

## A CASA VERDE É UM LUGAR PRIVADO: REINserÇÃO SOCIAL E O CUIDADO DO DIFERENTE. RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA VIVIDA EM UMA CASA DE APOIO PSICOSSOCIAL

CASA VERDE IS A PRIVATE PLACE: SOCIAL REINSERTION AND CARE FOR THE DIFFERENT. REPORT OF AN EXPERIENCE LIVING IN A PSYCHOSOCIAL SUPPORT HOUSE

Dirce Regina Lobo dos Santos<sup>1</sup>  
Lilian Lima Bonfim Costa Schneider<sup>2</sup>  
Maria José Pedro Francisconi<sup>3</sup>  
Natan da Silva Pedroso<sup>4</sup>  
Diego da Silva<sup>5</sup>

**RESUMO:** A produção em questão vem fomentar a discussão e relacionar a observação em campo em uma instituição de acolhimento, junto a revisão literária relacionada ao tema do aprisionamento da loucura, realizando um apanhado histórico de como o estado e a sociedade brasileira lidou e vem lidando com aqueles que tanto necessitam do apoio e da assistência dos que detêm o poder. Instituições ainda nos dias de hoje resgatam, abraçam e mantêm modelos asilares similares aos praticados e fundamentados pós-escravidão e durante a Eugenia e o processo de higienização da população brasileira, inviabilizando e desumanizando esse grupo populacional, excluindo para depois incluir muito pobremente. A revisão e a reformulação de padrões manicomialis e a adoção de políticas de inclusão vieram para auxiliar no resgate e na legitimação da cidadania e dos direitos desses institucionalizados.

1214

**Palavras-Chave:** Institucionalização. Reinserção social. Acolhimento. Reabilitação psicossocial. Inclusão.

**ABSTRACT:** The production in question encourages discussion and relates field observation in a host institution, along with a literary review related to the theme of the imprisonment of madness, carrying out a historical overview of how the Brazilian state and society dealt and have been dealing with those who sorely need the support and assistance of those in power. Institutions still today rescue, embrace and maintain asylum models similar to those practiced and founded after slavery and during Eugenics and the process of cleaning the Brazilian population, making this population group unfeasible and dehumanizing, excluding and then including very poorly. The review and reformulation of asylum standards and the adoption of inclusion policies helped to rescue and legitimize the citizenship and rights of those institutionalized.

**Keywords:** Institutionalization. Social reinsertion. Reception. Psychosocial rehabilitation. Inclusion.

<sup>1</sup> Aluna de psicologia da UniEnsino

<sup>2</sup> Aluna de psicologia da UniEnsino

<sup>3</sup> Aluna de psicologia da UniEnsino

<sup>4</sup> Aluno de psicologia da UniEnsino

<sup>5</sup> Professor Mestre orientador do estágio em psicologia da UniEnsino.

## INTRODUÇÃO

Os serviços de acolhimento para pessoas com deficiência ou em vulnerabilidade psicológica ou social capacitam e integram esse indivíduo à vida em sociedade. Auxiliam a inserir e/ou reinserir esse mesmo como cidadão atuante na sua comunidade local, durante e depois o período de institucionalização, estimulando-o e apresentando ferramentas que facilitem a sua autonomia e afirmem a sua individualidade como ser humano, além de garantir os cuidados necessários para aqueles mais acometidos. As casas de apoio de longa permanência ainda sofrem com estigmas e traumas do passado.

A sociedade em si carrega heranças de momentos não muito felizes de nossa história psiquiátrica, que podem fortalecer e justificar um comportamento preconceituoso, opressor e segregador. É de suma importância o aprofundamento histórico sobre as raízes desses pensamentos e comportamentos excludentes, que invisibilizam, desumanizam e excluem esses indivíduos de nosso cotidiano, para, assim, repensá-los e enfraquecê-los.

Por esse motivo se faz necessário verificar a aplicabilidade das políticas públicas e o trabalho de reinserção e atuação do indivíduo enquanto cidadão mesmo dentro de uma casa de apoio. Entender qual a realidade, as ferramentas utilizadas e os empecilhos que se apresentaram durante o caminho daqueles que tentam e agem de forma a repensar essa lógica manicomial.

