



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
CURSO DE MESTRADO

CLARA FLÁUXI MARTINS DA SILVA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA RESSOCIALIZAÇÃO DE
MORADORES DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

RECIFE, PE

2020

CLARA FLÁUXI MARTINS DA SILVA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA RESSOCIALIZAÇÃO DE
MORADORES DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação em Educação, do Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Educação.

Área de concentração: Educação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Vilde Gomes de Menezes

RECIFE, PE

2020

Catálogo na fonte
Bibliotecária Natália Nascimento, CRB-4/1743

S586e Silva, Clara Fláuxi Martins da.
Educação em saúde: estratégias para ressocialização de moradores das residências terapêuticas. / Clara Fláuxi Martins da Silva. – Recife, 2020. 125 f.

Orientador: Vilde Gomes de Menezes.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CE. Programa de Pós-Graduação em Educação, 2020.
Inclui Referências e Apêndices.

1. Saúde e Educação. 2. Ressocialização. 3. Sofrimento Mental. 4. Centro de Atenção Psicossocial. 4. UFPE - Pós-Graduação. I. Menezes, Vilde Gomes de. (Orientador). II. Título.

370 (23. ed.) UFPE (CE2021-007)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

CLARA FLÁUXI MARTINS DA SILVA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA RESSOCIALIZAÇÃO DE
MORADORES DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Vilde Gomes de Menezes (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Aurenéa Maria de Oliveira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Fátima Maria Leite Cruz (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Aos que me deram a vida, Flávio Valdez e Auxiliadora Martins, meu pai e minha mãe, assim como meus ancestrais e familiares.

Aos que caminham na vida comigo, Luís Gonzaga, meu esposo, Luiza Beatriz e Benjamim Rudah, minha filha e meu filho.

Aos que dividem a vida comigo, Flávio Valdez e Gabriel Vinicius, meus irmãos, e à respectiva esposa Zizerê Lima e Daniele Barros.

A Monica Leite, Tania Leite e Luís Gonsaga (*in memoriam*), cunhada, sogra e sogro. A Katiane Vieira e Cristiane Souza, grandes amigas.

Às crianças que alegram meus dias, Zahara, Athina, Gabriel, Melissa, Marina, Miguel, Robert, Vitor, Pétala, Aruandhê e Athus.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

O processo de conclusão da pesquisa faz recordar como se desenvolveu o percurso até este momento, assim como as parcerias que possibilitaram e encorajaram durante o caminho. Sendo assim, é necessário realizar alguns agradecimentos.

Agradeço a minha família, que me incentiva e acredita em mim, muitas vezes mais do que eu mesma, sendo alicento, apoio e motivação para enfrentar todos os desafios. Faço este agradecimento referenciando pai e mãe.

Aos colegas que participam comigo do Grupo de Estudo em Autobiografias, Racismo e Antirracismo na Educação (Gepar), Laboratório de Gestão de Políticas Públicas de Saúde, Esporte e Lazer (Labgespp), Rede de Afroempreendedores de Pernambuco (Raepe) e Educação em Saúde para o fortalecimento da identidade infantojuvenil (Duduomo), meus agradecimentos.

Ao professor doutor Vilde Gomes de Menezes, meu parceiro e orientador nesta jornada. Muito obrigada.

Aos meus amigos e amigas sempre presentes e cuidando de mim, seja nos caminhos da vida, seja no ambiente de trabalho. Afinal, foram anos desafiadores trabalhar em dois vínculos além de cursar esta pós-graduação. Gratidão.

RESUMO

A reforma psiquiátrica no Brasil consolidou-se em 2001 com a Lei n.º 10.216. O modelo de assistência a pessoas com sofrimento mental foi modificado, antes se apresentava como um modelo manicomial que levou à morte de milhões de pessoas, desencadeando a mobilização de trabalhadores, familiares e pessoas com sofrimento mental que lutaram por novas formas de cuidado. Assim, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que ofertam cuidados em uma proposta territorial e em liberdade. Em 2003, surge o Programa de Volta para Casa que resgata as pessoas dos hospitais psiquiátricos para que possam viver em liberdade. Algumas delas vão morar nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Esse programa projeta que haja inserção social, reabilitação e ressocialização dessas pessoas que viveram anos de aprisionamento e sobreviveram ao holocausto brasileiro. Uma das propostas para o processo de ressocialização tem ocorrido mediante o acesso desses moradores às escolas públicas do município do Recife na modalidade de Educação de Jovens e Adultos. Com o objetivo de verificar como tem ocorrido esse processo de ressocialização, esta pesquisa utilizou-se da aplicação de questionários e entrevistas aos profissionais que participam dessa inserção, que são os cuidadores, as técnicas de referência e as educadoras, além de desenvolver uma revisão integrativa. Com os dados interpretados pela técnica da análise de conteúdo, constataram-se algumas particularidades desse acesso à escola. Em destaque, pode-se citar a enfática contribuição da escola para o processo de ressocialização de pessoas com sofrimento mental na medida que tem intensificação dos relacionamentos sociais e acesso à aprendizagem. Do mesmo modo que as pessoas entrevistadas relatam precisar de maior compromisso do poder público e gestão para discutir sobre essa nova realidade escolar que envolve a saúde e a educação.

Palavras-chave: Educação e saúde. Ressocialização. Sofrimento mental.

ABSTRACT

The psychiatric reform in Brazil was consolidated in 2001 with law number 10.216. The model of assistance for people with mental suffering was modified, before this it was presented as a mental hospital model which led to the death of thousands of people, unleashing the mobilization of workers, family members and people with mental suffering who fought for new forms of treatment. Thus the Psychosocial Care Centers emerged (the CAPS) which offer care in a territorial proposal and freedom. In 2003, the Return to Home program arose which rescues people from the psychiatric hospitals so that they can live in freedom. Some of these people will live in the Residential Therapeutic Services (the SRT). This program projects that there will be social insertion, rehabilitation and resocialization of these people who lived years of imprisonment and survived the Brazilian holocaust. One of the proposals for the process of resocialization is brought about by means of granting to these residents access to the public schools of the Recife municipality in the modality of Education of Young People and Adults. Having as its aim to verify how this process of resocialization happened, this research made use of the application of questionnaires and interviews with the professionals who participate in this insertion, who are the caregivers, the reference technicians and educators, as well as developing an integrated revision. With the interpreted data using the technique of the analysis of content, some peculiarities were noticed for entrance to schools. In particular, it can be quoted the emphatic contribution of schools in the process of resocialization of people with mental suffering in the manner that there was an intensification of the social relationships and access to learning. In the same way the people who were interviewed said that they need a greater commitment from the public authority and management to access this new school reality which involves health and education.

Keywords: Education and health. Resocialization. Mental suffering.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– Avaliação da importância da educação escolar para a vida das pessoas no Brasil	82
Gráfico 2	– Avaliação da importância da educação escolar para pessoas com sofrimento mental	83
Gráfico 3	– Avaliação da importância da educação escolar para uma pessoa com sofrimento mental morador de residência terapêutica	84
Gráfico 4	– Como a modalidade da educação de jovens e adultos pode contribuir para a educação de uma pessoa com sofrimento mental	85
Gráfico 5	– Avaliação da adaptação dos moradores de residência terapêutica à escola	85
Gráfico 6	– Avaliação de um possível processo de ensino e aprendizagem para os moradores de residência terapêutica	86
Gráfico 7	– Possibilidade de o acesso à escola modificar a relação do morador de residência terapêutica com a sociedade	87
Gráfico 8	– A escola como fator ressocializador	89
Gráfico 9	– Avaliação do incentivo por parte da escola para que pessoas com sofrimento mental estudem	89
Gráfico 10	– Avaliação do incentivo por parte das unidades de cuidado com a saúde mental para que pessoas com sofrimento mental estudem	90

LISTA DE SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CES	Centros de Ensino Supletivo
CNAR	Consultório na Rua
CNAIA	Comissão Nacional do Ano Internacional da Alfabetização
CNE	Conselho Nacional de Educação
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
EJA	Educação de Jovens e Adultos
FNEP	Fundação Nacional de Ensino Primário
GEPAR	Grupo de Estudo em Autobiografia, Racismo e Antirracismo na Educação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LABGESPP	Laboratório de Gestão de Políticas Públicas de Saúde, Esporte e Lazer
MCP	Movimento de Cultura Popular
MOBRAL	Movimento Brasileiro de Alfabetização
PBE	Prática Baseada em Evidências
PNAC	Programa Nacional de Alfabetização
PNE	Plano Nacional de Educação
PVC	Programa Volta pra Casa
RAEPE	Rede de Afroempreendedores de Pernambuco
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPA	Região Político-Administrativa
RT	Residência Terapêutica
SEGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Técnica de referência
UA	Unidades de Acolhimento
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	CONCEPÇÕES SOBRE A LOUCURA AO LONGO DO TEMPO	20
2.1	Da loucura ao sofrimento mental: considerações ideológicas a partir do século XV	20
2.2	Processos de legitimação da loucura por meio do discurso	31
2.3	Trajetória das pessoas com sofrimento mental no Brasil até a possibilidade de inserção educacional	35
3	A EDUCAÇÃO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO	39
3.1	A educação e o desenvolvimento dos sujeitos	39
3.2	A educação de jovens e adultos: desenvolvimento, contribuições e desafios da EJA no Brasil e no Recife	42
3.3	Desafios da escolarização na educação de jovens e adultos	47
3.4	Educação em saúde: ponderações sobre a educação de moradores de residência terapêutica	50
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA	55
5	REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA: A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS ACERCA DA EDUCAÇÃO PARA PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL NO QUADRIÊNIO 2013-2016	65
5.1	Considerações acerca da educação para pessoas com sofrimento mental	65
5.2	Aspectos da metodologia e desenvolvimento de revisão integrativa	67
5.3	Resultados e discussões acerca dos elementos encontrados	71
5.4	Referências literárias: a educação e ressocialização de pessoas com sofrimento mental	75
5.5	Prerrogativas possibilitadas pela revisão integrativa	78
6	ANÁLISE DOS DADOS: QUESTIONÁRIOS E ENTREVISTAS REALIZADAS COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO	80

6.1	Grupo 1: análise dos questionários aplicados aos cuidadores de residência terapêutica	80
6.2	Grupo 2: análise das entrevistas com as técnicas de referência das residências terapêuticas	93
6.3	Grupo 3: análise das entrevistas com as profissionais da educação	103
6.4	Objetivos e resultados: possibilidades de intersecção	108
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	117
	APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA	123
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	124

1 INTRODUÇÃO

Até o período colonial no Brasil (1500-1822), os “loucos” viviam à margem da sociedade, sendo alvos de preconceito, zombaria, mas permaneciam nas ruas convivendo com os demais cidadãos, exercendo papéis sociais que variavam com o grau de comprometimento, podendo ser “mendigos”, ou realizando atividades ocupacionais em troca de algum benefício como alimentação. Por demanda da Família Real por volta de 1830, iniciou-se o processo de higienização¹ das cidades, os “loucos” foram postos em instituições fechadas. A liberdade foi negada aos marginalizados e sem hábitos adequados de acordo com o Centro Cultural do Ministério da Saúde (BASAGLIA, 2014). Inicia-se, então, o holocausto brasileiro, com tratamento desumano que levou à morte de milhares de pessoas.

A denominação Holocausto Brasileiro foi referida por Daniela Arbex (2013) ao desvelar as condições desumanas a que os ditos “loucos” foram submetidos. A autora destaca que, em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, um dos pioneiros da luta pelo fim dos manicômios, esteve no Brasil e conheceu o Colônia (o maior hospital psiquiátrico do Brasil) em Barbacena, Minas Gerais. Daniela Arbex (2013, p. 13) expõe que nessa visita ele convocou a imprensa e disse: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”, referindo-se às condições que o hospital oferecia a seus pacientes, realidade presente nesse hospital e em vários outros hospitais psiquiátricos do Brasil, a exemplo de Recife e a região metropolitana, que acomodava um vasto complexo de hospitais psiquiátricos.

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida. (ARBEX, 2013, p. 13).

Nessa perspectiva, Arbex (2013) afirma que houve sobreviventes do holocausto brasileiro, visto que o holocausto atravessou a maior parte do século XX, e deixou mais de 60

¹ Campanhas sanitárias e de controle de epidemias com ações higienistas, em que os “loucos” chamaram a atenção dos médicos responsáveis, sendo considerados ameaça aos cidadãos, o que resultou nos internamentos (BASAGLIA, 2014).

mil mortos, apenas no Hospital Colônia, realidade que reincidia nos demais hospitais psiquiátricos do país. Assim, os sobreviventes são aqueles que passaram por internamento nos hospitais, viram e vivenciaram inúmeras circunstâncias desumanas, mas conseguiram sair com vida desses locais, mesmo carregando as marcas que essas instituições deixaram.

Na contemporaneidade, essa prática é considerada uma verdadeira barbárie, contudo, na época, foi um movimento comum das diversas sociedades realizarem uma limpeza urbana,² incluindo na limpeza os seres humanos. É possível evidenciar esse movimento de choque temporal ao considerarmos atitudes do passado desumanas.

Na verdade, nossos termos ‘civilizado’ e ‘incivil’ não constituem uma antítese do tipo entre ‘bem’ e o ‘mal’, mas representam, sim, fases em um desenvolvimento que, além do mais, ainda continua. É bem possível que nosso estágio de civilização, nosso comportamento, venham despertar em nossos descendentes um embaraço semelhante ao que, às vezes, sentimos ante o comportamento de nossos ancestrais. (ELIAS, 1994a, p. 73).

Nesse contexto, no decorrer do tempo, os conceitos que a sociedade utilizava foram desenvolvendo-se, e no século XIX, a “loucura” passou a ser estudada por médicos e cientistas recebendo uma nova denominação, doença mental. Segundo Amarante (1995), esse processo de transformação da loucura clássica em enfermidade ocorreu impulsionado pela tese de Bayle em 1822, intitulada *Pesquisas sobre doenças mentais*, que abordava os paradigmas neuropsiquiátricos e psicopatológicos. Esses estudos proporcionaram olhares diferentes para a loucura, e com isso paradigmas médicos foram implicados para se obter mais compreensão. Dessa forma, a loucura fica considerada como um adoecimento mental. Porém, “à psiquiatria cabia simplesmente recolher e excluir as sobras humanas que cada organização social, que cada momento histórico tinha produzido” (RESENDE, 2001, p. 56), portanto houve intervenções intelectuais para a compreensão da loucura, sem mudar, até então, as formas de tratamento.

Diante dessa realidade, no século XX, a forma de tratamento por meio do aprisionamento começou a ser questionada. Assim, surgiu a reforma psiquiátrica, em que familiares, profissionais de saúde, movimentos sociais, grupos de direitos humanos e as próprias pessoas em sofrimento mental se uniram em busca de mudanças significativas que travassem a maneira desumana e criminosa que os loucos eram tratados, resultando em muitas mortes segundo Furtado (2006).

² Limpeza urbana visto que 70 % das pessoas nos hospitais psiquiátricos não tinham diagnóstico de doença mental, eram pessoas que incomodavam quem tinha mais poder, como os epiléticos, alcoolistas, prostitutas, homossexuais, gente que se rebelava, entre outros. (ARBEX, 2013).

Segundo Amarante (1995), o movimento da reforma psiquiátrica,³ ora chamado também de movimento da luta antimanicomial (contra aprisionamento em manicômio) ou de alternativas à psiquiatria, entre outros “[...] cumpre um importante e único papel no campo das transformações em saúde mental: é o ator político a construir as propostas e as possibilidades de mudança” (AMARANTE, 1995, p. 121). Portanto, por meio de congressos, greves, conferências de saúde, mobilização social e outros, os movimentos atuaram e atuam de forma política buscando mudanças e melhorias para a população com “doença mental” no Brasil, com garantia de leis, diretrizes e financiamentos via políticas públicas. Salientamos que o termo doença mental será assim anunciado quando citado pelos autores. Neste trabalho utilizaremos pessoas em sofrimento mental,⁴ como sugerido pelo Conselho de Ética, a fim de minimizar os feitos preconceituosos e discriminatórios que envolvem as pessoas acometidas por tal sofrimento.

