onde, até 2012, a internação psiquiátrica era tida como a forma quase exclusiva de tratamento.

Para nós da equipe.... Como que ele era? Qual o comportamento dele? Que nós não poderíamos dar muita liberdade para ele. É... Porque é assim, igual eu falei pra outra professora, nós não sabíamos como trabalhar com ele, ninguém tem experiência de trabalhar com esse tipo... né... de alunos assim. (CRISTINA, 2016).

Para Pelbart (1990), é necessário nos libertar dos nossos manicômios mentais. Para ele, não basta derrubar os muros dos hospitais psiquiátricos e focar a loucura como apenas um distúrbio ou sintoma social que pode ser absorvido pela sociedade como um todo. Isso porque, mesmo com tais mudanças, podemos manter as nossas mentes intactas, longe das transformações que o convívio com essas pessoas pode proporcionar.

Vale ressaltar que a área da saúde mental, em uma perspectiva não-medicalizante, requer uma visão que privilegie a intersectorialidade. A transversalidade de saberes pode contribuir para que o cuidado considere os aspectos históricos, sociais e culturais que permearam a construção do paradigma da loucura ao longo do tempo da existência da humanidade. Assim, “os profissionais precisam compreender que as questões de ordem psicossociais são apenas uma parte dentro do todo que representa a área da saúde mental” (OLIVEIRA et al., 2017, p. 5). A psicóloga referência técnica contou sobre a experiência de trabalhar esses conceitos junto à área da educação:

Alguns é difícil... Que são casos mais específicos, que são casos difíceis até para nós da saúde. Mas a escola eu acho que acolhe e acolheu. No começo eu senti essa resistência, mas hoje acolhe muito bem, me ligam qualquer problema.... Eu dou meu telefone.... Podem me ligar, qualquer problema a gente vai tentar resolver.... Então assim, foi uma vez que a escola e ligou para falar dessa questão de conotação sexual, que foi falada dentro do ônibus, não foi nem dentro da escola, mas só.... Eu não tenho problema com escola em relação a isso... (JENICE, 2017).

Dias (2012) trabalha com a questão do deslocamento, e, nesse sentido, percebemos a importância da educação se deslocar de seu lugar comum, conhecido, para a criação de rede.

Há, na fala das professoras, o reconhecimento da potencialidade da EJA no empoderamento das pessoas, especialmente no desenvolvimento das capacidades

de superação dos processos de interiorização do estigma, o que se reflete em termos de ganhos da “autoestima”:

Os alunos que vem para cá são alunos que estão há muito tempo sem estudar, né? Com problemas... há não conseguiu terminar, ficou muito tempo... Então quando eles voltam a gente percebe que a autoestima deles vai lá em cima ... ficam nervosos, “nossa... eu não vou conseguir” e, não... A gente percebe que vai, vai desenvolvendo. (MARGARIDA, 2016).

Além do desenvolvimento cognitivo que a EJA pode proporcionar, a psicóloga Jenice enfatizou a experiência que essas pessoas podem ter em um espaço diferente do ambiente da saúde e da assistência psiquiátrica, ao qual estiveram submetidas durante a maior parte de suas vidas:

Porque eles devem estar cansados de conversar coisas só de saúde, né? Eu digo assim, porque a gente só fala disso mesmo, então, a gente tenta não falar, mas na residência [residência terapêutica] acaba sendo um cuidado também. Tipo: “ah fulano está com dor naquilo, está com dor na onde, está com não sei o que...”. Fica uma coisa ... a gente só fala daquilo, só fala da saúde... Então, assim, eles têm oportunidade de conviver com outras pessoas que falam de outros assuntos. (JENICE, 2017).