A pesquisa em questão tem como base a observação in loco em uma casa de apoio que acolhe pessoas em vulnerabilidade, com deficiência intelectual, transtornos mentais, pessoas em situação de rua e etc. O grupo de estagiários realizou visitas semanais junto a casa, acompanhando a rotina, as técnicas, os cuidados, as vivências e a realidade dentro dessa instituição, relatando todo o ocorrido. Junto à observação, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em artigos online, que foram avaliados e revisados, relacionando-os com os relatados, os comentários e as observações.

## 2 DESCRIÇÃO GERAL DAS PRÁTICAS REALIZADAS

A casa de apoio onde o estágio de observação foi realizado possui espaço para a acomodação de 32 residentes, estando, no momento do estágio, todas as vagas preenchidas. Todos os indivíduos institucionalizados foram encaminhados para o local por prefeituras, CAPs e outras residências. A casa é destinada a pessoas com transtornos mentais que, por algum motivo, estão impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem, além desses,

acolhe também um indivíduo dependente químico e outro renal crônico, esse último encontrava-se em situação de rua antes de ser encaminhado para a instituição, essa que fornece todo o tratamento e as condições ideais e necessárias para que o processo de diálise seja realizado. O mais jovem dentre todos esses residentes é um menino de 18 anos, o mesmo foi encaminhado para a casa após sofrer um acidente que, devido a gravidade da pancada contra sua cabeça, o fez perder uma boa parte da massa encefálica de seu cérebro, causando um declínio cognitivo grave e imobilizando-o neste período temporal onde o acidente ocorreu, hoje ele possui um pensamento e uma conduta extremamente infantilizada, se comportando como se ainda tivesse 10 anos de idade. Ao decorrer de sua recuperação, o mesmo ainda desenvolveu hipertensão, dificultando ainda mais seu tratamento e demandando ainda mais cuidados daqueles que estão ao seu redor e, por esse motivo, ele foi encaminhado para a instituição, sua mãe, de origem muito humilde, não podia fornecer as condições necessárias para manter os cuidados que a situação de seu filho demandava. Outro caso que chamou a atenção foi o de uma menina de 22 anos de idade, segundo o relato da administradora da casa, ela estava em situação de rua e dependência química, a mesma foi diagnosticada como esquizofrênica, além de ter uma forte ideiação suicida. Ela expôs as cicatrizes no corpo causadas por várias tentativas de suicídio, apresenta uma grande dificuldade em se locomover, causada também por tal motivo, parecia sempre estar sob efeito de alguma medicação, calmante ou algo do tipo, sempre sonolenta, olhos baixos, dificuldades para andar, alheia à realidade, outros membros da casa também apresentaram estar no mesmo estado. Até que ponto essa alta dosagem e esse tratamento super medicamentoso para manter a pessoa num estado aceitável e não incômodo para aqueles que o cercam vale a pena? O quanto isso é saudável, humano e necessário?

Nessa nova gestão administrativa do local, iniciada a pouco tempo, o levantamento de dados da vida pregressa dos residentes têm sido coletados em maior escala, também há uma prioridade em buscar informações adicionais sobre cada um dos indivíduos institucionalizados. Assim como no caso do residente que, antes de ter sido acolhido pela residência, encontrava-se em situação de rua na cidade de Curitiba, através de pesquisas e buscas da administração do local, parentes dele foram descobertos residindo no estado de São Paulo. O mesmo mantém contato com todos esses seus familiares, seus filhos e netos o visitam periodicamente, mas ele recusa se mudar para viver com eles em outro estado, se sente muito bem residindo dentro da instituição, garante que ali é bem tratado e que a sua condição de vida é excelente. A casa sempre está aberta para visitação de familiares e garante

que isso ocorra da forma mais natural possível, garantindo que o bem-estar dos institucionalizados não seja violado.

O local físico é bem amplo e aparenta ter capacidade para acolher todos os residentes. É bem dividido entre área interna e externa, todos os indivíduos têm a liberdade de transitar por todo o espaço da casa, aqueles acometidos mais gravemente pelas doenças sempre são acompanhados mais de perto pelos funcionários e cuidadores. A higiene pessoal é sempre realizada na parte da manhã, a maioria possui condições e a autonomia necessária para a realização desses cuidados de maneira desacompanhada, para os demais, há a ajuda dos cuidadores. Pelo menos na estrutura se vê um lugar isolado, de difícil acesso, com muros altos, cacos de vidro sobre eles, lá dentro a realidade mostrou-se ser outra, mas essa estrutura física que ficou enraizada no imaginário coletivo como um lugar de separação e segregação é um dos legados da nossa história pré reforma psiquiátrica. A estadia no local, no geral, mostra ser boa, mas há indivíduos que estão na residência há 2, 3 anos e a casa parece não ter um plano de vida para eles pós institucionalização, uma busca pelo tratamento desse indivíduo em seu território, que o estado consiga ampará-lo no âmbito da sua privacidade e da sua autonomia. É preciso ter muita cautela para que o futuro não venha a repetir o passado.