Nesse sentido, iniciou-se um longo período de lutas no país, buscando normas e leis que garantissem direitos sociais para esse público. A reforma psiquiátrica iniciou-se nos anos 1970, e suas primeiras leis foram promulgadas em 2001, uma conquista árdua que resultou de muitos conflitos, que são uma forma de funcionamento social conforme afirma Elias (1994b, p. 20): “A vida dos seres humanos em comunidade certamente não é harmoniosa.” O autor trata de uma ordem oculta em que não é claramente perceptível. Contudo, cada pessoa é singular e tem suas atribuições e funções na cadeia social em que as pessoas dependem umas das outras, e modificar essas posições, as relações de poder envolvidas, requer muito esforço e investimento, por vezes, longos períodos de tempo. Igualmente à Reforma Psiquiátrica ou à Luta Antimanicomial que se iniciou nos anos 1970, obteve algumas conquistas, mas ainda continua atuante e em busca de transformações por mais de 40 anos.

Com a reforma psiquiátrica consolidada no Brasil, foram criadas políticas públicas como a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, que trata sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e assegura que não haja nenhuma forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, religião, recursos econômicos, grau de gravidade ou tempo de evolução do seu transtorno entre outros (BRASIL, 2001).

³ O movimento da reforma psiquiátrica iniciou-se em 1978, buscando instituições de referência para formular políticas públicas para a saúde mental no Brasil (AMARANTE, 1995).

⁴ Durante o processo de submissão e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética através da Plataforma Brasil, o comitê solicitou que o termo doença mental fosse substituído por sofrimento mental considerando que esse termo seria mais adequado e menos pejorativo.

Desse modo, recomenda ainda que a internação só ocorra quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. É possível dizer que: “Essa reforma pressupõe uma maior sensibilidade dos programas de saúde mental aos valores e crenças das comunidades – alvo, bem como, constante diálogo entre os serviços e comunidade.” (ALVES; MINAYO, 1994, p. 91). Para atender essa demanda, foram estabelecidas novas⁵ formas de tratamento para as pessoas com sofrimento mental, sendo determinado o fechamento dos hospitais psiquiátricos públicos, e vários dispositivos de saúde foram concebidos para substituir os hospitais, ofertando tratamento em caráter de liberdade, com internamentos de curta duração, quando necessário, com leitos em hospitais gerais.

Sendo assim, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), compostos por uma equipe multidisciplinar, ofertando tratamento no aspecto biopsicossocial. Com a proposta de tratamento inclusivo, com oficinas diárias, onde os usuários são atendidos, recebem o tratamento necessário e retornam à sua casa. Os CAPS⁶ são classificados de acordo com a demanda que atendem como observa o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017):

CAPS (5) I: atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes; CAPS II: atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes; CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil: atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes; CAPS ad – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes; CAPS III: atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes; CAPS ad III Álcool e Drogas: atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24 horas; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

⁵ As novas formas de tratamento foram instituídas pela Lei n.º 10.216, que criou o tratamento comunitário e em liberdade por meio dos CAPS (BRASIL, 2017).

⁶ CAPS são os Centros de Atenção Psicossocial compostos por equipe interdisciplinar para prestar tratamento às pessoas com sofrimento mental intenso, sendo classificados com propostas diferentes de acordo com a demanda e quantidade populacional (BRASIL, 2017).

Ainda na proposta de realizar o retorno ao tratamento territorial para pessoas em sofrimento mental, houve a elaboração da Lei n.º 10.708, de julho de 2003, por meio do Ministério da Saúde, que lança o Programa de Volta para Casa, com o intuito de que as pessoas, com histórico de longa internação, retornem à família de origem, com o objetivo de que haja uma reabilitação psicossocial, e oferece uma bolsa de R\$ 429,00 (cerca de 75 dólares no início do segundo semestre de 2020). Um levantamento do Ministério da Saúde no ano de 2017 relata que mais de 4 mil pessoas estavam recebendo a bolsa reabilitação no país. Aquelas pessoas cuja família não foi encontrada ou não tem possibilidade de acolher as pessoas oriundas dos hospitais psiquiátricos são acolhidas nas residências terapêuticas – Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

As residências terapêuticas (RT) são moradias localizadas nas comunidades, sem identificação, para que funcionem como um lar e possibilitem a reabilitação. As residências terapêuticas têm, em média, oito moradores,⁷ com um cuidador de residência terapêutica que realiza as atividades da vida diária com esses moradores, com o objetivo de atingir a inclusão social, além das técnicas de referência que são profissionais de nível superior que trabalham com os cuidadores na supervisão dessa atuação visando à reabilitação e qualidade de vida dos moradores. Existem residências nominadas de RT tipo 2 que recebem pessoas com maior dependência, geralmente por conta de adoecimentos clínicos; elas podem ter mais de 8 moradores e contar com mais de 1 cuidador no turno para dar conta dessa demanda diferenciada.

Nessa conjuntura, inicia-se um processo de ressocialização,⁸ em que essas pessoas que viveram anos de sofrimento e maus-tratos passam por um procedimento de inclusão e são levadas a fazer uso dos dispositivos que a comunidade oferece, e após décadas de aprisionamento, passam a ter acesso a lazer, cultura, trabalho, educação e outros. Desse modo, a escola torna-se um dos dispositivos procurados para auxiliar na reabilitação das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos por meio da educação. Esse processo de articulação entre a educação e a saúde para promover a ressocialização caminha pelas diretrizes da educação em saúde.

Há algumas pessoas envolvidas nesse novo contexto escolar, sendo interessante para o desenvolvimento da educação de pessoas egressas de hospitais psiquiátricos compreender como vem ocorrendo esse processo, identificar os avanços e desafios que surgem. Nessa perspectiva,

⁷ Sempre que nos referirmos a moradores, trabalhadores, professores e similares, estão inclusos os dois gêneros.

⁸ Inserção em sociedade, processo de ressocializar, de voltar a pertencer, a fazer parte de uma sociedade: ressocialização de presos ou encarcerados.

esta pesquisa contribui para a compreensão de como está estabelecendo-se a relação que envolve a educação e saúde, que se justifica pelas questões apontadas anteriormente, em que está posto que as pessoas com sofrimento mental estão voltando para as comunidades, com tratamento nos CAPS. Aquelas pessoas que perderam os vínculos familiares passaram a morar em residência terapêutica, onde são discutidos projetos para a vida dessas pessoas, e nesses projetos surge a proposta da escola, estabelecendo um diálogo entre a educação e a saúde, em que cada um desses campos interfere ativamente para o desenvolvimento do outro com práticas relativas à educação em saúde.

Assim, com a realização da pesquisa, foi possível identificar os processos de inovação que estão sendo adotados para acolher esse público, visto que essa nova configuração faz emergir algumas questões: Quais são as formas de comunicação estabelecidas? Como estão se adaptando nas turmas? Como se faz a inclusão social? Entre outras que levam à necessidade de identificar como ocorre essa relação da educação e da saúde na perspectiva da inclusão social. Com os resultados desta pesquisa, pretende-se ofertar possibilidades de reflexão acerca das pessoas com sofrimento mental no Recife.

É nesse aspecto, portanto, que se encontra a relevância desta pesquisa. A compreensão de que o acesso à escola por pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, por meio da modalidade de educação de jovens e adultos, por exemplo, é uma importante conquista, um marco histórico no percurso sofrido desse público. Contudo, existe uma problemática contida nesse contexto; é necessário perceber, diante do histórico de preconceito, sofrimento e discriminação dessas pessoas, como vem ocorrendo esse processo de inclusão educacional, quais os aspectos inerentes que envolvem essa nova realidade na educação municipal. Nesse sentido, para realização desta pesquisa, foram pensados os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Compreender como o processo de ressocialização de pessoas com sofrimento mental tem sido realizado por meio da Educação de Jovens e Adultos (EJA) do município do Recife.

Objetivos específicos

- a) Identificar os processos/procedimentos de ensino e aprendizagem relativos às intervenções com as pessoas em sofrimento psíquico na perspectiva da inclusão social.
- b) Descrever as possíveis contribuições das relações sociais vivenciadas na escola diante do processo de ressocialização das pessoas em sofrimento mental.

- c) Verificar como profissionais da saúde e da educação percebem a adaptação dos moradores das residências terapêuticas ao sistema escolar público do município do Recife diante do histórico de sofrimento e exclusão vivenciados.

Para garantir que os objetivos sejam contemplados, leva-se em consideração as contribuições e os procedimentos defendidos por Minayo (2008, p. 39, grifo da autora), que versam sobre os pontos que distinguem as ciências sociais das outras áreas do conhecimento ao expressar que “[...] é o fato incontestável de que o objeto das ciências sociais é *histórico*”. A autora acrescenta que as sociedades humanas vivem no presente, contudo marcadas pelo passado e projetando o futuro. Dessa forma, para a autora, torna-se inerente que toda investigação social precisa registrar a historicidade humana.

Sendo assim, é possível justificar a realização desta pesquisa ao perceber a necessidade de compreender essa relação que está sendo estabelecida entre a saúde e a educação. Uma relação com um passado marcado por um holocausto, um presente onde se inicia um processo de acesso à educação e um futuro com uma lista de possibilidades que podem transversalmente envolver processos de autonomia e acesso a cultura, esporte, lazer e outros, salientando as necessidades, os direitos e desejo das pessoas com sofrimento mental.

2 CONCEPÇÕES SOBRE A LOUCURA AO LONGO DO TEMPO

No decorrer do tempo, surgiram diferentes concepções sobre a loucura no mundo e no Brasil, por meio de formas de tratamento divergentes, com relação ao uso que se fazia com o discurso dos loucos, até mesmo sobre as terminologias dadas às pessoas com sofrimento mental, como insanas, loucas, doentes mentais entre outras. Sendo assim, serão apresentadas algumas considerações ideológicas que surgiram no decorrer dos séculos.

2.1 Da loucura ao sofrimento mental: considerações ideológicas a partir do século XV

A história da loucura pode ser abordada por diferentes compreensões teóricas e ideológicas. Foucault (1978) fez um estudo histórico sobre as artes, literaturas, contos e outras formas de retratar a loucura durante os séculos. Sua perspectiva de observação foi europeia, contudo, é capaz de contribuir para a compreensão do retrato que o louco teve ao longo do tempo, inclusive no Brasil, que foi colonizado por europeus incorporando na abordagem à loucura essas concepções. Algumas das discussões trazidas por Foucault (1978) fazem recordar os debates de Arbex (2013) sobre o Holocausto brasileiro que serão realçados nas discussões a seguir.

Entre outras questões, é possível fazer comparações quando a autora retrata o Hospital Colônia de Barbacena, fundado em 1903, que fazia parte de um grupo de sete instituições psiquiátricas, sendo um dos maiores hospitais do Brasil, na cidade de Barbacena, a qual recebeu o epíteto de “Cidade dos Loucos”; local onde havia uma estação de trem que recebia muitas pessoas com sofrimento mental, as quais eram “colocadas” nos vagões, durante o percurso do trem, até chegar à cidade. O trem tinha o apelido de “Trem dos Loucos”. Aí o termo usado é louco ou loucura como abordado pelos autores citados.

A Fotografia 1 retrata a última estação do “Trem dos Loucos” na cidade de Barbacena. O trem circulava pelo estado de Minas Gerais, e a viagem findava em Barbacena. Durante a viagem, loucos eram postos nos vagões para que chegassem à cidade e fossem levados ao Hospital Colônia de Barbacena, uma viagem sem volta.

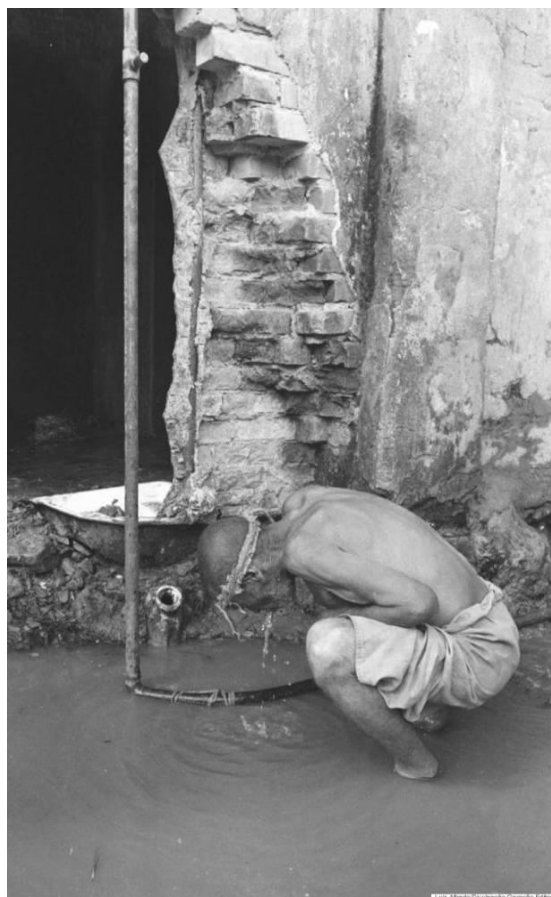
Fotografia 1 – Um trem que fazia viagens sem volta



Fonte: Foto de Luiz Alfredo, 1961 (ARBEX, 2013).

A Fotografia 2 mostra a parte interna do hospital e as condições de higiene do local.

Fotografia 2 – Condições de higiene do Hospital Colônia de Barbacena



Fonte: Foto de Luiz Alfredo, 1961 (ARBEX, 2013).

A extração da pedra da loucura de Hieronymus Bosch, século XV retrata experimentos realizados com os “loucos” na tentativa de obter a cura, sem anestesia na época e era realizada nas ruas (Figura 2). O pintor fazia uma crítica a quem era mais louco o paciente ou o médico com o “chapéu” de funil na cabeça (FURTADO, 2018).

Figura 2 – A extração da pedra da loucura



Fonte: Furtado (2018).

Esse tipo de comportamento da sociedade, como criar um navio e colocar os loucos à deriva nos mares ou vagando e sendo cirurgiados entre cidades envolvem diversos significantes.

É que esta circulação de loucos, o gesto que os escorça, sua partida e seu desembarque não encontraram todo o seu sentido apenas ao nível de utilidade social ou da segurança dos cidadãos. Outras significações mais próximas do rito sem dúvida aí estão presentes; e ainda é possível decifrar alguns de seus vestígios. (FOUCAULT, 1978, p. 15).

Pode-se dizer que existem outros fatores envolvidos, esses comportamentos não se justificam apenas pelo discurso de manter uma sociedade segura e/ou a segurança desses insanos. Existem outras questões que envolvem a exclusão dessas pessoas em tantos locais pelo

mundo, como cita Foucault (1978, p. 27): “Em todos os lados, a loucura fascina o homem. As imagens fantásticas que ela faz surgir não são aparências fugidas que logo desaparecem da superfície das coisas.” Para o autor, a loucura faz lembrar a razão, quanto mais se destaca a loucura, mais racional as outras pessoas serão consideradas. A loucura torna-se uma forma relativa à razão, assim loucura e razão estabelecem uma relação que fascina os sujeitos, “[...] loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória” (FOUCAULT, 1978, p. 35). A loucura e a razão se tornam a medida uma da outra em uma forma de se movimentar que se recusam, porém se fundamentam.