A possibilidade de reconhecermos os desejos dessas pessoas e auxiliá-las no trânsito pelos diferentes espaços é a oportunidade de nos deslocarmos de nós mesmos e participarmos de um projeto de vida pautado na autonomia e no protagonismo de cada um e de cada uma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: APRENDENDO COM A EXPERIÊNCIA

Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total. Todos os sucedidos acontecendo, o sentir forte da gente - o que produz os ventos. Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.
(GUIMARÃES ROSA, 1985, p. 291).

O percurso desta pesquisa proporcionou uma aproximação entre saúde mental e educação de jovens e adultos, tendo como protagonistas os(as) egressos(as) que estiveram à margem de um sistema educacional e de uma sociedade de premissa excludente, que proporcionou o isolamento, ignorando as possibilidades de vida e de cuidado para essas pessoas.

Neste estudo, refletimos sobre o papel da educação no cuidado dos(as) egressos(as) de longas internações nos hospitais psiquiátricos, trazendo à tona as experiências que estão acontecendo nos últimos anos, desde 2012, com a assinatura do TAC e as transformações na política de saúde mental da cidade, principalmente com a desinstitucionalização. Assim, é nessa efervescência que percebemos o início de uma aproximação entre a saúde mental e a educação, ainda que esse processo tenha se mostrado unilateral, pois foi a saúde mental que convocou, na prática, a educação para participar desse cuidado.

Os espaços escolares que estiveram disponíveis para acolher essas pessoas foram a Educação de Jovens e Adultos (EJA) e o Centro Estadual de Educação de Jovens e Adultos (CEEJA). Contudo, talvez tenha havido pouca articulação entre os(as) profissionais da saúde mental e da educação, prevalecendo o pouco conhecimento sobre o assunto dentro das escolas, o que apareceu nas dúvidas dos(as) educadores(as) sobre a possibilidade de reabilitação psicossocial por meio, também, da educação.

A interrupção dos estudos em tenra idade foi descrita com sentimento de tristeza e resignação. O fracasso escolar foi uma realidade para essas pessoas, contudo, ele é uma parte de todo o problema, que é muito mais complexo, pois envolve as concepções sociais e culturais de uma sociedade a respeito do humano e de como

ela percebe suas diferenças. As mudanças de escola e o conseqüente abandono escolar ocorrido ainda nos anos do Ensino Fundamental refletem uma política educacional, que, embora abrangente, na prática não proporcionou condições adequadas para acolher essas diferenças. Conforme Bossa (2008), uma instituição que tem uma característica importante de promover a melhoria nas condições de vida pode ter contribuído para a marginalização dessas pessoas. Assim, a patologização dos problemas psicossociais colaborou para a segregação e, conseqüentemente, para a internação psiquiátrica no período da adolescência.

Um fato marcante nas narrativas sobre o período de institucionalização foi a dificuldade em se falar desse tempo, pois os(as) entrevistados(as) se referiram ao período anterior à institucionalização e à atualidade, ignorando o tempo em que estiveram institucionalizados, como se período não existisse, corroborando a ideia de tempo perdido e que precisa ser esquecido (GOFFMAN, 2001). A necessidade de apagamento dessa fase advém das regras morais e éticas que experimentaram no período da internação e que não prevalecem após a desinstitucionalização, além dos momentos degradantes e humilhantes que precisam ser esquecidos para poderem continuar e sobreviver.

A internação de longa permanência proporcionou experiências de contenção, castigos, com violência e maus-tratos, marginalização, isolamento e discriminação social, que contribuíram para a mortificação do eu. Ao mesmo tempo, essas pessoas, vítimas das internações de longa permanência, experimentaram um falso ambiente acolhedor, em que se tentava forjar um local familiar e de trocas de afetos, onde profissionais eram nomeados como “tios”, “tias”, evocando uma lembrança familiar.

Assim, não existe a possibilidade de uma prática educativa nesse tipo de ambiente, isso pensando em uma *prática educativa libertadora*, como a de Freire, que provoque a reflexão e a conscientização sobre suas condições de vida. O que se percebe é que as vivências de escolarização dentro do manicômio foram muito mais no sentido de buscar algum tipo de ocupação para os(as) institucionalizados(as), sem fins terapêuticos nem propósitos de reabilitação.