1217

Um ponto interessante a ser observado é que a casa permite a confecção de cigarros de tabaco para uso recreativo daqueles que possuem esse hábito. O tabaco é enrolado em pequenos recortes de papel sulfite por um dos residentes, que fica responsável por diariamente fazer a preparação do fumo. Os cigarros são disponibilizados em horários específicos durante todo o dia. Mas o cigarro serve também como punição para os residentes, aqueles que não se comportam e/ou deixam de realizar seus afazeres, ficam sem o benefício do tabaco, são privados do uso durante um determinado período. Essa prática de punição e recompensa, ameaças e até, em determinados momentos, pressões psicológicas, dos mais “fortes” para aqueles que estão desamparados é bastante comum, é utilizada na casa para “educar” e manter o bem estar e a organização.

O corpo de funcionários da casa é formado por dois cuidadores, uma enfermeira e uma cozinheira na parte da manhã/tarde. Além desses funcionários fixos, que estão presentes na casa diariamente, existem outros especialistas que se deslocam até a residência uma ou duas vezes na semana, caso do psicólogo, professor de música, nutricionista, educador físico etc. Todas as tardes são dispostas diversas atividades com esses profissionais para todos os residentes. Dentre todas essas atividades, os encontros musicais, segundo

relatos, são os preferidos dos residentes. O bingo, realizado pelo terapeuta ocupacional, é uma atividade bastante frequente na casa, durante o estágio, dois, dos cinco encontros, foram marcados pela realização dessa atividade. Praticamente toda a casa participa da dinâmica em questão, a grande maioria apresentaram autonomia e conhecimento para participar plenamente, além de demonstrarem um espírito fortíssimo de competitividade. Alguns necessitaram de apoio para traduzir os sons dos números gritados para aquilo que estava na cartela, outros apresentaram apenas alguma pequena dificuldade motora para fazer a marcação do número, mas nada que pudesse comprometer o desenvolvimento da dinâmica, sendo que aqueles com mais dificuldades, tiveram o auxílio dos estagiários e dos funcionários da casa. Os prêmios para aqueles que completaram a cartela eram chocolates, iogurtes, balas, tudo fornecido pela própria instituição. Em um dos encontros também foi realizada uma gincana em conjunto com esse terapeuta, foram propostos exercícios e brincadeiras onde todos puderam participar – dança da cadeira, boliche, bola no balde – sempre respeitando as suas potencialidades e os limites físicos e cognitivos. Ao final, foram distribuídas medalhas e prêmios para todos aqueles que participaram.

Além desses profissionais que fazem um trabalho periódico na instituição, essa está sempre aberta e recebe outras pessoas da comunidade local que se dispõe a visitar a casa, caso de um mágico da vizinhança, que visitou a moradia durante um dos dias de observação, sem falar também dos estagiários, que a casa não possui obrigação alguma em recebê-los, mas a mesma achou importante e prontamente abriu suas portas para os mesmos. Além de serem visitados, os residentes também são visitantes, são levados para passeios, como zoológicos, cinemas, restaurantes etc. Muitos dos residentes, aqueles menos acometidos, saem e voltam todos os dias da casa, vão até CAPS, cursos profissionalizantes e depois retornam para a residência. A casa cumpre e assegura, dentro do possível, o envolvimento e a participação social dos moradores. A instituição também não deixa passar nenhuma data importante sem que haja uma comemoração, em todas as visitas estavam sendo realizados os preparativos para alguma festa, seja de aniversário, halloween ou dia das crianças.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### O ideal eugênico e a lógica manicomial no Brasil