Sendo assim, percebe-se que, no decorrer do tempo, a relação entre razão e loucura apresenta características diferentes, mas sempre existiram, e a posição da razão sempre foi de controlar e regular os padrões que envolviam a loucura e suas manifestações de acordo com seus interesses. Pode-se dizer que: “A loucura é um momento difícil, porém essencial, na obra da razão; através dela, e mesmo em suas aparentes vitórias, a razão se manifesta e triunfa. A loucura é, para a razão, sua força viva e secreta.” (FOUCAULT, 1978, p. 41). Assim como é a razão que assume a loucura, então, por meio das ações racionais, toma-se a consciência do louco, delimitam-se suas ações e situa a loucura, e onde situá-la, senão na própria razão.

Entretanto, apesar de todas essas medidas percebidas no século XV e início do século XVI com processos de exclusões, o louco ainda não havia sido “aprisionado”, era levado de um local para outro, entre cidades, mas a sensação é de que não havia lugar para essas pessoas; enquanto isso, não ocorria, ainda, o aprisionamento hospitalar. Por volta do século XVII, o destaque foi a criação de vastas casas de internamento na Alemanha, servindo de exemplo e impulsionando outros países. Enquanto na Inglaterra, os internamentos começaram antes, por volta de 1575. Na maioria, esses locais eram mantidos por ordens religiosas, e muitos foram montados nas unidades que acolheram anteriormente os leprosários, que eram locais de isolamento para pessoas com a doença de lepra.

O classicismo inventou o internamento, um pouco como a Idade média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu; são os ‘internos’. O leprosário tinha um sentido apenas médico; muitas outras funções representaram seu papel nesse gesto de banimento que abria espaços malditos. O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em conjunto. (FOUCAULT, 1978, p. 61).

A Era Clássica fez surgir amplamente o internamento que serviria nesse momento não para os leprosos, mas para os insanos/loucos, contudo existiam características para essas pessoas consideradas insanas, que antes vimos ser aqueles que se opõem à razão, que devem ser levadas ao internamento.

Em alguns anos foi toda uma rede que se espalhou pela Europa. Howard, ao final do século XVIII, estabelecerá o projeto de percorrê-la toda; através da Inglaterra, Holanda, Alemanha, França, Itália, Espanha, fará a peregrinação de todos esses lugares de internamento – ‘hospitais, prisões, casa de detenção’ – e sua filantropia se declarará indignada com o fato de que tenham podido relegar entre os mesmos muros os condenados de direito comum, jovens que perturbavam o descanso de suas famílias (ou que lhes dilapidavam os bens), vagabundos e insanos. Prova de que já nessa época se tinha perdido uma certa evidência: a que, de modo apressado e espontâneo, fizera surgir em toda a Europa essa categoria de ordem que é o internamento. (FOUCAULT, 1978, p. 62).

Nessa passagem é possível identificar que essas instituições serviram para isolar os desafetos das sociedades e cita: jovens que perturbavam, vagabundos e insanos, assim como as instituições brasileiras que Arbex (2013) afirma terem abrigado as pessoas que eram enviadas pela sociedade e pelas famílias por motivos diversos como a homossexualidade, mulheres que precisavam ser caladas, alcoolistas, pedintes, negros, desafetos sociais e outros. No cenário europeu, houve peregrinações, fiscalizações e críticas a essa realidade, visto que eram contra a mistura entre o perfil das pessoas levadas para essas instituições, principalmente por conta da presença de loucos entre prisioneiros condenados pela justiça por cometer crimes, mas tinham sua “razão” preservada.

Entretanto, houve uma polêmica no século XVIII em razão da mistura dos loucos com pessoas que raciocinavam. O debate realizou-se sobre a necessidade de separar esses perfis diferentes, contudo a atenção foi exclusivamente voltada para essa questão, as formas de tratamento e o internamento não foram questionados; para o louco, a solução continuava sendo a internação em forma de aprisionamento.

[...] vê-se como funcionou, no século XVIII, a crítica política do internamento. De forma alguma no sentido de uma libertação da loucura; de modo algum se pode dizer que ela permitiu atribuir aos alienados uma atenção mais filantrópica ou mais médica. (FOUCAULT, 1978, p. 438).

Não cabia nessas discussões a possibilidade e implementação de cuidado, tratamento ou de liberdade. Segundo Foucault (1978), no fim do século XVIII, começaram os debates que incluíam outras formas de cuidado que não, apenas, o aprisionamento; assim, a era das grandes

internações começa a findar. Algumas medidas como reduzir ao máximo as internações que não eram relativas à loucura, mas feitas por questões diversas, por exemplo, o desejo da família de isolar um familiar por desafeto, começam a ser postas em prática. Comissões são criadas para fiscalizar as instituições, decretos são assinados, como a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão em 1789, culminante da Revolução Francesa, que define direitos individuais e coletivos. Os diagnósticos para internamento passam a ser revisados e tantas outras medidas que chamavam a atenção para a necessidade de outro olhar para essas pessoas, assim como o certificado médico passou a ser pedido para que houvesse a internação, na realidade europeia como citado anteriormente.

Ainda nesse período, houve um movimento de convergência entre as instituições básicas e a evolução da loucura no mundo do internamento, a relação entre loucura e razão também se reorganiza, e o isolamento não é mais a única opção. Com o avanço da economia liberal, houve a tendência de entregar a família, e não ao estado, o cuidado e auxílio aos pobres e doentes, “a família tornava-se assim o lugar de responsabilidades sociais” (FOUCAULT, 1978, p. 534). Contudo, nessa classe de doentes que a família deveria ser responsável, não inclui o louco, a família não era obrigada a assumir o cuidado dessas pessoas por conta da demasiada forma insana de se comportar no mundo, assim, para se adequar às novas demandas, as instituições que serviam apenas para isolamento ganham nova roupagem e características, passando a se situar como um local asilar, que assume cuidados como os das “famílias”, com inclusão de equipes médicas nessas instituições asilares.

Todavia, algumas pessoas denunciavam que esses locais tinham as próprias formas de tratamento e punição, além de ainda usar os mesmos meios de tratamento, inclusive as mesmas celas e prisões. Era observado que: “Na medicina da época clássica, banhos e duchas eram usadas como remédios de acordo com a imaginação dos médicos sobre a natureza do sistema nervoso: tratava-se de refrescar o organismo.” (FOUCAULT, 1978, p. 544). Formas diversas de castigo e repressão eram cotidianamente utilizadas até que houvesse a mudança de paradigma da saúde mental. Aspectos que surgem nos séculos XIX e XX.

Ao revisitar o paradigma do saber psiquiátrico, pode-se considerar a hipótese de que, ao longo do tempo, a psiquiatria clássica sofreu uma “crise” teórica e prática e acredita-se ter sido disparada principalmente pela radical mudança em seu objeto “[...] que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. É certamente no contexto dessa crise que surgem as novas experiências, as novas psiquiatrias” (AMARANTE, 1995, p. 21). Por meio dessa crise, é que são redimensionados os campos da psiquiatria, e expõem-se dois períodos de caracterização; o primeiro é destacado pelo processo de crítica à estrutura

asilar, que “cronifica” (torna crônico) os sujeitos e, por conta disso, busca-se resgatar o caráter positivo das instituições, assim é pensada na reforma interna das organizações psiquiátricas. Enquanto o segundo período é enfatizado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, o objetivo passa a ser prevenir e promover a saúde mental.

Contudo, Amarante (1995) considera que, tanto em um período como no outro, a psiquiatria passou da terapêutica das enfermidades para um projeto mais amplo; ao promover a saúde mental para além do cuidado individual, propõe fazer isso de forma coletiva, em grupos, com troca de experiências, valorizando a contribuição dessas pessoas. Esses dois modelos foram marcantes na construção do que é a psiquiatria e o tratamento ofertado atualmente, por humanizar os hospitais, valorizar os conteúdos trazidos pelas pessoas com doenças mentais, além de trabalhar a prevenção e promoção em saúde. Porém, a crítica apresentada a esses modelos, que levou à mobilização e luta antimanicomial, é que essas propostas estabelecem uma reforma psiquiátrica dentro dos limites das instituições psiquiátricas, em sistema de aprisionamento, e a proposta da luta antimanicomial é tratamento em liberdade e em comunidade.

Nesse contexto, ainda considerando as referências mundiais que influenciaram o modo de abordar a loucura ao longo do tempo, chega-se ao período em que foram ofertadas outras formas de tratamento para pessoas que estão internas nas instituições. Sendo assim, por volta de 1950, iniciaram-se as intervenções nesse sentido, surgem novas formas de abordar os sujeitos que foram condenados em diversos períodos históricos, sejam considerados alienados, sem razão, insanos, loucos, doidos e outras denominações. Para contribuir nas discussões sobre essas questões, serão utilizadas as considerações de Fanon (2005), que versam sobre os condenados da terra, sujeitos que tiveram sua sentença traçada e determinada, e por vezes são esquecidos. O autor vai destacar as condições enfrentadas por essas pessoas, por meio da sua experiência como médico, negro e estrangeiro (nascido em Fort-de-France na Martinica), no hospital psiquiátrico de Saint-Alban.

Fanon trabalhou no Hospital de Saint-Alban por 15 meses, conheceu e compartilhou de propostas e tratamentos com François Tosquelles, psiquiatra de origem espanhola conhecido pela sua contribuição para a Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização. Fanon e Tosquelles foram pioneiros, críticos e opositores da psiquiatria clássica aplicada na época. Sendo assim, Fanon confrontou-se com a psiquiatria clássica dos hospícios e com a teoria dos psiquiatras da Escola de Argel, inclusive por acreditarem no primitivismo dos indígenas. Então, Fanon (2005) direcionou suas energias para transformar os serviços pelos quais era responsável, inclusive

introduzindo a “social-terapia”, que trabalhava os aspectos sociais dos loucos internos e dos cuidadores para lidar com essas pessoas, sendo uma condição nova no campo da psiquiatria.

Dedicou-se tenazmente a transformar assim a relação do pessoal médico com os alienados, com os europeus, mas também com os ‘indígenas’ muçulmanos, procurando restaurar suas referências culturais, sua língua, sua organização da vida social, tudo aquilo que poderia fazer sentido. Essa pequena revolução psiquiátrica foi reconhecida tanto pelo pessoal médico – em sua maioria politicamente engajado – quanto pelos militantes da região. (FANON, 2005, p. 10.)

Diante de um posicionamento diferenciado da maioria dos médicos de instituições hospitalares psiquiátricas, por dar oportunidade aos internos de vivenciar suas referências culturais e a língua de origem, considerando que esses fatores são importantes para o tratamento desses sujeitos e percebendo a eficácia dessas novas formas de cuidado, Fanon foi contatado pelo movimento “amizades argelinas”, uma associação humanitária destinada a apoiar familiares de presos políticos. O primeiro pedido foi tratar dos combatentes quando apresentados distúrbios psíquicos, termos utilizados por eles, na tentativa de oferecer a essas pessoas outras opções que não o internamento e isolamento. Sendo assim, percebe-se nas atuações de Fanon (2005) que ele exercia uma dupla atuação, militante político e médico, além de pioneiramente ofertar tratamento sem internação.

Assim, por capilaridade entre psiquiatria e engajamento político, Fanon entrou na luta dos argelinos pela independência. Em fins de 1956, pediu demissão do seu cargo de médico psiquiatra, numa carta aberta ao Residente Geral Robert Lacoste, na qual escrevia que era-lhe impossível querer, a qualquer preço, desalienar indivíduos, situá-los de novo em seus lugares num país onde o não-direito, a desigualdade e o assassinato se erigem em princípios legislativos, onde o autóctone, alienado permanente no seu próprio país, vive num estado de despersonalização absoluta. (FANON, 2005, p. 10).

Esse tipo de atitude marca uma forma de atuação que eleva a condição das pessoas com sofrimento mental, ou dito na época, “alienados”, por vislumbrar para esses sujeitos outras possibilidades. É possível destacar alguns pontos importantes percebidos na citação, como o fato de questionar a necessidade de “desalienar” as pessoas, e fazer isso “a qualquer custo”, explicitando a possibilidade de outras formas de intervenção, como as que eram praticadas com Tosquelles no hospital psiquiátrico; caracterizou que o país não garantia a essas pessoas direitos, igualdade, e praticavam assassinato, além do fato de não permitir aos sujeitos estarem

em seu país de origem, que isso também é um fator que causa sofrimento e despersonalização;⁹ ou seja, como médico e militante, realizou críticas coerentes ao que vem sendo discutido neste trabalho, mas que vão de encontro aos ideais das classes dominantes da época, e com isso foi expulso da Argélia. Porém, sempre foi considerado um psiquiatra inovador.

Sua obra apresenta e debate a tensão política, cultural e o indivíduo, destacando os efeitos da dominação econômica, política e cultural sobre os sujeitos dominados. Estabelecendo que existe uma relação de dominantes e dominados, e essa relação gera, inclusive, sofrimento mental. Na condição de trabalhador da saúde, posicionava-se contra essa forma de se relacionar e construiu uma posição em favor da “Descolonização do ser” – uma liberdade do indivíduo ao realizar a análise das consequências da submissão não apenas para os povos; porém, para os sujeitos, expõe que deve existir a busca por condições de libertação. Segundo Fanon (2005), a colonização era uma grande provedora dos hospitais psiquiátricos.

Como vimos em Foucault (1978), houve um grande investimento da Europa na formação de instituições psiquiátricas para “asilamento” dos loucos. Esses modelos foram levados às grandes colonizações. Destaca-se nessa discussão de Fanon (2005) que os psiquiatras franceses tinham muita dificuldade de “curar” um colonizado, isso no período de 1954: “Porque é uma negação sistematizada do outro, uma decisão obstinada de recusar ao outro todo atributo de humanidade, o colonialismo obriga o povo dominado a perguntar-se constantemente: ‘Quem sou eu, na verdade?’” (FANON, 2005, p. 288).

Sendo possível considerar que Fanon (2005), nessa passagem, identifica que padrões estabelecidos que negam o outro não conseguem fazer um tratamento eficaz, por isso foram destacados em sua forma de cuidar questões da língua e da cultura. Porque a importação de modelos prontos, padronizados, não consegue atingir a diversidade do outro, não sendo suficiente para seu tratamento. Fazendo recordar, já enfatizado anteriormente, a peculiaridade do público que povoava os hospitais psiquiátricos no Brasil, como pessoas negras, LGBTQIA+ e mulheres, além da condição do país ter sido colonizado e ter importado padrões prontos de tratamento, com destaque para a vasta população de pessoas que descende de africanos e indígenas que foram escravizados e assassinados; ou seja, as contribuições de Fanon introduzem outras percepções acerca da loucura, sofrimento mental, das formas de tratamento e elevando a condição do insano a sujeitos capazes de obter transformação em sua vida se forem considerados seus contextos sociais e culturais. Ampliando, dessa forma, as possibilidades de intervenção e compreensão na década de 1950.

⁹ A despersonalização ocorre por meio do processo de alienação provocado pela falta de direitos, de acesso à cultura de origem dos sujeitos, de dialogar usando o idioma do país de origem entre outros (FANON, 2005).

Esta pesquisa abordará a diversidade, principalmente no campo da Educação, portanto, essas discussões fazem lembrar e associar algumas contribuições de Fanon (2005) sobre a relação de dominador e de dominado, às contribuições de Freire (1999), que retrata o opressor e o oprimido, relações que envolvem questões de poder econômico, cultural, social, que atingem a forma como se dará a educação e a cultura no país. Diante dessa realidade, ambos os autores afirmam ser fundamental para o desenvolvimento de ações com pessoas levar em consideração a realidade social e cultural dos sujeitos.

Não é preciso apenas combater pela liberdade do povo. Também é preciso, ao longo de toda a duração do combate, ensinar novamente a esse povo, e primeiro a si mesmo, a dimensão do homem. É preciso remontar os caminhos da história, da história do homem condenado pelos homens, e provocar, tornar possível o encontro do seu povo e dos outros homens. (FANON, 2005, p. 338).