Vale ressaltar que essas pessoas, no período de internação, vivenciaram uma infantilização, na qual a medicação e o diagnóstico colaboravam para a submissão, a opressão e a falta de autonomia em relação à equipe técnica ou profissional de saúde.

Os(as) egressos(as) que retornaram aos estudos, sujeitos e sujeitas desta pesquisa, narraram a experiência como potente para adquirir conhecimentos,

autonomia e independência. Para tais personagens, a escola apareceu como oportunidade para resgatar um direito que lhes fora anteriormente negado. Contudo, é importante ressaltar que essa experiência esteve permeada por inseguranças e medos, pois o estigma do(a) louco(a), da periculosidade, ou, por vezes, do “bobo” ou da “boba”, do ser engraçado(a), pareceu abafar as potencialidades que poderiam responder aos desejos e suscitar as novas possibilidades de vida. Dessa forma, tal cenário pode ter deixado a educação e a escolarização ainda em um nível apenas institucional, distante de proporcionar emancipação e libertação, pois a escola pareceu mais preocupada com os métodos, as regras, a hierarquia, ou seja, com o poder disciplinar, conforme descrito por Foucault, desconsiderando o humano e as experiências de vida.

As vozes e os desejos dessas pessoas começaram a serem ouvidos. Assim, a busca pelos espaços escolares começou com a desinstitucionalização, com a possibilidade de construção de novos lugares de socialização e reabilitação. Com os desejos, vieram os novos desafios. As classes noturnas trouxeram os medos e a necessidade de transitar pela cidade, em um território inicialmente desconhecido. Porém, o constrangimento por não saber e o sentimento de inferioridade não intimidaram ou diminuíram a vontade de adquirir conhecimentos e de enfrentar o estigma da internação psiquiátrica e da dúvida sobre a própria capacidade suscitada por alguns(mas) professores(as).

A escola apareceu nas narrativas como local de formação de vínculos, afetividade e espaço de socialização, assim como lugar de ampliação das possibilidades do futuro, porque suscitou desejos para o trabalho.

A experiência de reabilitação psicossocial não deve estar pautada apenas na área da saúde mental, pois muitos dos conflitos e das necessidades dessas pessoas são de lugares diferentes, como, neste caso, do campo da educação. Contudo, além de fortalecer a articulação com a área educacional, é preciso alcançar outros setores, como habitação e cultura, considerando os desejos e as necessidades dos(as) ex-internados(as).

Observou-se que o movimento de cuidado ainda está ancorado nos(as) profissionais de saúde mental, que precisam validar o lugar dessas pessoas nos ambientes escolares, bem como mediar as relações e os conflitos que emergem nesses locais. A EJA foi reconhecida por todos(as) os(as) sujeitos(as) desta pesquisa como um lugar potente para o desenvolvimento das capacidades e superação das

adversidades. Assim, para além da aprendizagem formal, a EJA apareceu como a experiência de estar e existir em um ambiente fora da saúde mental. O que tem que ser valorizado é o processo, a socialização, não a questão se irá ou não aprender.

Vale ressaltar que essa aproximação, esse encontro e, às vezes, desencontro, ainda é recente. Portanto, é por meio de práticas, discussões e reflexões que tem se construído e fortalecido tais espaços. Não há tempo para esperar os(as) profissionais estarem preparados(as) ou os espaços estarem adequados para essa experiência, pois ela é urgente, e quando observamos o tempo que o paradigma manicomial retirou da vida dessas pessoas, percebemos o quanto todos e todas nós estamos convocados e convocadas a olhar para esses desejos e pensar novas formas de cuidado.