A eugenia foi um movimento racista, uma pseudociência da exclusão, que teve seu início no final do século XIX, na Europa, conceito criado por Francis Galton com o objetivo

de evolução e aprimoramento do ser humano, favorecendo os mais inteligentes, mais preparados, saudáveis e aptos além de impedir a disseminação dos mais fracos, quem decidia quem pertencia a qual grupo eram os membros de grupos dominantes e preconceituosos (MACIEL, 1999, p. 121). Teoria essa que se difundiu para várias partes do planeta, sendo a base principal para o projeto nazista que matou milhões na Alemanha no final da década de 30 e início da década de 40, durante esse período Hitler deu ordens para que fossem mortas mais de 6 milhões de pessoas entre judeus, homossexuais, ciganos, deficientes físicos e indivíduos de tantas outras minorias que não carregavam o puro sangue ariano. Nos Estados Unidos, pessoas com síndrome de down e outras patologias e deficiências físicas eram castradas à força para não se reproduzir, compactuando com a ideia de uma raça pura baseada na hereditariedade (MACIEL, 1999, p. 122). Pensamento era firmado na teoria do “bem nascido”, onde se acreditava que deficiências físicas, intelectuais, transtornos e qualquer outro tipo de “anormalidade” eram todas geneticamente herdadas pelo seu descendente. No Brasil, a eugenia foi utilizada pela elite branca como ferramenta para embelezar centros urbanos, criar uma cidade limpa e mais atrativa aos olhos dos visitantes estrangeiros, validando assim o extermínio de determinados grupos e pessoas, entre esses indivíduos estava:

Entre estes estavam arrolados os doentes mentais, os deficientes físicos, os ativistas políticos, o proletariado andrajoso, ciganos, analfabetos, velhos, indivíduos de "conduta imoral", criminosos de todos os matizes; [...] Finalmente, arrolavam-se os indesejáveis por excelência: as raças "atrasadas", "não-civilizadas", "inferiores", "decrépitas", para mencionar só alguns dos atributos empregados para desqualificar negros, asiáticos e outros. (MACIEL, 1999, p. 127)

Então, já no início do século XX, a eugenia tomava um lugar central e de destaque na psiquiatria brasileira:

As primeiras décadas do século XX foram um momento de expansão do cientificismo, tendo o discurso médico-sanitarista adquirido importância e alargado sua área de interferência. O crescimento urbano, a maior circulação de pessoas e o aumento da violência geravam tensões, frente as quais se apregoava a necessidade de suprimir hábitos, modernizar práticas, disciplinar, normatizar ou confinar os considerados “indesejáveis”. Nesse contexto, se inclui a institucionalização de espaços de cura, reclusão e tratamento de doentes e loucos, como os sanatórios. (MACHADO, 1978, p. 260 apud. MATOS & PEREIRA, 2022, n.p)

Em 1912 foi criada a primeira lei federal de assistência aos alienados, foram instalados espaços como clínicas especializadas e hospitais para tratar e disciplinar esses “desajustados”. Ali acontecia o processo para uma tentativa de normalização de comportamentos, o que compactuava com a higienização social vigente na época. Nesse

período e através dessa lei, houve um aumento de 213% na população internada no Brasil, aumentando maciçamente o cárcere, o aprisionamento e a barbárie contra os socialmente indesejáveis. Esse regime de trancafiar pessoas, retirá-las do convívio social e padronizá-las, trazê-las para uma norma social delimitada pelos mais poderosos, prevaleceu, em tese, até os anos 1980 no Brasil. (FIGUEIREDO et al., 2014, p. 127).

### Hospital Colônia: depósito dos poderosos

“O pensamento eugenista, difundido pela Liga Brasileira de Higiene Mental nos anos de 1920, ao adotar a ideia de prevenção eugênica, considerava todos aqueles portadores de transtornos psíquicos como degenerados” (COSTA, 2007 apud. NETO & DUNKER, 2017, p. 953). Mas como controlar a loucura e a marginalidade que preocupava tanto as elites? Neto (2017, p. 958), citando Dunker (2009), diz que:

Nesse sentido o condomínio [...] como uma região isolada do resto, na qual se poderia conviver e partilhar o sentido de uma comunidade de destino, nos oferece algumas indicações. Cercado por muros, o condomínio aponta que ali vigora um estado especial da lei. Os muros para não sair, progressivamente transformam-se em muros para não entrar. Esse cerco torna-se a tática hegemônica de controle.