Estabelece, assim, que, contra os processos de dominação que causam tanto sofrimento, é necessário o combate por liberdade. “O período de opressão é doloroso, mas o combate, ao reabilitar o homem oprimido, desenvolve um processo de reintegração que é extremamente fecundo e decisivo.” (FANON, 2005, p. 339). O autor considerava que a liberdade total ocorre quando esse processo atinge todos os setores da personalidade. Os loucos devem alcançar a liberdade não apenas por sair dos muros do aprisionamento, mas por não estarem condicionados aos dominantes e suas regras limitadoras, ao poder, ter liberdade nos setores da sua personalidade, seja a língua, a cultura, a sociedade, pelo direito de ir e vir. Sendo assim, pode-se considerar diante das questões expostas o direito de usar dos dispositivos públicos como a escola, que é o foco desta pesquisa.

Em suma, esse percurso histórico, com apresentação das contribuições que foram feitas pelos diversos contextos e locais no mundo, favorece que se perceba como ocorreu o tratamento dos loucos ao longo do tempo, até que se alcançasse a liberdade, que, no Brasil, como exposto na introdução, iniciou-se em 2001 quando foi estabelecida a Lei n.º 10.216, que possibilitou o fechamento dos hospitais e o início do tratamento em comunidade após décadas de luta antimanicomial e pela reforma psiquiátrica, que, com a lei, passou a contar com unidades de saúde no território que ofertam cuidado sem aprisionamento, como os CAPS.

Esse contexto possibilitou que pessoas com sofrimento mental passassem a ser tratadas em liberdade, retornando aos cuidados familiares ou morando nos SRT de responsabilidade dos municípios, e a partir do processo de ressocialização, chegassem às escolas públicas municipais. Contudo, é preciso considerar que, atualmente, chamados de pessoas com sofrimento mental

no âmbito da saúde, carregaram durante anos e talvez ainda carreguem o estigma de loucos, doidos ou insanos, e como expõe Fanon (2005) e Freire (1999), para lidar com pessoas, é necessário compreender sua realidade social e cultural. Sendo assim, serão abordados neste trabalho os processos que legitimaram a loucura para compreender quem são essas pessoas que estão sendo abordadas e os discursos que as cercam.

2.2 Processos de legitimação da loucura por meio do discurso

Considerando que durante séculos o discurso do “louco” foi negado, a ele só cabia o rótulo de doença e exclusão, é importante compreender as características que envolvem colocar o discurso dessas pessoas no lugar de não ter validade, a ponto de serem levadas ao aprisionamento durante séculos, e em outro momento histórico, foram capazes de participar da reforma psiquiátrica usando seu discurso para pedir mudanças no modelo assistencial. Atualmente, por meio do processo de retorno ao tratamento territorial, essas pessoas conseguem a liberdade, mas continuam institucionalizadas, como o caso dos moradores de residência terapêutica, que estão passando por um processo de ressocialização, como foi visto, mas proporcionado por profissionais de saúde do município, que são os cuidadores de residência terapêutica e as técnicas de referência.

Sendo assim, é necessário compreender as dimensões que surgem acerca dos discursos do “louco”, visto que para haver ressocialização, construção de projetos de vida, de fato considerando o discurso das pessoas com sofrimento mental, é necessário entender o poder que o discurso exerce ao ser anulado ou validado para além da dimensão da fala ou frases.

Suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que tem por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 1996, p. 8-9).

Para Foucault (1996), no contexto social em que vivemos, existem processos de exclusão e controle em que o discurso é limitado, são impostas condições para expressar o discurso, não é permitido expressar tudo o que se deseja em qualquer circunstância, e é pelo controle do discurso que as instituições mantêm seu poder, havendo duas maneiras de controle: externa e interna. O controle que iremos abordar será o controle externo do discurso, que foi chamado de sistema de exclusão, em que os procedimentos utilizados impedem a criação do

discurso, mas não seu pensamento, sendo apresentados, pelo autor, três sistemas de exclusão: a interdição, a oposição entre razão e loucura e a vontade de verdade.

Com relação à interdição, existem três maneiras de ocorrer, pelo tabu do objeto em que existem assuntos de que não se pode falar, nem entram no discurso; a outra maneira de interdição é o ritual da circunstância, em que determinados discursos só podem surgir em ocasiões específicas, e, por último, o direito privilegiado ou exclusivo dos sujeitos que falam, que trata da limitação de determinados discursos que só podem ser abordados por determinados sujeitos. Todas essas limitações e controle fazem com que o discurso perca seu potencial, e assim o alcance de seu poder e validade. A outra forma de exclusão externa, apresentada por Foucault (1996), foi a vontade de verdade, que aborda o fato de as pessoas desejarem que seu discurso seja tomado como verdade. Afinal, o discurso verdadeiro é uma forma de obter poder, o discurso nem precisa ser verdadeiro de fato, pode ser um discurso falso, porém passado como verdade. Contudo, se ele não for aceito como verdadeiro, independentemente de ser um discurso falso ou verdadeiro, ele pode sofrer o risco da exclusão, inclusive ser taxado como “louco”, tratando assim do consenso da verdade que a sociedade engloba.

A outra forma de exclusão externa tem uma denominação muito perspicaz que permeia toda a discussão presente neste trabalho, trata das ambivalências que determinam a vida dos sujeitos, como norteadores de vida por meio do discurso. Chamada de oposição entre razão e loucura, é mais uma forma de interdição, como as citadas acima, que vão limitando os sujeitos, segregando, taxando os enunciados entre verdade e não verdade, permitindo ou não que seja enunciado e/ou determinado por quem pode ser enunciado; se não é considerado verdadeiro, é taxado de loucura e de outras formas exclusivas. No caso da oposição entre razão e loucura, como é colocado em sua caracterização, existe o fato de que, quando é dito o que é proibido ou contrário às interdições, a pessoa é taxada como “louca” mesmo que se esteja falando a verdade, se essa fala for de encontro às interdições sociais, ela não será aceita.

Todas essas questões apresentadas por Foucault (1996) fazem recordar dos dados trazidos por Arbex (2013) quando ele afirma que 70% das pessoas que foram internadas no hospital psiquiátrico de Barbacena em Minas Gerais não tinham diagnóstico de doença mental. Em umas das passagens, ela caracteriza um dos públicos recebidos no hospital, que muito faz lembrar as observações de Foucault (1996) sobre a interdição do discurso por meio da taxação da loucura: “Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento.” (ARBEX, 2013, p. 6).

Segundo Foucault (1996), as formas de exclusão externa do discurso têm materialidade, ela se efetiva em ações e atitudes, o discurso vagueia pelas falas, símbolos, enunciados, mas se transforma em ato, como o perigo que poderia surgir das atitudes dessas mulheres, e para que isso não acontecesse, foram trancafiadas em hospitais psiquiátricos e tomadas como “loucas”, para que seu discurso não tivesse validade.

A sociedade tem formas de funcionamento que levam a validar o discurso de um sobre o outro como verdade, mesmo que não seja. Elas foram tratadas como loucas mesmo sem ter o diagnóstico médico que comprovasse isso, pois o discurso considerado verdadeiro gera o poder de definir determinações sem necessidade de constatações.

[...] em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e terrível materialidade. (FOUCAULT, 1996, p. 9).

Entre as formas de exclusão que Foucault (1996) apresenta, a oposição entre razão e loucura está permeada pela separação e exclusão, é uma exclusão que atinge a segregação. O autor afirma que, desde a Idade Média, o louco era o sujeito do discurso que não deveria circular, sua palavra era nula, não acolhida, não tomada como verdade; por outro lado em certas circunstâncias específicas, havia algumas exceções.

O discurso do louco poderia ser tomado como verdade, após uma forte oposição, mas misticamente era o discurso que escondia a verdade, ou pronunciava o futuro, via a ingenuidade que era posta ao “louco”, ele poderia perceber coisas que a sabedoria não percebia. Por vezes, o discurso do louco poderia ser tudo ou nada. Porém, era por meio da palavra, que o louco e a loucura eram reconhecidos, pela palavra ocorria a separação e classificação como louco. Foucault (1996, p. 11) ressalta: “Era através de suas palavras que se reconhecia a loucura do louco; elas eram o lugar onde se exercia a separação; mas não eram nunca recolhidas nem escutadas.” Assim, a palavra reconhecia a condição de louco, mas não servia para ser escutada.

Entretanto, Foucault (1996) também observou que, até o fim do século XVIII, não houve a ideia de saber o que as palavras ditas pelos loucos poderiam dizer. Dessa forma, não se fazia diferença se naquelas palavras poderiam ter conteúdo, tudo o que vinha do louco era considerado ruído. Contudo, passado o período em que a palavra do louco não era escutada, com os avanços das propostas da medicina e da psicanálise, o discurso do louco ganha um novo lugar, ele passa a ser escutado e analisado. Os ouvidos dos profissionais são emprestados à

escuta em que o louco, agora considerado paciente, deve colocar suas palavras. Foucault (1996) fala em “pobres palavras” para o médico ou analista.

Todavia, Foucault (1996, p. 13) ressalta que essa separação está longe de ser apagada, a segregação se manifesta de outra forma: “E mesmo que o papel do médico não fosse senão prestar ouvido a uma palavra enfim livre, é sempre na manutenção da censura que a escuta se exerce.” Por via do poder investido a esses profissionais de saúde, ocorre a escuta das pobres palavras agora livres, todavia, é uma escuta voltada para censura, as instituições favorecem uma escuta com função de impor e reconduzir as palavras, via discurso, que, como vimos, garante o poder das instituições.

O “louco”, agora “paciente”, passa por cuidados médicos, analíticos, mas as instituições ainda mantêm a ordem do discurso que lhes garante o poder, e impõem esse discurso aos pacientes; “[...] creio que essa vontade de verdade assim apoiada sobre um suporte e uma distribuição institucional tende a escrever sobre os outros discursos – estou sempre falando de nossa sociedade – uma espécie de pressão e como que um poder de coerção” (FOUCAULT, 1996, p. 18). O tratamento é recebido, seu discurso é analisado, mas a censura quanto ao que se pode ou não falar continua, é necessário que essas pessoas que tinham seus discursos anulados, agora tenham seus discursos escutados, enquadrem-se minimamente aos padrões discursivos impostos pelas instituições.

Sendo assim, existem transformações, mas não efetivas no sentido de mudar o contexto da censura do discurso; “[...] a partir do século XIX, em um saber sociológico, psicológico, médico, psiquiátrico: como se a própria palavra da lei não pudesse mais ser autorizada, em nossa sociedade, senão por um discurso de verdade” (FOUCAULT, 1996, p. 19); cabe nessa nova roupagem tratar, escutar, analisar e classificar mediante processos de censura o que é verdade e pode ser dito por essas pessoas; até a lei, para ser autorizada, precisa enquadrar-se nos padrões de verdade; como vimos anteriormente, essa verdade nem precisa ser um discurso verdadeiro, é o discurso que será tomado como verdadeiro e se torna instrumento de poder das instituições.

Desse modo, foram abordadas algumas dimensões acerca do discurso que podem favorecer a compreensão do percurso percorrido pelas pessoas com sofrimento mental desde o aprisionamento, atravessado por diversas formas de tratamento, de desvalorização do discurso, dos desejos, até a luta antimanicomial e a conquista do tratamento em liberdade.

2.3 Trajetória das pessoas com sofrimento mental no Brasil até a possibilidade de inserção educacional

A denominação Holocausto Brasileiro foi dada inicialmente à realidade vivida no Hospital Colônia de Barbacena, por ser um dos maiores do Brasil. Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina nesses hospitais, onde todos eram padronizados como “loucos”, mas estima-se que 70% dos atendidos não sofriam de doença mental, segundo Arbex (2013), eram pessoas com características diferentes ou que, de algum modo, ameaçavam a ordem pública e foram postos nos hospitais psiquiátricos. Para Arbex (2013), os hospitais psiquiátricos recebiam os desafetos da sociedade, mães solteiras, alcoolistas, pedintes, negros, pobres, pessoas sem documentos, crianças, órfãos e outros. No entanto, todas tiveram o mesmo tratamento desumano como vimos anteriormente.

Em uma realidade cruel, em que Arbex (2013) relata que apenas em Barbacena 60 mil pessoas perderam a vida, mais de 1.820 corpos foram vendidos às universidades de Medicina, garantindo um lucro de 600 mil (convertido em reais), fora o valor atribuído à compra de partes do corpo como os órgãos e ossos. Quando esses corpos perderam o interesse das universidades, que pararam de comprar, eles passaram a ser decompostos em ácido nos pátios dos hospitais, em tonéis, na frente dos pacientes que estavam internados nesses locais, causando mais sofrimento a essas pessoas. As sociedades em busca de atingir seus objetivos, por inúmeras vezes, mostraram-se atroz, ceifando vidas em busca de seus interesses. Minayo (1994, p. 57) descreve: “Não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente. Pelo contrário, a dialética do desenvolvimento social traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano.” Uma triste constatação, mas que se mostra presente nas mais variadas comunidades.

Em Pernambuco, a realidade era semelhante ao que foi exposto, havia instituições para insanos, inicialmente regidas pela Santa Casa de Misericórdia, que eram instituições religiosas; com o tempo, surgiram instituições públicas e particulares de modelo asilar para internamento dos ditos loucos. Em 1936, foi fundado a maior referência do Nordeste, o Hospital Ulysses Pernambucano no Recife. Segundo Medeiros (1999), era um local voltado apenas para o modelo hospitalocêntrico, onde o tratamento desumano desencadeou muitas mortes. Outro hospital pernambucano de referência era o Alberto Maia, localizado na região metropolitana do Recife, no município de Camaragibe. O Hospital Alberto Maia foi avaliado pelo Ministério de Saúde como uma das piores instituições do país, com diversas violações aos direitos humanos, falta de condições físicas e de higiene dos usuários, sendo descredenciado no fim de 2010,

porém não recebia novos pacientes desde 2002 por motivo da precariedade da assistência (HOSPITAL..., 2010).

As pessoas que conseguiram sobreviver a essa realidade caracterizada acima, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, que foi garantido pela Lei n.º 10.216/01, que versa sobre a regulamentação da Reforma Psiquiátrica e garante o fechamento dos hospitais, passam a morar nas comunidades com a família ou em Residências Terapêuticas de responsabilidade da Prefeitura. O tratamento asilar foi substituído por cuidados nos territórios por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que inclui vários dispositivos de cuidado da saúde mental, inclusive os CAPS.

Por meio de um processo que foi histórico, com muitos enfrentamentos impulsionados pelo controle social (familiares, trabalhadores, pacientes e órgãos representantes da sociedade civil), houve o alcance de algumas conquistas que geraram leis e diretrizes, que, com o passar do tempo, se concretizaram em ações. “A história é sempre a história de uma sociedade, mas sem a menor dúvida, de uma sociedade de indivíduos.” (ELIAS, 1994b, p. 44). São inúmeros os atores que trabalharam em busca dessa mudança histórica, mas também são inúmeros os indivíduos que terão sua vida modificada nesse processo, sendo considerado um processo de ressocialização, tendo em vista que esses sujeitos viveram em sistema asilar e retornam para a sociedade necessitando de inclusão social.

Nessa perspectiva, pela necessidade de inclusão social ou ressocialização, essa população chega às escolas municipais para estudar e são contempladas na Educação de Jovens e Adultos (EJA), que dispõe em suas novas configurações como: “Avançar numa nova concepção de EJA significa reconhecer o direito a uma escolarização para todas as pessoas...”, e a EJA representa outra e nova possibilidade de acesso à educação escolar (BARROS; MAÇAIRA; SOUZA, 2015, p. 23).

Em suma, é um programa que tem a proposta de incluir pessoas que não tiveram a possibilidade de estudar em outro momento da vida, e dessa maneira se torna uma forma de estratégia para o processo de ressocialização das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, visto que se enquadram no perfil da EJA, por serem jovens adultos com história de interrupção ou falta de acesso escolar. Porém, quando a EJA foi pensada, não havia traçado como perfil dos seus estudantes pessoas com sofrimento mental, até porque essas pessoas estavam aprisionadas nos hospitais, não gerando demanda para a educação formal.