O tema da saúde mental no município de Sorocaba é permeado por controvérsias e retrocessos, por exemplo, pelas constantes trocas nas lideranças dos serviços e da coordenação em saúde mental da cidade, pelas desconstruções das equipes, e principalmente – de forma velada –, pelos interesses políticos e econômicos que ainda permeiam esse processo. É importante que os(as) profissionais e toda a comunidade estejam atentos(as) a tais questões e permaneçam unidos(as) e resistentes para que as mudanças sejam consolidadas.

Reiteramos a necessidade de mais pesquisas sobre este tema, visto que é possível ampliar e aprofundar as discussões para oferecer melhor suporte técnico-teórico para os(as) profissionais que estão envolvidos(as) nesse processo de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Entrevistas

ADRIANO. **Entrevista**. [2016]. Entrevistadora: Thaís Regina Zamboni Ribeiro. Sorocaba, 2016.

BIANCA. **Entrevista**. [2016]. Entrevistadora: Thaís Regina Zamboni Ribeiro. Sorocaba, 2016.

CRISTINA. **Entrevista**. [2016]. Entrevistadora: Thaís Regina Zamboni Ribeiro. Sorocaba, 2016.

ELIANE. **Entrevista**. [2016]. Entrevistadora: Thaís Regina Zamboni Ribeiro. Sorocaba, 2016.

JENICE. **Entrevista**. [fev. 2017]. Entrevistadora: Thaís Regina Zamboni Ribeiro. Sorocaba, 2017.

JORGE. **Entrevista**. [2016]. Entrevistadora: Thaís Regina Zamboni Ribeiro. Sorocaba, 2016.

MARGARIDA. **Entrevista**. [2016]. Entrevistadora: Thaís Regina Zamboni Ribeiro. Sorocaba, 2016.

RUTE. **Entrevista**. [2016]. Entrevistadora: Thaís Regina Zamboni Ribeiro. Sorocaba, 2016.

SOLANGE. **Entrevista**. [2016]. Entrevistadora: Thaís Regina Zamboni Ribeiro. Sorocaba, 2016.

• Bibliografia geral

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMEINSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025>. Acesso em: 07 fev. 2018.

ALVARENGA, Marcia Soares de. Da cegueira à orfandade: a questão da cidadania nas políticas de alfabetização de jovens e adultos (1947 – 2002). **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n. 36, p. 200-215, dez. 2009. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/36/art15_36.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BARROS, Sônia et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1235-1247, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/en_0104-1290-sausoc-23-4-1235.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2018.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BEISIEGEL, Celso de Rui. **Paulo Freire**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco; Massangana, 2010.

BENELLI, Silvio José. Goffman e as instituições totais em análise. In: Id. **A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2014. p. 23-62. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/74z7q>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: Perspectivas e Problemas. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v.11, n. 1, p. 21-27, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003>. Acesso em: 12 abr. 2017.

BEZERRA JR., Benilton. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (Orgs.) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 113-126.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 41-72.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BOSSA, NÁDIA A. **Fracasso Escolar: um olhar psicopedagógico**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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

_____. Casa Civil. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago. 2009. p. 3. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 22 abr. 2017.

_____. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União [eletrônico]**, Brasília, DF, 09 abr. 2001. p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 22 abr. 2017.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. p. 27833. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011a. Seção 1, p. 59-61. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. Portaria n. 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011b. p. 233-234. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

CAMPOS, Ana Maria de. **Histórias contidas e nem sempre contadas na formação de jovens e adultos**. 2014. 392 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/254097>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev.. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CATELLI JR., Roberto; HADDAD, Sérgio; RIBEIRO, Vera Masagão (Orgs.). **A EJA em Xequê: desafios das políticas de Educação de Jovens e Adultos no século XXI**. São Paulo: Global, 2014.

CAYRES, Alina Zoqui de Freitas et al. (Orgs.). **Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo**: censo psicossocial 2014. São Paulo: FUNDAP; Secretaria da Saúde, 2015.