Seguindo essa lógica de higienização social e higiene mental, o Hospital Colônia, o maior hospital psiquiátrico brasileiro da época, esse que ficou ativo por quase um século, de 1903 até o final dos anos 80, era um depósito para aqueles que eram pesos para a sociedade. 70% dos internos não apresentava nenhum tipo de transtorno, síndrome, deficiência ou algo do tipo, eram homossexuais, negros, andarilhos, prostitutas, alcoólatras, esposas traídas e trocadas pela amante, mulheres abusadas e engravidadas por homens casados, epiléticos, homens e mulheres que haviam perdido seus documentos, a maioria encaminhados pelas autoridades e/ou familiares contra a sua vontade (ARBEX, 2013, p. 13). Os indivíduos são e saudáveis, eram mantidos presos, tinham sua identidade e humanidade arrancadas, eram forçados a ficar distantes de qualquer convívio e contato social, uma necropolítica, onde os mais poderosos ditavam o destino dos demais, quem poderia viver e quem deveria morrer, uma forma de impor soberania, algo sistêmico, com aval do estado. Grande parte nunca chegou a deixar o hospital:

Os indesejados do Hospital Colônia, os anormais, viventes naquele lugar de expurgo, passaram por inúmeros outros sujeitos desligados de suas consciências morais, que viam aqueles encaminhados para o hospital como não iguais, destituídos da condição de pessoas, objetos que, quando incomodaram, foram prontamente encaminhados para tal lugar, do qual as chances de saída eram mínimas. (MATOS-DE-SOUZA & MEDRADO, 2021, p. 168)

O mesmo se parecia muito a um campo de concentração durante o holocausto nazista:

As palavras sofrem com a banalização. Quando abusadas pelo nosso despudor, são roubadas de sentido. Holocausto é uma palavra assim. Em geral, soa como exagero quando aplicada a algo além do assassinato em massa dos judeus pelos nazistas na Segunda Guerra. Neste livro, porém, seu uso é preciso. Terrivelmente preciso. Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internados à força. (ARBEX, 2013, p.13)

“Ao longo de suas oito décadas de funcionamento, estima-se que sessenta mil pacientes tenham morrido” (NETO & DUNKER, 2019, p. 162). No período de maior lotação, onde as internações eram superior ao dobro do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 3 internações para cada 1000 habitantes (ARBEX, 2013 apud. MATOS-DE-SOUZA & MEDRADO, 2021, p. 169), morriam 16 pessoas ao dia, e da morte se fez negócio, entre as décadas de 60, 70 e 80 1.853 corpos foram comercializados para dezenas de faculdades de medicina do país, quando esse mercado macabro não comportou todos os corpos fabricados no hospital, esses eram dissolvidos em ácido no pátio do Colônia, em frente a todos os pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas também. (ARBEX, 2013, p. 14).

Por conta das várias denúncias e das graves violações dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos do país - sendo o Colônia um grande exemplo, talvez o maior - a partir de 1980 ocorre uma reviravolta no modelo assistencial brasileiro, fruto da luta antimanicomial. Assim, a lei nº 10.216/01, de 2001, preconiza o tratamento em meio comunitário, a defesa dos direitos humanos e a desinstitucionalização da loucura (MATOS-DE-SOUZA & MEDRADO, 2021, p. 171). Mas a reforma não é unanimidade e há quem se contraponha e ataque os novos modelos de cuidado (Caps, Raps) golpeando os seus valores básicos e fundamentais:

Uma das tentativas de deturpar a reforma psiquiátrica no Brasil foi, em 2015, a nomeação do diretor de um grande manicômio brasileiro para a Coordenação Nacional de Saúde Mental. Após o golpe de 2016, que destituiu uma presidenta mais alinhada à esquerda e colocou no poder um governo neoliberal, outros ataques foram deflagrados. Em 21 de dezembro de 2017, foi lançada a Portaria nº 3.588/1731, que retoma práticas biomédicas na saúde mental. Entre os objetos de crítica à portaria estão as introduções do hospital dia, do hospital psiquiátrico e dos ambulatórios na Raps. Além da citada Portaria, outra afronta é a Lei nº 13.840/1932, que traz mudanças substanciais no tratamento aos usuários de drogas, instituindo a abstinência e, até mesmo, a possibilidade de internação involuntária. (MATOS-DE-SOUZA & MEDRADO, 2021, p.171)

A banalização do mal e todos os maus-tratos que ocorreram durante a história da psiquiatria e do modelo asilar no Brasil para com aqueles que deveriam ser cuidados e

assistidos, diz muito sobre como ainda, nos tempos de hoje, se lida com as minorias em nosso país, se faz entender e fica ainda mais nítido o porquê de todos esses ataques às políticas públicas e de inclusão, além da invisibilidade e da desumanização de tantos outros grupos.