Para Freire (1999), a educação leva ao caminho da liberdade, ela aproxima as pessoas como ação cultural e de conscientização. Dessa forma, a educação deve acolher o homem em suas diferenças e particularidades, no caso desta pesquisa, suas necessidades especiais. Ele

observa que: “Não há educação fora das sociedades humanas e não há homem no vazio.” (FREIRE, 1999, p. 43). Reafirma-se a importância da educação para a vida das pessoas e nesse processo de aquisição da liberdade e da ressocialização de pessoas saídas dos hospitais psiquiátricos, a possibilidade de estudar é libertadora, visto que foram libertados dos muros físicos, precisam iniciar uma inclusão social. Para tanto, a educação é um caminho importante.

Diante de todas essas questões, espera-se que haja uma mobilização emocional e intelectual dos envolvidos. Considerando as peculiaridades que envolve esse novo estudante, eles têm uma história de vida diferenciada, provavelmente um comportamento característico. Talvez sofram preconceito, estereótipos e outros fatores que levem à necessidade do uso de recursos pessoais e profissionais das pessoas que vão receber esses estudantes egressos dos hospitais psiquiátricos. É interessante o conhecimento desse fato pelos professores e demais envolvidos para conseguir educar esse público novo. Afinal: “O conhecimento dos sentimentos e das emoções requer ações cognitivas, da mesma forma que tais ações cognitivas pressupõe a presença de aspectos afetivos.” (FREIRE, 1996, p. 159). Reconhecer e saber lidar com essas questões é um catalisador para o melhor desenvolvimento do processo educacional.

Contudo, ainda existem os aspectos emocionais, culturais dos estudantes com transtornos mentais, pessoas que passaram anos vivenciando uma cultura de opressão, em que a liberdade, a educação, o convívio comunitário foram negados. Portanto, é preciso ter uma lógica pedagógica que considere a realidade e a cultura dessas pessoas, que não deve ser desconsiderada ou transformada. É necessário um processo delicado: “Significa, ao contrário, reconstruí-la plenamente segundo os seus próprios padrões. Desaliená-la obriga o educador ou o agente cultural a extrair dela tudo o que lhe foi imposto por outros.” (BRANDÃO, 2002, p. 21). Portanto, para o processo educacional, Brandão expõe que é necessário respeitar a cultura dos grupos sociais e fornecer subsídios para que reconstruam suas referências; extrair as imposições que os outros determinaram durante um longo tempo, em um público como esse que saiu do aprisionamento, não é algo comum e cotidiano, fazendo com que necessite de adaptações a essa nova realidade.

Não obstante, é possível identificar, por meio das discussões realizadas, o caminho que foi estabelecido para que as pessoas que saíram dos hospitais psiquiátricos chegassem às escolas e se tornassem estudantes, passassem a vivenciar uma nova realidade de vida comunitária com acesso à educação, ao lazer, à cultura, com possibilidades diversas, atrás de um processo de ressocialização.

Nesse contexto, levanta-se a indagação: Como o processo educativo das pessoas com sofrimentos mentais vem sendo praticado no município do Recife na modalidade EJA? Visto que objetivamos nesta pesquisa perceber a relação de contribuição da educação para a ressocialização dessas pessoas, assim como analisar como os profissionais envolvidos percebem a adaptação escolar, os processos de aprendizagem e reinserção social. Afinal, é importante: “Acreditar que o ato humano de educar existe tanto no trabalho pedagógico que ensina na escola quanto no ato político que luta na rua por um outro tipo de escola, para outro tipo de mundo.” (BRANDÃO, 1981, p. 56). A educação traz esperança de sujeitos mais conscientes, que possam explorar e cobrar direitos e deveres.

Dessa maneira, acessar a escola e ingressar no processo educativo desbrava para os egressos de hospitais psiquiátricos acesso a outras concepções e maneiras de contemplar a vida diferentemente daquelas atrás dos muros dos hospitais. Esse acesso foi por meio de atos políticos, pela Reforma Psiquiátrica, e considerando que o ambiente da escola é um lugar de educar, de trocas sociais, de trabalhar habilidades, esses sujeitos podem ser contemplados por frentes que vão para além do ato de ensino e aprendizagem. A EJA surgiu e se constituiu por meio de movimentos políticos e sociais para contemplar aquelas pessoas que não puderam estudar nos anos regulares, como veremos na discussão sobre a história da educação de jovens e adultos no Brasil; porém vale destacar, neste momento, que a educação abarca muitas outras questões além do processo de ensino e aprendizagem, entre eles, intervenção política e social.

Nesse sentido, é necessário reconhecer que as pessoas com sofrimento mental conquistaram a liberdade pela luta via movimentos sociais que elas promoveram com outros atores e não obstante conseguiram chegar às escolas. Faz-se necessário, portanto, identificar a adaptação dessas pessoas à escola, e da escola a essas pessoas e, assim, perceber que transformações vêm ocorrendo para contemplar esse público e como estão conseguindo lidar com o processo de aprendizagem, inclusive, ligados às suas necessidades de inclusão social e educacional.

3 A EDUCAÇÃO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO

Com a saída dos hospitais psiquiátricos, as pessoas com sofrimento mental iniciam um processo de ressocialização fazendo uso dos dispositivos da comunidade, e assim, a escola surge como um local que essas pessoas estão acessando. Dessa maneira, pretende-se discutir as possíveis contribuições e os desafios da educação para o processo de ressocialização dessas pessoas.

3.1 A educação e o desenvolvimento dos sujeitos

Diante do que foi visto, podemos dizer que as instituições fazem uso dos discursos que surgem na sociedade para validar o próprio discurso como verdade e garantir a manutenção do seu poder. Estamos abordando neste trabalho as instituições médicas, psicológicas, psiquiátricas, educacionais e tantas outras que se entrelaçam quando têm objetivos em comum. Falar de instituições científicas leva a pensar sobre as teorias e os contextos que validam as verdades e os discursos. Existe, dessa forma, a adaptação das teorias criadas para determinados fins, como também usar teorias disponíveis para auxiliar a compreensão de novos fenômenos que não foram inicialmente pensados quando se desenvolveu uma teoria originalmente.

Pretendemos com esta discussão abordar a utilização das teorias para validar os discursos e iniciar as interlocuções sobre a educação e o que a envolve, como contribui para as pessoas com sofrimento mental que estão demandando acesso à escola. O texto descreve e busca compreender as circunstâncias que essas pessoas vivenciaram e vivenciam.

A etiqueta 'teoria' tem designado, às vezes, trabalhos de difícil atribuição disciplinar que tentam enriquecer ou modificar os aparatos conceituais de um campo, através de recontextualização das ideias formuladas em outro local e para outras finalidades. O que ocorreu com a psicanálise, o marxismo ou o estruturalismo nos últimos anos, quando foram utilizados como idéias novas e plenas de possibilidade em quase todos os campos do saber ou quando sua utilização redesenhou as relações disciplinares estabelecidas, pode ser um bom exemplo. (LARROSA, 1994, p. 35).

Ao fazer uso dos conceitos foucaultianos, Larrosa (1994) afirma que, por meio da articulação entre saber e poder, o interior se produz em sujeito, pois nesse momento se objetivam alguns aspectos humanos que tornam possível a manipulação técnica institucionalizada dos indivíduos. Como vimos anteriormente, com base nas observações de

Foucault (1978), o saber valida o poder das instituições e as teorias; os saberes são utilizados para fins estabelecidos, também, por meio do tratamento, pode-se direcionar para que fim se interessa aquela atuação profissional. Como foi dito, por via dos profissionais da Saúde, pode-se estabelecer a censura ou validação dos discursos e desejos das pessoas com sofrimento mental. É importante ressaltar que essas observações não dizem respeito a juízo de valor ou moral, mas a mecanismos de funcionamento.

Nesse contexto, a educação é analisada como uma prática disciplinar de normalização e de controle social. As práticas educativas são consideradas como um conjunto de dispositivos orientados à produção dos sujeitos mediante certas tecnologias de classificação e divisão tanto entre indivíduos quanto no interior dos indivíduos. (LARROSA, 1994, p. 52).

Segundo Larrosa (1994), existe um binômio saber-poder sendo abordado pelas instituições, assim como pelo governo, que produz um disciplinamento pela normatização e pelo controle social. Contudo, entre tantos aspectos e possibilidades de uso das teorias e da educação, neste momento será destacada a relação da educação como formadora de sujeitos, como esse saber e poder pode instrumentalizar pessoas com sofrimento mental para habitar a sociedade com qualidade de vida. Além do fato de a educação técnica formal possibilitar o estabelecimento de relações, crescimento e desenvolvimento entre os indivíduos. Considerando que a reforma psiquiátrica busca que os sujeitos consigam viver em liberdade e passem por um processo de ressocialização, nessa perspectiva a educação seria fundamental ao permitir que os sujeitos se constituam pela relação entre os indivíduos e com eles mesmos.

O sujeito pedagógico ou, se quisermos, a produção pedagógica do sujeito, já não é analisada apenas do ponto de vista da ‘objetivação’, mas também e fundamentalmente do ponto de vista da ‘subjetivação’. Isto é, do ponto de vista de como as práticas pedagógicas constituem e mediam certas relações determinadas da pessoa consigo mesma. Aqui os sujeitos não são posicionados como objetos silenciosos, mas como sujeitos falantes; não como objetos examinados, mas como sujeitos confessantes; não em relação a uma verdade sobre si mesmos que lhes é imposta de fora, mas em relação a uma verdade sobre si mesmos que eles mesmos devem contribuir ativamente para produzir. (LARROSA, 1994, p. 54-55).

Nesse contexto, percebe-se que o autor trata da experiência de si mesmo, como os processos educacionais elevam diversos contextos pedagógicos e, para além, terapêuticos, visto que, pela educação, se pode refletir sobre as experiências que ocorrem em grupos, na relação com o outro e consigo. No caso da experiência de si, percebe-se que as “formas de relação do sujeito consigo mesmo podem ser expressadas quase sempre em termos de ação” (LARROSA,

1994, p. 38). Dessa forma, por meio desses processos educativos, ocorre a experiência de si, “o poder de ter uma certa consciência de si e o poder fazer certas coisas consigo mesmo” (LARROSA, 1994, p. 38-39). Posiciona, assim, a educação para além do processo formal de ensino e aprendizagem, mas como um desencadeador que contribui para o desenvolvimento das relações e experiência de si, o encontro consigo e aquisição de poder no sentido de ter consciência de si mesmo, de suas possibilidades e assim obter algum controle sobre as coisas que envolvem a própria pessoa.

Ao considerar o público desse trabalho, pessoas que foram impedidas de exercer sua individualidade, colocadas em um contexto de internamento hospitalar, onde haviam formas padronizadas de controle e tratamento, sem considerar a subjetividade do sujeito. Poder vivenciar o processo de desinstitucionalização, sair dos hospitais e viver nas comunidades, assim como chegar às escolas e se aproximar da educação, podendo vivenciar diversas possibilidades e ter crescimento por meio das experiências, que podem ser transformadoras e terapêuticas, como apresentada por Larrosa (1994), seria de enorme benefício. No ambiente escolar, os benefícios são de amplitudes capazes de modificar a vida, as pessoas com sofrimentos mentais teriam acesso para além das questões da cultura e do conhecimento formal, poderiam ampliar o conhecimento e a consciência sobre si e seus desejos.

É importante destacar que os processos educativos são dinâmicos e envolvem todas as pessoas que estão no ambiente escolar, desde os trabalhadores da portaria, cantina, limpeza aos professores e estudantes. Portanto, com o ingresso das pessoas com sofrimento mental na escola pode haver impacto tanto nesses novos estudantes como nas outras pessoas que frequentam a escola. Tal como expôs Larrosa (1994), os sujeitos não são objetos silenciosos que possam ser postos nos lugares sem sofrer ou provocar influências, principalmente diante de novos contextos que interagem diretamente com esses sujeitos.

É neste sentido que, para mulheres e homens, estar no mundo necessariamente significa estar com o mundo e com os outros. Estar no mundo sem fazer história, sem por ela ser feito, sem fazer cultura, sem ‘tratar’ sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência, ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem idéias de formação, sem politizar não é possível. (FREIRE, 1996, p. 24).

Mediante o exposto, pode-se dizer que estar no mundo leva a estabelecer relações com as pessoas e com o ambiente em que se vive. Ao abordar a inoclusão do ser, Freire (1996) discute que a educação é um processo permanente, visto que as pessoas são seres inacabados, sendo assim, independentemente da função que as pessoas estão desempenhando na escola,

ainda há possibilidade de trocas, aprendizagem e mudanças. Isso posto, é esperado que as mudanças provocadas pelo acesso escolar das pessoas com sofrimento mental possam causar impactos e provocar processos educativos e adaptativos em todos os envolvidos. Tende-se a esperar que os mais próximos desses novos estudantes na dinâmica escolar, que são os professores e estudantes, possam sentir mais influência dessa presença.

Diante dessa conjuntura, existem situações delicadas, que precisam de atenção e cuidado, visto que os profissionais da escola recebem a informação da chegada dos estudantes com sofrimento mental, mas os outros estudantes passam a vivenciar essa realidade que provavelmente não estavam esperando. Essa situação desencadeia a necessidade de destreza por parte dos profissionais da escola para lidar com a dinâmica provocada com essa nova realidade.

Diante dessas questões, Freire (1996, p. 24) afirma que as experiências dos estudantes podem tornar-se processos educativos, “o ideal é que, na experiência educativa, educandos e educadores, juntos, ‘convivam’ de tal maneira com este como com outros saberes de que falarei que eles vão virando sabedoria”. Nesse trecho, Freire (1996) faz referência à consciência dos sujeitos de serem seres inacabados e com isso permitem a educabilidade, sendo essa consciência uma forma de saber. Dessa maneira é possível se manter em constante aprendizagem, inclusive com relação às interações estabelecidas no ambiente escolar. Sendo assim, a inclusão de pessoas com sofrimento mental pode gerar impactos, mas também novas experiências, saberes e processos educativos para todas as pessoas envolvidas.

3.2 A educação de jovens e adultos: desenvolvimento, contribuições e desafios da EJA no Brasil e no Recife

A Educação de Jovens e Adultos (EJA) pode ser caracterizada, segundo Friedrich *et al.* (2010), como uma proposta de educação compensatória, supletiva e emergencial, ainda sendo uma modalidade de ensino com muitas carências, em que o professor precisa usar criatividade diante de estudantes que vivenciaram muitos processos de exclusão. Para compreender como foi possível chegar a essa conclusão, serão discutidos aspectos do percurso da EJA no Brasil.

A concepção da EJA no Brasil surgiu mediada pelo próprio desenvolvimento da educação e se institucionalizando desde os séculos XVI e XVII com as missões de “catequização dos indígenas, alfabetização e a transmissão da língua portuguesa” (FRIEDRICH; BENITE, 2008, p. 4). A necessidade de educação para adultos foi aumentando ao longo do tempo, com a vinda da Família Real, houve a necessidade de formação de

trabalhadores, e em 1854, surge a primeira escola noturna para alfabetizar trabalhadores analfabetos, que se expandiu, e em 1874, chegavam a 117 escolas noturnas no Brasil.

Por volta de 1881, com o Decreto n.º 3.029, de 9 de janeiro de 1881, mais conhecido como “Lei Saraiva”, houve a proibição de voto para analfabetos, o analfabetismo ficou associado à incapacidade e à inabilidade social, versa Friedrich (2010). Em meados de 1910, houve a expansão das redes escolares visando à diminuição do analfabetismo e vislumbrando o aumento de eleitores, e intensificou-se como dever do Estado a oferta de Educação.