CONEXÃO REPÓRTER. **A Casa dos Esquecidos**. 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=UZBMaKNxua0>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DIAS, Romualdo. **Educação de Jovens e Adultos**: entre o “deslocar” e “implicar”. 2012. 181 f. Tese (Livre Docência em Sociologia da Educação na disciplina Fundamentos da Educação de Jovens e Adultos) – Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, Rio Claro, 2012.

DI PIERRO, Maria Clara. Notas sobre a redefinição da identidade e das políticas públicas de educação de jovens e adultos no Brasil. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 92, p. 1115-1139, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v26n92/v26n92a18>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. O impacto da inclusão da Educação de jovens e adultos no Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica: um estudo em municípios paulistas. **Em Aberto**, Brasília, v. 28, n. 93, p. 119-130, 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/2461-2510-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/2461-2510-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2017.

FERREIRA, Maria Solange de Castro. **O Cuidado em Saúde Mental**: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia. 2010. 175 f. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/96420>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Rev. Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160139.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRAYSE-PEREIRA, João A. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FRAGA, Maria de Nazaré Oliveira; SOUZA, Ângela Maria Alves e; BRAGA, Violante Augusta Batista. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Muito a refletir. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.1, p. 207-211, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a13v19n2.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

_____. Papel da educação na humanização. **Revista Paz e Terra**. Rio de Janeiro, ano IV, n. 9, p. 123-132, out. 1969.

_____. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FURTADO, Juarez Pereira; BRAGA-CAMPOS, Florianita C. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de morada para portadores de transtorno mental grave. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de O. (Orgs). **Residências terapêuticas**: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

FURTADO, Juarez Pereira; ODA, Wagner Yoshizaki; BORYSOW, Igor da Costa; KAPP, Silke. A concepção de território na Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2016, v.32, n.9, out. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00059116>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Revista psicologia política**, São Paulo, v. 12, n. 23, jan. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000100008>. Acesso em: 16 dez. 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Mathias Lambert, 1988 [Versão digitalizada. 2004]. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170214-114707-001.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília Souza (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 79-108.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Sueli. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

LAGO, Elenir de Araújo et al. Perfil de moradores de serviços residenciais terapêuticos. **Revista de Enfermagem da UFPI**. Teresina, 2014. Disponível em <<file:///C:/Users/User/Downloads/1113-6815-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

LIBERATO, Magda Dimenstein Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1016/1142>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: Id. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 9-29 (Coleção Temas Sociais).

MORETE, Rita De Cássia Boscoli Soler. **O centro estadual de educação de jovens e adultos de Presidente Prudente (CEEJA-PP) significa realmente espaço formativo?** 2010. 239 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho”, Presidente Prudente, 2010. Disponível em: <<https://alsafi.ead.unesp.br/handle/11449/96400>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

MOURA, Thelma Maria. **Foucault e a escola: Disciplinar, examinar, fabricar**. 2010. 93 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010. Disponível em: <<https://ppge.fe.ufg.br/up/6/o/Dissert-Thelmamura.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

OLIVEIRA, Elisângela Costa et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1-7, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-81452017000300210>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

PAIVA, Vanilda Pereira. **Educação Popular e Educação de Adultos**. 5. ed. São Paulo: Loyola; Ibrades, 1987.

_____. **História da Educação Popular no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

PELBART, Peter Pal. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúde Loucura**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 131-138.

PEREIRA, Dulcinéia de Fátima Ferreira. Educação de jovens e adultos e educação popular: um olhar histórico sobre as políticas públicas ou a ausência delas. **Revista Eccos**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 53-74, jan./jun. 2007. Disponível em: <<https://www4.uninove.br/ojs/index.php/eccos/article/viewFile/487/469>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PEREIRA, Dulcineia de Fátima Ferreira; PEREIRA, Eduardo Tadeu. Revisitando a história da educação de adultos no Brasil: em busca de um outro mundo possível. **Revista HISTEDBR [on-line]**. Campinas, n. 40, p. 72-89, dez. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639807/7370>>. Acesso em: 30/05/2017.