### **Reinserção social e a dívida histórica**

A sociedade tem uma dívida com aqueles que foram ou tiveram seus semelhantes afastados do convívio social e encaminhados para instituições com características asilares que produziram a exclusão e o sequestro da cidadania desses, sem preocupação alguma com a reinserção psicossocial desses indivíduos (FORTES, 2010, n.p).

O Brasil, copiando modelos externos, persistiu com as mesmas dívidas ao tratar a sua população que possui algum transtorno mental, pela exclusão do convívio social, despojada de seus direitos, massacrada em sua subjetividade ao ser transformada em invisível no território de ninguém de uma institucionalização perversa, muitas vezes financiada com verbas públicas, em hospitais de características asilares, abrigos de idosos e outros. (FORTES, 2010, n.p)

A inclusão e a exclusão coexistem, estão intimamente relacionadas em suas raízes mais profundas: “Isto é, a exclusão só existe por causa da inclusão, uma vez que no modo de produção vigente constata-se que a sociedade exclui estruturalmente para depois incluir precariamente, o que provoca a ideia ilusória de inclusão.” (SANCHES & VECCHIA, 2018, p. 3).

“Nesse sentido, a reinserção social desponta como uma noção importante para pensar as novas práticas e o cuidado fora dos muros do hospital, sem excluir o sujeito do seu convívio familiar e comunitário” (FRAZATTO & SAWAIA, 2016 apud. SANCHES & VECCHIA, 2018, p. 2). De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), a reinserção está fortemente ligada ao conceito de exclusão, que nesse contexto se caracteriza pela privação e pela falta de acesso a sistemas básicos (família, moradia, trabalho, saúde etc), dessa forma o processo de reinserção social aparece com o propósito de resgate e reconstrução dessas perdas sofridas pelo indivíduo, capacitando-o a exercer o direito à cidadania (Ministério da Justiça, 2012).

A exclusão social é intrínseca ao capitalismo, uma vez que aquele que trabalha participa das transformações históricas, têm acesso aos meios e recursos e se constitui como classe social. Por outro lado, aquele que não possui um emprego (independentemente do tipo e qualidade) não se constitui como classe social, não participa das trocas, não tem condições de interferir na dinâmica social, não tem acesso a determinados recursos e, assim, não tem condições de interferir na dinâmica das transformações sociais. (SANCHES, 2018, p. 3)

Em relação a reinserção do indivíduo na sociedade, em sua autonomia fora do modelo asilar algumas ferramentas e estratégias podem ser adotadas durante o período de institucionalização do mesmo “Há procedimentos que podem facilitar o sucesso do retorno, entre eles está a ocorrência de visitas periódicas entre a família e os filhos em situação de acolhimento” (SIQUEIRA, 2010 apud. SIQUEIRA, 2019, n.p). Falando sobre a reinserção da pessoa institucionalizada para a família de origem, é interessante entender como essas visitas, utilizadas como ferramenta para essa volta do paciente para o meio familiar, devem ocorrer da forma mais natural possível, sem forçar ou restringir nada, sempre levando em consideração a agenda e a disponibilidade de todas as partes. Mas, na maioria das vezes, essas visitas são restritas a dias e horários pré-determinados por uma das partes, o que é um contrassenso, tendo em vista que, na busca pela reunificação, deve-se abrir espaço à família e não limitar (LANELLI, ASSIS, & PINTO, 2015 apud. SIQUEIRA, 2019, n.p). Além disso, essas visitas e a reinserção devem ocorrer de forma que o bem-estar, o desejo e as vontades do institucionalizado não sejam violados, também deve-se levar em consideração todas as questões legais e jurídicas que fazem parte desse processo. Essas visitas podem fornecer dados, servir como um termômetro, uma prévia de como será esse convívio e essa reintegração - mesmo que esse não seja o objetivo principal da visita - podendo, assim, ser levantado hipóteses e verificado se há ou não uma possibilidade de retorno à família de origem:

Outro aspecto revelado pela pesquisa é a presença de um esforço em reinserir na família de origem, mesmo que as fragilidades não tenham sido superadas, a violação continue, fatores de risco não tenham sido combatidos, sem o desejo da família pela reunificação e também a busca pela garantia da provisoriedade da medida de proteção. (SIQUEIRA, 2019, n.p)

Há uma estreita relação entre saúde mental e cidadania. É um fator de risco para a saúde mental do cidadão quando ele é privado e impossibilitado de exercer plenamente a sua cidadania, assim como quando o indivíduo, por algum motivo, não desfrute inteiramente das suas faculdades mentais, o mesmo pode não ter totais condições de exercitar o seu direito a cidadania. (SANCHES & VECCHIA, 2018, p. 8)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, conclui-se que, ainda nos dias de hoje há uma forte herança do modelo asilar nas instituições de acolhimento, por mais que elas tentam se distanciar desse passado e desse pensamento segregatório há pontos em que essas concepções colidem e se difundem. Mesmo

que haja avanços significativos e que a história tenha nos mostrado qual caminho não seguir, o estado e a sociedade validam agressões contra a cidadania e a vida desse grupo, assim como fazem com as tantas outras minorias em nosso país.

O estudo traz à luz um tema que jamais deve ser considerado passado, batido ou superado, a luta pela inclusão, cidadania e a vida com dignidade dessas pessoas devem ser colocadas em pauta diariamente, precisam estar presentes no centro das discussões sobre políticas públicas, porque, ainda nos dias de hoje, a institucionalização é usada como uma ferramenta para invisibilizar e desumanizar um determinado grupo e mascarar problemas e cicatrizes profundas de nossa sociedade. Excluindo para depois incluir parcialmente, tentando inseri-los em uma lógica, em um padrão comportamental daquilo que é considerado “normal”, mas quem julga o que é normal ou não, o que é saudável e funcional serão sempre os detentores do poder.

Contudo, deve-se deixar claro que o estudo foi baseado na observação de apenas uma casa de apoio e, a partir de resquícios, de pequenos fragmentos e da indagação e da problematização desses como uma unidade representativa da realidade das instituições de apoio e das políticas de inclusão e atendimento psicossocial na realidade brasileira.

Com os avanços e os movimentos, tecnológicos, culturais e sociais cada vez mais acelerados, é de suma importância a atualização constante dos estudos nesta área, para que o fantasma do retrocesso desapareça e o futuro não venha a repetir intolerâncias do passado.

## REFERÊNCIAS

- MACIEL, M. E. S. A eugenia no Brasil. Anos 90, Porto Alegre, n. 11, p. 121-142, 1999. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31532/000297021.pdf?sequence=1>>. Acesso em 10 nov. 2022.
- ARBEX, D. Holocausto Brasileiro. 1 ed. São Paulo: Geração, 2013.
- MATOS, M. I. S. & PEREIRA B. S. B. Prontuários femininos do Sanatório Pinel/SP (1929-1944). Revista Estudos Feministas [online]. v. 30, n. 1, p. 14, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n1176044>>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- MATOS-DE-SOUZA, R. & MEDRADO, A. C. C. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do “Holocausto Brasileiro”. Saúde em Debate [online]. v. 45, n. 128, p. 164-177, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112813>>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- FIGUEIRÊDO, M. L. R.; DELEVATI, D. M & TAVARES, G. T. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. Caderno de Graduação

- Ciências Humanas e Sociais - UNIT, Alagoas. v. 2, n. 2, p. 121-132, 15 dez. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797>>. Acesso em: 10 nov. 2022

NETO, F. K. & DUNKER, C. I. L. Depois do Holocausto: efeitos colaterais do Hospital Colônia em Barbacena. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 953-974, 01, dez. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/8181>>. Acesso em: 13 nov. 2022

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 10, n. 2, p. 321-330, dez. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>>. Acesso em: 20 nov. 2022

SANCHES, L. R. & VECCHIA, M. D. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. Psicologia & Sociedade, Minas Gerais, v. 30, p. 10, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30i178335>>. Acesso em: 20 nov. 2022

SIQUEIRA, A. C.; SCOTT, J. B. & SCHMITT, F. M. Reinserção familiar de crianças e adolescentes acolhidos: atuação do psicólogo em três estados brasileiros. Psicologia em Estudo [online]., v. 24, p. 15, 21 nov. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.41565>>. Acesso em: 20 nov. 2022