A autora ainda expõe que, com a Revolução de 1930, houve mudanças políticas e econômicas associadas à intensificação da industrialização no país, e a EJA começa a marcar sua trajetória na educação brasileira. Em 1934, surgiu o Plano Nacional de Educação (PNE), instituído na Constituição desse ano, o que impulsiona o desenvolvimento da EJA que, na década de 1940, por necessidade das indústrias, associa-se à educação profissionalizante e tem sua regulamentação realizada pelo Fundo Nacional de Ensino Primário (FNEP), projeto do professor Anísio Teixeira, que se preocupava com a desigualdade entre os municípios e pensou em formas de distribuir recursos por meio do Projeto Custo Padrão, financiado pela União, estados e municípios.

Assim, no decorrer do tempo, houve inúmeros programas voltados à educação de adultos sugeridos por presidentes, ministros da Educação e importantes educadores do país. Contudo, com a realização do 2.º Congresso Nacional de Educação de Adultos, houve a proposta de o programa tornar-se permanente em meados de 1964, e começou a consolidação do Programa de Jovens e Adultos.

Em relação à trajetória da educação de jovens e adultos na cidade do Recife, é possível dizer que, historicamente, está ligada aos dois percursos que abordavam concepções diferentes no Brasil. Segundo Maçaira (2015), caminhava uma das correntes fazendo emergir o conjunto de ações educativas que tinham princípios teóricos que situavam a alfabetização como aliada do movimento de organização popular. Já a outra corrente, visava propiciar práticas organizadas de uma educação que pudesse transmitir conhecimentos sistematizados, sendo, portanto, duas concepções diferentes de práticas educativas com orientações teórico-práticas distintas, voltadas para o público jovem e adulto.

Contudo, essa representação da EJA no Recife efetuou-se pela corrente que se baseava nos movimentos socioculturais da década de 1960, como o Movimento de Cultura Popular (MCP), com origem nos pensamentos freirianos, que influenciaram as práticas nos anos seguintes. Por volta de 1986 a 1988, existia no Recife o Projeto Teimosia, uma ação desenvolvida pela Fundação Guararapes e a Prefeitura da Cidade do Recife, em que se identifica

a gênese da EJA. Esse projeto era amplamente influenciado pelas concepções freirianas, e o MCP tinha em sua proposta de currículo a arte e a cultura como conhecimento científico e sistematizado.

Maçaira (2015) destaca que, com o Golpe Militar de 1964, o MCP teve suas ideias oprimidas e seus dirigentes perseguidos, por conseguinte, durante alguns anos, as propostas apresentadas anteriormente foram suspensas. Entretanto, o analfabetismo no Brasil, mesmo nesse período, era considerado uma ferida no orgulho brasileiro, inclusive para o governo militar. Desse modo, políticas voltadas para a diminuição do analfabetismo continuaram a receber investimento e, em 1967, criou-se o Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral), e posteriormente, por volta de 1971, implementou-se o ensino supletivo nos Centros de Ensino Supletivo (CES), que atendiam os estudantes, também os egressos do Mobral. Até que, em 1972, o Parecer n.º 699 do Ministério da Educação, de 28 de julho, por meio do Conselho de Educação, destacou as quatro funções do ensino supletivo: suplência, suprimento, aprendizagem e qualificação.

Essa proposta apresentada pelo governo militar mobilizava grandes debates entre os educadores visto que o Mobral “[...] apresenta-se, claramente, como oposição às ideias produzidas pelos movimentos anteriores a 1964, em especial àquelas formuladas pelo professor Paulo Freire” (MAÇAIRA, 2015, p. 18). Ora, com a ditadura militar implantada e a censura ao MCP, o Mobral, mesmo inquietando os educadores, surgiu como oposição e foi desenvolvido. Porém, é importante contextualizar que essa modalidade de ensino, segundo a autora citada, buscava fazer com que o indivíduo fosse responsabilizado pela sua condição social, desconsiderando que o sujeito tivesse de alguma forma se influenciado pela cultura e sociedade. No entanto, mesmo nessas condições, destaca-se nos textos que a cidade do Recife, principalmente no fim da década de 1970 e início da década de 1980, mostrou inúmeras iniciativas para a educação de adultos realizadas pelas organizações populares, uma forma de resistência ao Mobral, que ficou com sua identidade associada ao regime autoritário e militar.

O cenário nacional e municipal sofreu mudanças em 1985, com os primeiros prefeitos de capital eleitos após o golpe militar de 1964. Em Recife, a administração municipal estabeleceu parcerias em busca de resgatar a credibilidade das escolas, e o apoio para esse resgate foi mediante movimentos populares, escolas comunitárias, parceria com universidades e outros. Nesse processo de reorganização, com as discussões para a nova constituição da educação, a modalidade EJA estava inserida no movimento de municipalização. Assim, criou-se a Comissão para Educação Básica de Jovens e Adultos, iniciando-se a política de EJA do município do Recife.

Nesse contexto, iniciaram-se dois programas: a educação básica com professores da rede municipal de ensino (nos moldes do Teimosia);¹⁰ e o Programa de Alfabetização de Adultos com estagiários (estudantes) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Dessa maneira, retorna-se ao início da discussão sobre o período da década de 1980, em que houve grande investimento na EJA, com a realização de concurso para professores, a implementação do Projeto Teimosia e o Projeto de Alfabetização de Adultos. Esse investimento visava contemplar cerca de 2.500 pessoas em onze meses e com aulas no turno da noite segundo Maçaira (2015). Recife, portanto, investiu na educação de adultos com a criação de projetos que se iniciaram assim que esse módulo de educação foi municipalizado pós-governo militar.

A nova Constituição foi promulgada em 1988 e previa a colaboração entre as três esferas do governo. Para contemplar as necessidades dessa colaboração, criou-se a Comissão Nacional do Ano Internacional de Alfabetização (CNAIA), presidida inicialmente pelo educador Paulo Freire, impulsionando que, em 1990, fosse criado o Programa Nacional de Alfabetização (PNAC). Vislumbrou-se nesse cenário a reviravolta nacional, reverter os programas implantados (mostrados anteriormente), que iam de encontro às discussões dos educadores e movimentos populares. A própria condição de Paulo Freire como presidente é marcante visto que foi censurado no momento anterior, e nessa reviravolta tem a possibilidade de pôr suas contribuições em prática. Para Recife, o ano decisivo foi 1992 em razão da Lei Municipal n.º 15.619 (RECIFE, 1992), que foi sancionada e integrou a Educação Básica de Jovens e Adultos à Diretoria Geral de Ensino. Com isso, cria-se um departamento, como as outras modalidades de ensino, possibilitando mais autonomia para a EJA.

Esse recorte sobre o percurso histórico da EJA no Brasil e em Recife, mostrando os momentos de desenvolvimento e censura até a garantia de leis e departamentos, permite perceber que esse processo envolveu muitos sujeitos da educação, da política, e na década de 1980, a participação efetiva do controle social, da comunidade e dos movimentos sociais. Pensar sobre o contexto que a EJA vivenciou durante esses anos leva a se refletir e associar ao processo que ocorreu na luta antimanicomial, principalmente do ponto de vista da participação do controle social e da comunidade para conseguir garantia de direitos. O que se destaca, porém, é que a busca por direitos possibilitou o acesso à educação por uma população bastante diversificada.

Sendo a diversidade, uma das principais marcas do corpo discente da EJA, é importante reconhecer as diferentes idades, diferentes experiências de vida, diferentes bagagens culturais, que os mesmos carregam e expressam nas salas de aula. Por outro

¹⁰ Nos anos de 1986 até 1988, existia o Teimosia, um programa que ofertava educação de jovens e adultos com ações desenvolvidas pela Fundação Guararapes em parceria com a Prefeitura do Recife. (MAÇAIRA, 2015).

lado, algumas experiências e expectativas, são comuns a maioria: impossibilidade ou dificuldade de realizar os estudos na idade prevista, necessidades relacionadas ao trabalho, expectativas de aprendizagem e desenvolvimento pessoal. (MAÇAIRA, 2015, p. 21).

Essas observações reforçam e demarcam a EJA como uma modalidade de educação que se dispõe a acolher a diversidade, que é o ponto de conversão com a proposta desta pesquisa, visto que a população abordada – pessoas egressas de hospitais psiquiátricos – compõe um grupo específico, diferente, que tem algumas das características citadas pela autora, como a impossibilidade de estudar em outros períodos da vida, não estar na idade prevista, ter expectativas de aprendizagem e pessoal, principalmente por estar em um processo de ressocialização após anos de aprisionamento.

A preocupação com a inclusão é mundial. Na perspectiva internacional, em 1994, realizou-se a Declaração de Salamanca (evento das Nações Unidas), com uma convocatória as Nações à promoção da Educação Inclusiva, com sugestão de criação de legislação específica para políticas voltadas ao enfrentamento da invisibilidade das pessoas com deficiência, que sofreram com descaso e exclusão. Com relação à necessidade de legislação em que houvesse reconhecimento de dar oportunidade de igualdade a criança, jovens e adultos com deficiência nas etapas/séries/modalidades, com atenção especial para os que apresentam deficiências múltiplas e severas, sendo considerado um grande desafio.

Nessas sugestões não foram encontradas modalidades específicas para pessoas com sofrimento mental (diz respeito a sofrimento mental de atitudes, comportamentos, emocionais e outros), que é diferente de deficiência intelectual. O sofrimento mental pode ou não ter comprometimento intelectual que é condicionante na deficiência intelectual.

Entre tantas questões e desafios, não seria possível fazer essa discussão sem destacar o corpo docente e trabalhadores da educação, havendo a necessidade de fazer um recorte para compreender quem são os educadores que se depararam com o desafio de ensinar e trabalhar nessa modalidade.

No que diz respeito aos(as) professores(as), coordenadores(as) e outros sujeitos que compõem a EJA, são profissionais que, em sua trajetória acadêmica, pouco receberam formação para o trabalho com a modalidade. No entanto, grande parte desses(as) profissionais procuram preencher essa lacuna, através de experiências no cotidiano escolar, e das atribuições advindas da formação em serviço, com vistas a uma prática pedagógica conforme as especificidades dos sujeitos da EJA. (MAÇAIRA, 2015, p. 23).

Todavia, a autora afirma que a identidade do professor da EJA está em construção, sendo assim, precisa da mobilização de diversos sujeitos para favorecer que ocorra uma construção

com qualidade, principalmente nas formações continuadas que são oferecidas pelo município e contemplam os trabalhadores da EJA. Identifica-se também a necessidade de sensibilizar a comunidade escolar para a modalidade EJA, que receba investimentos assim como as outras modalidades.

Por meio dos discursos traçados neste texto, é possível acrescentar que nesse contexto é imprescindível o envolvimento de alguns representantes da sociedade para que se alcance a qualidade de ensino na EJA e possibilidade de incluir, de fato e de direito, as pessoas que precisam dessa modalidade de ensino, como a participação das universidades e movimentos sociais que estiveram presentes na formação da EJA, e seria de grande contribuição participar ativamente da formação da identidade desses educadores.

3.3 Desafios da escolarização na educação de jovens e adultos

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica que o Brasil tem 11 milhões de analfabetos, cerca de 6,6% da população, dados de 2019 (TOKARNIA, 2020). O Plano Nacional de Educação tem metas não cumpridas; até 2015, a taxa de alfabetização deveria ser de 93,5% e o índice atual é de 93,2%, abaixo do objetivo anos após o prazo. Esperava-se que houvesse a erradicação do analfabetismo até 2024. Segundo Semis (2018), existe um fracasso da escola, que consta com um aumento das matrículas na EJA. Em 2017, havia 3,6 milhões de estudantes frequentando a modalidade; um aumento de 3,5% em relação a 2014-2016, o que é um desafio para a educação.

Segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), é um dado alarmante visto que a EJA é uma modalidade de ensino compensatória, assim está recebendo jovens e adultos que deveriam ter sido atendidos pelo ensino regular. As discussões acerca dessa temática versam sobre a dificuldade de acesso à educação, mas também sobre a evasão escolar, tema que será abordado nesta discussão na perspectiva dos desafios e dificuldades que a EJA enfrenta, que também é uma realidade que atinge as pessoas em sofrimento mental, mais detalhada nas discussões sobre a análise dos dados.

Friedrich *et al.* (2010) corroboram as informações acima afirmando que a EJA existe pela falta de oportunidades que consolidem a presença e a educação das crianças.

Os cursos de alfabetização de adultos existem, exatamente, pela falta objetiva de oportunidades educacionais que garantam às crianças o acesso à escola, bem como à sua permanência, haja em vista os altos índices de evasão e repetência evidenciados nas estatísticas sociais. (FRIEDRICH *et al.*, 2010, p. 405).

Para Simões (2017), a evasão na EJA tem sido observada e desafiado os educadores da modalidade. Para minimizar essa situação, a autora sugere que é necessário conhecer esses sujeitos que estão estudando na EJA e adequar a escola às necessidades diferenciadas que essas pessoas precisem; ou seja, se o perfil desses estudantes for desconsiderado, a escola pode ofertar propostas inadequadas levando à desistência. Acrescenta que é importante destacar que essa evasão é histórica, com intervenção do governo, mas sem ganhos na qualidade do ensino que está ligada às condições organizacionais e estruturais dos estudantes e das escolas como oferta de ensino que não contempla a realidade dos sujeitos, condições dos estudantes como cansaço físico, dificuldade de conciliar o tempo com trabalho e a família, até o desestímulo provocado por reprovações. Para lidar com essas questões, a autora sugere que deva haver profundas discussões sobre o perfil desses estudantes e reflexão sobre os sujeitos que a escola almeja formar.

O Parecer do Conselho Nacional de Educação, CNE/CEB n.º 11, aprovado em 10 de maio de 2000 (BRASIL, 2000), por meio das Diretrizes Curriculares, diz que a EJA é uma modalidade de ensino com as seguintes funções:

Reparadora, pela restauração de um direito negado; equalizadora, de modo a garantir uma redistribuição e alocação em vista de mais igualdade na forma pela qual se distribuem os bens sociais; e qualificadora, no sentido de atualização de conhecimentos por toda a vida. (FRIEDRICH *et al.*, 2010, p. 400).

O que contempla diversos aspectos já discutidos, entre eles, as singularidades dos sujeitos, como exemplo, movimento de igualdade das condições sociais, e para que ocorra, depende do conhecimento que se deve ter da realidade social dos estudantes. Com relação às pessoas com sofrimento mental, os aspectos apresentados de reparação, equalização e qualificação vêm a calhar com a necessidade de ressocialização delas diante de anos de direitos negados. Essas dificuldades e desafios fazem refletir sobre o local social da EJA, que parece ir além do processo de ensino e aprendizagem.

A EJA tem se constituído como lugar social e historicamente reservado aos setores populares. Assim, os alunos, na maioria das vezes trabalhadores, pobres, subempregados, oprimidos, excluídos, são reconhecidos como classe social dominada, cuja reprodução da hierarquia social é legitimada na hierarquia escolar. (SIMÕES, 2017, p. 1).

Simões (2017) expõe que é preciso pensar no fenômeno da evasão escolar, porque algo tem levado os estudantes a perder o desejo de emancipação e ascensão social. Durante os anos de 2014 e 2018, a Educação Básica que engloba a Educação Infantil, o Ensino Fundamental 1 e 2, Ensino Médio e a EJA teve uma evasão escolar de 1,3 milhão de alunos matriculados segundo os dados do INEP.

Considerando os jovens e adultos com o perfil diferenciado, apontado na citação como pessoas que passaram por condições difíceis de exclusão e opressão, é necessário rever a realidade desses sujeitos, pois é difícil enfrentar tantas dificuldades aumentando o grau de desistência educacional.

De acordo com Friedrich *et al.* (2010, p. 404), “[...] o sujeito educador, precisa de uma sólida formação política e social, para atuar frente às propostas pedagógicas incoerentes com o contexto em que se desenvolvem os programas de EJA”. A autora expõe isso ao refletir sobre os desafios dos educadores da EJA que recebem um programa educativo generalizado, mas para ser bem desenvolvido, é necessário debruçar-se sobre a realidade dos sujeitos que estão estudando, quais as necessidades educativas dessas pessoas e suas dificuldades. Para conseguir ter esse olhar, considera que há necessidade de formação política e social dos educadores.