PEREIRA, Ivoneide Lucena et al. Resgatando vidas e redefinindo sonhos: experiência da Residência Terapêutica de João Pessoa – Paraíba. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo; SANTOS JR., Hudson Pires de O. (Orgs.). **Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande:

EDUEPB, 2011. p. 257-274. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

PEREIRA, Talita Vidal. As contribuições do paradigma pós-estruturalista para analisar as políticas curriculares. **Espaço do currículo**, v.3, n.1, p.419-430, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/9102-11195-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

PETERS, Michel. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PINTO, Álvaro Vieira. **Sete lições sobre a educação de adultos**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

RANCIÈRE, Jacques. **O mestre ignorante**: cinco lições sobre a emancipação intelectual. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2001.

REVERBEL, Carmen Maria Fernandes. Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 16, n. 1, p. 4-11, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-98931996000100002>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a03>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ROLNIK, Sueli. **Cartografia sentimental**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

_____. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/político no trabalho acadêmico. **Caderno de Subjetividade**, São Paulo, v. 1 n. 2, p. 241-251, set./fev. 1993. Disponível em: <<http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

ROSA, Soraya Diniz; VASCONCELOS, Edilma Maria de Albuquerque; ROSA-CASTRO, Raquel de Mendonça. **Formação Profissional em Saúde Mental**: experiências, desafios e contribuições da Residência Multiprofissional em saúde. Curitiba: CRV, 2016.

ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. NICÁCIO, Franco (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 89-99.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota di; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Franco. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 17-59.

SAMPAIO, Marisa Narcizo. Educação de jovens e adultos: uma história de complexidade e tensões. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista v. 5, n. 7, 2009, p. 13-27. Disponível em <<http://periodicos.uesb.br/index.php/praxis/article/viewFile/241/253>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SANTOS, Geovânia Lúcia. Educação ainda que tardia: a exclusão da escola e a reinserção de adultos das camadas populares em um programa de EJA. **Rev. Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, n. 24, set./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a09>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

SÃO PAULO (Estado). Conselho Estadual de Educação. **Pareceres** nº 84/85, nº 230/01, nº 325/02; **Deliberações**: nº 19/82, nº 23/83, nº 17/97, nº 11/98, nº 09/99, nº 09/00, nº 14/01, nº 82/09, nº 90/09, nº 91/09; **Indicações** nº 16/97, nº 11/99, nº 11/2000, nº 82/2009. Disponíveis em: <<http://www.ceesp.sp.gov.br/#>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

_____. Ministério Público. Procuradoria Geral da Justiça. **Termo de Ajuste e Conduta (TAC)**. São Paulo, 18 dez. 2012. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/tac-desinstitucionalizacao-de-hospitais-psiquiatricos-2012>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma passagem para o milênio. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o hospício e a cidade**: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JÚNIOR, Hudson Pires de O.; MACEDO, Jaqueline Queiroz. A casa é o *habitat* humano. In: SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JÚNIOR, Hudson Pires de O. (Orgs.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. Deficiência intelectual e saúde mental: quando a fronteira vira território. **Revista Polis e Psique**. v. 3, n. 2, p. 82-96, 2013. Disponível em <<file:///C:/Users/User/Downloads/43066-186854-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

UNESCO. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. Salamanca, 1994. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139394por.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

VARGAS, Patrícia Guimaraes; GOMES, Maria de Fátima Cardoso. Aprendizagem e desenvolvimento de jovens e adultos: novas práticas sociais, novos sentidos. **Rev. Educação Pesquisa**. São Paulo, v. 39, n. 2, p. 449-463, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022013000200011>. Acesso em: 10 fev. 2017.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.