No cenário atual, a sociedade vê a juventude e o adulto analfabeto como sinônimo de problema e motivo de preocupação. Especificamente, a juventude é a fase mais marcada por contradições de elementos de emancipação e subordinação sempre em choque e negociação. O adulto analfabeto defronta-se com a sociedade letrada e necessita de, no mínimo, saber enfrentar a tecnologia da comunicação para que, como cidadão, saiba lutar por seus direitos, pois ao contrário, torna-se vítima de um sistema excludente e pensado para poucos. (FRIEDRICH *et al.*, 2010, p. 405).

No decorrer das discussões, é possível perceber que são inúmeros os desafios e as dificuldades que envolvem a modalidade da EJA e seus estudantes, desde os processos institucionais, de leis e programas, a formação dos educadores, além das condições excludentes e opressoras que os estudantes vivenciam.

Nessa realidade ainda existe um público, que está chegando a essa modalidade de ensino, que carrega singularidades semelhantes às citadas e, mais, uma característica específica que é a condição de sofrimento mentalmente. Contudo, as discussões estão sendo realizadas por temáticas próximas, houve dificuldade de encontrar acervos sobre a educação de jovens e adultos para pessoas com sofrimento mental.

3.4 Educação em saúde: ponderações sobre a educação de moradores de residência terapêutica

A proposta de acesso escolar para moradores de residência terapêutica é uma iniciativa dos trabalhadores e moradores de residência terapêutica no município do Recife. Não obstante, ao realizar o desenvolvimento da pesquisa, foi observada a implicação dos trabalhadores da saúde e da educação para que o acesso escolar ocorresse. Ao se debruçar sobre a literatura para compreensão dessa relação estabelecida, foi possível identificar a fundação de um processo de educação em saúde.

Nessa circunstância, na qualidade de instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são regidos por normas e diretrizes. Desse modo, existem orientações e protocolos acerca da relação entre a saúde e a educação com sugestões de como deve ocorrer o incentivo a trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Não encontramos uma vertente direcionada à educação para pessoas egressas de hospitais psiquiátricos ou que moram em residência terapêutica. Após analisar algumas propostas, percebemos que a educação em saúde é a moção que mais se aproxima e incentiva discussões e educação para usuários do SUS.

O *Glossário temático* de gestão do trabalho e da educação na Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), lançado em 2012, faz uma classificação das áreas temáticas, entidades e saberes que se relacionam com o SUS na intenção de identificar, relacionar, gerir e oferecer acesso a esse conhecimento que versa sobre a democratização e divulgação das terminologias e significados no âmbito do SUS para facilitar o desenvolvimento de metodologias e tecnologias.

Diante do exposto, no glossário, são apresentadas cinco propostas para a educação no âmbito do SUS. São elas:

A educação continuada é explicada como se fosse para o trabalhador ter acesso à aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas; e a Educação na Saúde seria a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para atuação na saúde com práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. A Educação Permanente na Saúde caminha por meio de ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde que visem à transformação das práticas profissionais e organização do trabalho objetivando as necessidades das pessoas e da população. A educação popular em saúde com ações educativas, que tem como objetivo promover, na

sociedade civil, a educação em saúde mediante a inclusão social e promoção das populações na participação em discussões sobre a saúde, participação popular e coletiva nas decisões.

A outra proposta sobre educação no SUS é a Educação em Saúde caracterizada por ser o processo educativo de construção de conhecimento em saúde que visa à apropriação temática pela população, e não a profissionalização ou a carreira na saúde. Percorre o aspecto de promover um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.

Dessa maneira, a educação em saúde e a educação popular em saúde são iniciativas que o SUS promove para incentivar processos educativos para as pessoas e a população, sendo a educação em saúde voltada para iniciativas que promovam, pela educação, possibilidades de aquisição de conhecimento e autonomia, características que contemplam as propostas relacionadas com o acesso à escola por moradores de residência terapêutica a fim de desenvolver habilidades que possibilitem a ressocialização social. Além de que promovem a participação nas discussões sobre saúde, que vem ocorrendo desde o início da reforma psiquiátrica, em que usuários, familiares e profissionais buscaram mudanças na forma de tratamento, e ainda buscam, visto que o movimento da reforma e a luta antimanicomial ainda estão atuantes.

A educação em saúde é um trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo, crítica e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criem condições para se apropriarem de sua própria existência. (RUIZ; LIMA; MACHADO, 2004, p. 191).

Essas observações sobre a educação em saúde como capacitadora para apropriação da própria vida foram desenvolvidas mediante a experiência de atuação no campo da educação em saúde, a prática dos autores estabelecerem relações com vários aspectos da vida, como se essa prática educativa possibilitasse o desenvolvimento das pessoas com relação à capacidade de crítica, de domínio sobre suas decisões e vida, além do aspecto saúde-doença.

Apesar de todos os conceitos estabelecidos sobre saúde e doença, sabe-se que eles, ao longo dos anos, têm sido compreendidos ou enfrentados de acordo com as diversas formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização. (CÂMARA; MELO; GOMES, 2012, p. 42).

Câmara, Melo e Gomes (2012, p. 42) acrescentam: “Educação em saúde tem papel central nas ações de promoção da saúde e, a partir de seus princípios e práticas, aparece como

estratégia relevante para superar o assistencialismo.” Portanto, os aspectos relativos à saúde e à doença não devem ser limitadores, visto que são mutáveis. Como identificado anteriormente, há anos essas pessoas que hoje chegam à escola viviam em hospitais psiquiátricos aprisionados, sem acesso à sociedade ou à educação. Como expõem Câmara, Melo e Gomes (2012), com o passar do tempo, as concepções sobre a saúde e a doença mudaram e, assim, as formas de tratamento possibilitando que essas pessoas cheguem às escolas. Sugerem que, pela educação em saúde, é possível promover ações que permitem novas considerações sobre práticas e princípios que excluem a necessidade de assistencialismo à educação. Nesse sentido, favorece que as pessoas criem mecanismos de autonomia e não precisem ser consideradas carentes e necessitadas para precisar de assistencialismo, promovendo autonomia e conhecimento.

Contudo, a educação em saúde é uma diretriz que relaciona ações que possibilitem diminuir o assistencialismo e estimule o desenvolvimento de promoção em saúde, autonomia, criticidade, construção de conhecimento, porém não aborda especificamente os processos de ressocialização de pessoas com sofrimento mental pela educação. Essa temática pode ser destacada de maneira transversal quando a educação em saúde busca processos educativos que promovam autonomia para os usuários. Sendo assim, esse movimento de propor acesso à educação buscando autonomia, ressocialização, ocorre por intermédio dos profissionais das residências terapêuticas em função dos moradores que são usuários do SUS, visto que as residências são moradias, mas, também, unidades de saúde, que promovem ações caracterizadas conforme os princípios da promoção da educação em saúde que foram discutidos.

O cenário apresentado trouxe aspectos relacionados com a educação no âmbito da saúde, como esse campo de atuação vem estimulando e trabalhando para o desenvolvimento da educação dos trabalhadores, gestores e usuários. Percebe-se, assim, que as ações realizadas de acesso escolar para os moradores de residência terapêutica caminham pelas diretrizes apresentadas nessas discussões, contudo, também é necessário destacar processos educativos em saúde no âmbito escolar.

Isso posto, é possível considerar que o acesso desses moradores à escola desencadeia discussões acerca da saúde nesse ambiente. Levando em consideração o Ministério da Educação, foi desenvolvida a proposta do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2018), que tem como intenção a articulação e a integração permanente da educação e da saúde. Esse programa estipulou como objetivo a contribuição para a formação integral dos estudantes por meio da promoção, prevenção e atenção à saúde, além de considerar que essas ações devem ser amplas e territoriais, abrangendo, assim, práticas voltadas também para a comunidade. O programa

destaca que a escola é uma instituição privilegiada que pode favorecer a promoção à saúde mediante a educação integral.

Pelo exposto, existe no âmbito da educação estímulos para a articulação permanente com a saúde; logo, tanto a saúde como a educação em nível de conceitos e diretrizes estimulam que haja práticas integrativas entre si. Portanto, o ambiente escolar pode proporcionar processos educativos que favoreçam o acesso escolar e a ressocialização de pessoas com sofrimento mental, e para dar conta dessa demanda, é possível o estabelecimento de diálogos e trocas com a saúde.

A escola é um espaço de ensino, aprendizagem e educação, com grande relevância para a promoção da saúde, especialmente pelo seu papel na formação do cidadão crítico, autônomo e atuante na busca de melhores condições de saúde e qualidade de vida, incluindo a escolha por hábitos e atitudes mais saudáveis. (VISINTAINER; SOARES, 2019, p. 53).

Em vista disso, pode-se dizer que o ambiente escolar pode promover, por meio da educação, uma formação que favoreça aos estudantes melhor qualidade de vida. São diversos os aspectos citados por Visintainer e Soares (2019), que podem ser abordados mediante o ensino e a aprendizagem, o que demanda da escola e dos educadores preparo e sistematização de atividades.

O convívio escolar diário, a capilaridade e abrangência da educação possibilitam o desenvolvimento de um trabalho sistematizado voltado para o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas, para a atuação na melhoria da qualidade de vida e saúde, bem como para uma maior participação social na reivindicação de boas políticas públicas de saúde. (VISINTAINER; SOARES, 2019, p. 53).

Dessa maneira, Visintainer e Soares (2019) afirmam que a escola tem uma amplitude de ações e alcance, inclusive possibilitando maior participação social dos estudantes para reivindicar políticas públicas.

Eventualmente, “as relações entre objetivos da educação em saúde e aqueles da escola precisam ser objeto de discussão urgente por parte de professores e pesquisadores” (MOHR; VENTURI, 2013, p. 2.351). Sendo assim, Mohr e Venturi (2013) consideram que a educação em saúde não é um assunto do senso comum, em que as pessoas possam abordar sem uma preparação prévia, e estimulam que haja diálogo entre professores e pesquisadores para a efetivação de ações nesse âmbito.

Assim, propomos que a educação em saúde desenvolvida na escola (seja por professores, seja por outros profissionais que aí colaborem) fundamente-se e tenha necessariamente uma identidade pedagógica, ou seja, que propicie que o aluno desenvolva conhecimentos e capacidade de autonomia e de reflexão. (MOHR; VENTURI, 2013, p. 2.351).

Em suma, a educação em saúde no ambiente escolar deve ter uma orientação com identidade pedagógica, segundo Mohr e Venturi (2013), bem como deve ser desenvolvida mediante parcerias entre os educadores, profissionais da saúde e pesquisadores que possam colaborar para o desenvolvimento de ações que visem à autonomia, ao conhecimento e à reflexão dos estudantes, familiares e comunidade. Portanto, a educação em saúde desenvolvida por iniciativa dos profissionais da saúde ou por iniciativa dos profissionais da educação prima pela necessidade de articulação e integração.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

A estratégia de investigação para identificar o papel da educação no processo de inserção de sujeitos com sofrimento mental à sociedade realizou-se considerando o levantamento das residências terapêuticas da cidade de Recife, PE. Atualmente, existem 50 unidades com egressos de hospitais psiquiátricos.¹¹ Nesse contexto, identificaram-se pessoas que tenham histórico de longa internação e estejam frequentando e/ou frequentaram nos últimos cinco anos aulas na Educação de Jovens e Adultos, visto que é na EJA que as pessoas com sofrimentos mentais vêm sendo recebidas para estudar nas escolas municipais, o que pode constituir-se em um processo de reabilitação psicossocial e consequentemente inserção à sociedade.

Os últimos cinco anos foram estabelecidos como critério considerando que no Recife houve uma intensificação nesse período do processo de desinstitucionalização,¹² em que os hospitais psiquiátricos foram fechados e muitas das pessoas com sofrimento mental, que perderam o vínculo familiar, passaram a morar em residência terapêutica. Visto que a Lei Municipal n.º 16.232/96 dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental (RECIFE, 1996), sendo uma lei municipal que só foi cumprida vinte anos depois. Recife recebeu o título de Uma Cidade sem Manicômios em 2016, ao fechar todos os hospitais da cidade, com exceção do Hospital Ulysses Pernambucano que funciona como emergência psiquiátrica, sem fins de longos internamentos.

Assim, pelo contato com os gestores da saúde e da educação, foi possível identificar os moradores que foram ou são estudantes da EJA e encontrar sua escola de origem. Segundo informações da Secretaria de Educação do Recife, em 2017, havia 8.046 estudantes na EJA e 126 escolas ofertando essa modalidade, com vagas abertas para qualquer pessoa acima de 15 anos (RECIFE, 2017). Diante dessas informações, ao identificar as escolas e residências que tenham ou tiveram estudantes, no perfil descrito e no período de tempo citado, houve articulação com os profissionais das escolas e das residências para participarem da pesquisa e realizar a coleta de dados, que será exemplificado mais adiante.

Em relação aos trabalhadores dos SRT são, no mínimo, quatro cuidadores de residência terapêutica (profissional de nível médio e/ou técnico de enfermagem) para cada residência,

¹¹ As residências são unidades de saúde descaracterizadas, para que possam funcionar nas comunidades o mais próximo possível de casas comuns.

¹² Desinstitucionalização é o ato de dar alta a pacientes de prolongado internamento em hospitais psiquiátricos, inseri-los no território e converter os recursos hospitalares em serviços comunitários (VENTURINI, 2016).

podendo o número aumentar quando tem pessoas com necessidades especiais e um técnico de referência (profissional de nível superior como psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro e outros) para duas residências. Diante do que foi exposto, com a existência de 50 residências, estima-se em torno de 26 técnicos de referência e 200 cuidadores de residências terapêuticas, entre fixos e “feristas” no município do Recife. Nessa perspectiva, para obter informações sobre o acesso escolar de pessoas com sofrimento mental moradoras de residência terapêutica, realizaram-se as coletas de dados com profissionais da saúde e da educação.

Nessa perspectiva, para a realização da pesquisa, optou-se por procedimentos comuns ao estudo de caso, visto que: “O estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade.” (GIL, 2008, p. 58). Nesse sentido, Gil (2008) acrescenta que, para realizar o estudo de caso, é importante debruçar-se sobre os dados colhidos considerando as características subjetivas que envolveram todo o percurso da pesquisa, da entrevista, das relações estabelecidas, das condições físicas e outros. Assim, como explicitado nos objetivos, o presente estudo de caso pretende investigar a relação que se estabeleceu entre a educação e a saúde por essa nova configuração que ocorreu com a implementação das políticas públicas citadas anteriormente no município do Recife.

Neste estudo, utilizamos, como uma das técnicas, o método de entrevista semiestruturada, para colher informações nas Residências Terapêuticas e nas Escolas Municipais, por meio dos profissionais que trabalham nesses locais e estão atuando para a efetivação do processo de ressocialização. É importante destacar que é possível haver indagação referente à realização de entrevistas com os moradores estudantes, porém esses moradores são institucionalizados, e não há autorização da Secretária de Saúde para a realização de pesquisa com essas pessoas, além de considerarmos haver limites éticos e morais por serem pessoas que vivenciaram diversos processos invasivos durante as internações, por estarem em sofrimento mental e passando por um momento inicial de ressocialização. Não seria adequado, portanto, esse tipo de intervenção.

Assim, considerando as contribuições de Minayo (2000), que abordam o fato de a entrevista ser uma técnica bastante utilizada na área Social e da Saúde, com o foco em construir informações pertinentes para o objetivo da pesquisa. A autora acrescenta que, embora haja muitas formas e técnicas de realizar o trabalho de campo, a entrevista é um dos principais e mais efetivos instrumentos. Sendo assim, realizamos sete entrevistas, quatro com profissionais da Saúde e três com profissionais da Educação, que serão especificadas mais à frente. O roteiro inicial das entrevistas está no Apêndice A.

Além das entrevistas, fundamentadas anteriormente, foram definidas mais duas etapas para pesquisa: a revisão integrativa e questionários com cuidadores. Durante a fundamentação teórica e o contato com o projeto das residências terapêuticas, percebemos a dificuldade de encontrar produções literárias específicas sobre a educação de pessoas adultas com sofrimento mental, o que levou à necessidade de uma revisão integrativa. Igualmente percebemos a necessidade de explorar a opinião acerca da temática de uma categoria profissional muito atuante, que convive frequentemente com os moradores estudantes, o cuidador de residência terapêutica.

Esse profissional, já caracterizado antes, trabalha diretamente com a reabilitação e ressocialização dessas pessoas, sendo, muitas vezes, o sujeito que identifica os desejos e as necessidades dos moradores; o cuidador também atua na busca por contemplar essas demandas, dessa forma, em diversos momentos, é esse profissional que leva ao contato com a escola, que realiza a matrícula, que escuta as demandas que a escola apresenta, leva à escola aqueles que não têm autonomia de ir sozinho. Segundo a Lei Ordinária n.º 17.400/2007 (RECIFE, 2007), que cria o Cargo de Cuidador de Residência Terapêutica no município do Recife, esse profissional tem como atribuições: realizar atividades de organização, manutenção e acompanhamento dos usuários de residências terapêuticas; participar dos programas de reabilitação psicossocial; realizar outras atividades correlatas à função de cuidados com os usuários das residências terapêuticas.

Desse modo, diante dessas questões, surgiu a necessidade de ter dados que demonstrassem qual a compreensão que essas pessoas têm sobre a educação e inserção social dos sujeitos egressos de hospitais psiquiátricos, pois esses profissionais trabalham em plantão de doze horas, tendo sempre uma referência deles com os moradores, um trabalho intimista e que leva à proximidade e ao conhecimento das demandas dos moradores.

Dado o grande número de trabalhadores nessa função, cerca de 200 cuidadores de residência terapêutica, definimos que o melhor instrumento de captação de informações seria o questionário. Considerando que é uma técnica de comunicação e método de coleta de dados que, segundo Gil (2008, p. 128), se define da seguinte forma: “[...] a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.” Nesse contexto foi aplicado o questionário (APÊNDICE B) na perspectiva de obter informações e dados desse grupo acerca das características citadas pelo autor.

Para o tratamento desses dados referentes às entrevistas e aos questionários, selecionamos como método a análise de conteúdo via análise temática, com destaque para a coocorrência. A revisão integrativa terá sua metodologia explicada no próprio corpo textual. Segundo Bardin (2011, p. 31), a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, em que é possível, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos, realizar uma descrição das mensagens que levam à inferência de conhecimento referentes à relação de produzir e receptor as mensagens trocadas entre o pesquisador e o pesquisado. Sendo assim, a análise de conteúdo possibilitaria destacar os conteúdos manifestos nas comunicações realizadas via entrevista e questionário, e interpretá-los considerando os aspectos sociais envolvidos.

A análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem. (MINAYO, 2000, p. 203).

Diante da lista de possibilidades que a análise de conteúdo oferece ao trabalhar temáticas variáveis de análise, selecionamos para ser aplicada nesta pesquisa a análise das relações em razão da via social apresentada acima. Bardin (2011) explica que a análise das relações em sua construção técnica recebeu contribuições da teoria da associação de Freud,¹³ do aparecimento dos ordenadores e do estruturalismo com base na linguística e sociologia. A partir dessas contribuições, as técnicas de análise não se limitam à simples conferência de aparições dos elementos na comunicação, mas enfatiza as relações que os elementos emergentes realizam entre si. Para a autora, a análise de conteúdo pode ocorrer por meio da análise dos significados, que seria pela análise temática ou pela análise dos significantes que seria uma análise léxica ou dos procedimentos.

Nessa perspectiva, para esta pesquisa, foi aplicada a análise dos significados a partir de tópicos temáticos que surgiram pela análise das relações com destaque para coocorrência que “[...] procura extrair do texto as relações entre os elementos das mensagens, ou mais exatamente, dedica-se a assinalar as presenças simultâneas” (BARDIN, 2011, p. 198); ou seja, nos dados obtidos, foram previamente definidos fragmentos de mensagens, em que foi feita a

¹³ A associação livre é uma técnica criada por Freud em substituição à hipnose. Tem como objetivo fazer com que o paciente fale tudo o que atravessar sua mente, sendo uma forma de comunicação, em que o analista, pela atenção flutuante, identifica e analisa as informações importantes para o tratamento (JORGE, 2007).

identificação quando surgirem nessas mensagens dois ou mais elementos da mesma unidade de texto, sendo percebida a coocorrência.

Tais dados serão apresentados e foram analisados seguindo as orientações referentes à coocorrência em algumas etapas como sugere Inomata (2015). Inicialmente, deve ser realizada a organização da análise com a pré-análise, em que o conteúdo é lido e se estabelecem palavras-chave para realizar as associações e definições do que deve ser analisado. Em seguida, deve ser feita a exploração do material, em que são percebidos itens significantes que devem ser divididos em temas importantes para serem interpretados e apresentados nos resultados. Diante dessas orientações, existe um passo a passo que perpassa por um conjunto de instrumentos metodológicos que são definidos como coocorrência. Essas etapas foram realizadas da seguinte maneira:

- Feita a pré-análise
 1. Feita a leitura fluente do material
 2. Selecionados os documentos e trechos que deveriam ser analisados
 3. Pensado o CORPUS base via representatividade e pertinência com a temática
 4. Feita a relação entre hipóteses e objetivos
 5. Preparado o material para análise temática
- Feita a exploração do material.

No que tange à etapa da exploração do material, seguindo as orientações de Inomata (2015), foram conduzidos processos de codificação e categorização do material até se alcançar unidades de registro separado por palavras-chave e temáticas. Em seguida, realizada a separação baseada nos critérios da análise; assim percebida a presença e ausência de repetições temáticas e das palavras-chave, foram destacadas como coocorrências no sentido de análise temática para identificar o significado dessas frequências. Desse modo, a codificação dos dados foi por meio da categorização temática de acordo com o sentido expressivo dos dados colhidos; ou seja, diante das expressões que eram percebidas, foram categorizadas em blocos temáticos para serem apresentados seguindo as etapas da análise por coocorrência que Bardin (2011) sugere:

1. Escolha das unidades de registro – nesta pesquisa foram escolhidas como unidades de registro *ex ante* (antes da elaboração e aplicação das entrevistas e questionários) blocos temáticos e palavras-chave. Os blocos temáticos surgiram a partir dos objetivos, portanto, temas que cada objetivo pretendia alcançar e assim saber se houve

coocorrências temáticas nesse sentido. Já as palavras-chave, são variações de palavras que podem surgir dentro de cada tema, destacadas antes da coleta de dados para observar se vão surgir durante a coleta, podendo ser a própria palavra em destaque ou palavras com significados semelhantes.

Temas	Ressocialização	Ensino e Aprendizagem	Adaptação	Relações Sociais
Palavras-chave	Retorno à escola	Aprendizagem/ Conhecimento	Reabilitação	Preconceitos
Palavras-chave	Reinserção	Ambiente Escolar Adaptado	Autonomia/ Independência	Interagir educadores / estudantes
Palavras-chave	Convívio Comunitário	Educação formal e informal	Inclusão/ Acolhimento	Ampliar relações sociais

2. Escolher unidades de contexto e recorte do texto em fragmentos – quando observado que havia palavras, trechos com significados semelhantes aos em destaque nas palavras-chave ou com relação à temática. Tanto nos questionários como nas entrevistas, houve a escolha dessas unidades textuais e em seguida o recorte deste texto. Salientando que os questionários e roteiros das entrevistas foram desenvolvidos em blocos temáticos. Com relação ao questionário, as respostas por alternativas fechadas já possibilitavam perceber se as seleções dessas opções geravam coocorrência temática (e o número de pessoas que selecionaram aquelas palavras/temas – respostas), enquanto nas respostas abertas dos questionários ocorreram os recortes como nas entrevistas.

3. Codificação – é considerada a presença ou ausência de unidades de registro ou unidade de significado. No caso desta pesquisa, utilizamos a unidade de significado. Dessa forma, antes realizamos recortes e fragmentação do texto, e durante a codificação, foram feitas análises unitárias, destacando frases, palavras que tinham significados semelhantes aos destacados como unidades de registro. Assim, foi possível identificar coocorrências temáticas ou de palavras-chave para o desenvolvimento da etapa seguinte.

4. Cálculo das coocorrências – Bardin (2011) apresenta algumas possibilidades para realização dos cálculos, podendo ser numéricas, por meio de tabulações, gráficos, comparações ou descrição. Nesse sentido o cálculo pode ser apresentado de formas diferentes nas pesquisas. Para esta pesquisa, abordamos a função descritiva da multicodificação do cálculo, visando à análise do significado de forma temática, em que identificamos a frequência das coocorrências dos temas e palavras-chave em destaque e suas variáveis.

Desse modo, com relação aos questionários, foi possível apresentar os dados numéricos quando os códigos (palavras/significados) eram citados/escolhidos nas alternativas. Nas questões abertas, essas informações foram verificadas por blocos temáticos e colocados os percentuais de frequência/coocorrência em que foram citadas.

Esses blocos temáticos também foram utilizados para as entrevistas, porém como foram 7, sendo 3 da educação e 4 da saúde, não percebemos a necessidade de levantar o percentual de frequência/coocorrências, mas utilizar a técnica de análise dos temas e apresentar as frequências que surgiram por meio do destaque dos trechos dos textos que foram referidas, fazendo uso da função descritiva da análise de conteúdo por significado. Assim, as palavras-chave/temas citados por todas as entrevistadas em algum momento das entrevistas foram apresentadas.

Dessa maneira, na análise serão apresentadas tabelas temáticas com as palavras que tenham significados semelhantes ao que destacamos nas unidades de registro, que tenham coocorrido tematicamente nas entrevistas, e a multicodificação é destacada nessas tabelas ao informar o contexto em que surgiram, se o eixo em que serão destaque versa sobre aspectos que facilitaram, dificultaram ou foram desafios diante do tema.

5. Representação e interpretação – houve a interpretação por inferência, que se caracterizou por observar as expressões e mensagens passadas pelos emissores, que, no caso, foram pessoas que expuseram seus saberes em relação a um grupo de indivíduos com quem trabalham. Essa interpretação foi de forma controlada, com base nos dados obtidos nas etapas citadas anteriormente. Em suma, como sugere Bardin (2011), via processo inferencial, os indicadores devem ser interpretados e assim feita a correlação e a correspondência com as questões teóricas, psicológicas, sociológicas, políticas, históricas, etc.

Desse modo, foram realizadas intervenções com base nessas orientações na pesquisa e apresentada na análise dos dados, além de demonstrar os trechos que foram destacados para a codificação, visto que se tratando de um estudo de caso, foi considerado importante evidenciar as singularidades e relevâncias dos conteúdos apresentados para especificar e exemplificar as correlações realizadas favorecendo a compreensão do contexto que as entrevistadas apresentaram.

Para tanto, o processo de desenvolvimento para a coleta de dados realizou-se inicialmente com a busca pelas autorizações necessárias. Como os participantes a serem entrevistados e que responderiam aos questionários são funcionários da Prefeitura da Cidade do Recife, foi necessário solicitar as cartas de anuência às secretarias envolvidas; assim foram feitas as solicitações à Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação, com posse das autorizações foi feito o pedido através da Plataforma Brasil para aprovação da pesquisa no Comitê de Ética. É importante relatar que esse processo levou vários meses, cerca de 4 meses de articulações, encontrou diversos impasses burocráticos e necessidade de contato, de ir aos locais conversar e explicar o desenvolvimento da pesquisa, visto que algumas pessoas envolvidas no processo de autorização desconheciam a existência das residências terapêuticas e/ou o ingresso dessas pessoas nas escolas, até mesmo, essa relação que estava sendo estabelecida entre a educação e a saúde.

Em seguida, a pesquisa encontrou um grande desafio, as autorizações foram concedidas no mesmo período em que a Pandemia da Covid-19 chegou ao Brasil, em março de 2020. Por conseguinte, houve o processo de isolamento social, e as Escolas Municipais do Recife, um dos nossos campos de pesquisa, pararam suas atividades, o que dificultou o acesso e contato para realização da coleta de dados. O outro campo de pesquisa abordava trabalhadores de saúde, que tiveram suas atividades intensificadas, vivenciaram momentos extremamente delicados, estando na linha de frente do cuidado em saúde em plena pandemia. Alguns adoeceram pela Covid-19 ou viram seus colegas adoecer, também falecer. Portanto, esse cenário necessitou de muita reflexão e delicadeza para saber o momento de abordar, como fazer abordagens a essas pessoas, visto que o prazo para a entrega da dissertação corria e tinha limite.

Uma forma encontrada foi conversar com os gestores e gestoras para, por intermédio deles, ter a sinalização se era possível realizar a coleta. Inicialmente, fizemos esse contato com os gestores e gestoras da saúde. Uma das propostas encontradas foi participar de um Fórum online, onde estariam presentes as gestoras e as técnicas de referência das residências terapêuticas, e, nesse fórum, apresentar a pesquisa e as formas de coleta de dados para sondar a disponibilidade dessas profissionais para participarem da pesquisa. Refiro-me no feminino

porque, de fato, eram todas mulheres. Resgatando para melhor entendimento, nossa pesquisa pretendia entrevistar as técnicas de referência de residências terapêuticas com moradores que tiveram acesso à escola, e aplicar questionários a cuidadores dessas moradias, que são as pessoas que concretizam esse acesso à escola, como estimulam os moradores a estudar.

Assim ocorreu. Participamos do Fórum das Residências Terapêuticas, a pesquisa foi explicada, as dúvidas esclarecidas e houve acolhimento. A proposta foi apresentada, assim foi possível, após o fórum, realizar as entrevistas e fazer com que os questionários online chegassem aos cuidadores que trabalham no município do Recife. Nem todos aderiram e responderam, mas tiveram conhecimento da pesquisa e o questionário chegou via WhatsApp para cerca de 200 profissionais. Dessa forma, participando desse fórum, a pesquisa foi apresentada a todas as técnicas de referência, acessando as profissionais que seriam entrevistadas e esclarecendo a pesquisa para as referências dos cuidadores que entravam em contato com eles e sensibilizando para a participação. Contudo, foi apresentada uma imposição, compreendida e acolhida na pesquisa, no sentido das entrevistas e questionários serem online diante da necessidade de distanciamento social, necessitando de algumas adaptações, tentativas com dificuldades e acertos, mas foi possível.

No campo da educação, o contato foi mais difícil no sentido de que houve várias tentativas oficiais de contato sem sucesso, porque, diante da pandemia, as escolas fecharam, então os telefones disponibilizados publicamente não possibilitaram o acesso, visto que ninguém atendia. Na ida às unidades, só se encontravam os vigilantes, que não podiam disponibilizar telefones particulares. Deixávamos recados, sem obter retorno. Havia um dia no mês que a escola abria para a entrega das cestas básicas, mas esse dia não era fixo, então não foi possível saber tal dia para conseguir ir conversar com as educadoras. Portanto, depois de 3 meses de tentativas, mediante a articulação com pessoas das relações pessoais, foi possível conseguir o telefone que dava acesso às gestoras. Assim, para a participação da pesquisa, foi possível coletar informações com três pessoas, uma professora que atua em nível central, na gestão da EJA, e duas professoras que ensinaram a estudantes moradores das residências terapêuticas.

As escolas localizavam-se na Região Político-Administrativa (RPA) II e III, visto que foram as escolas que tiveram nos últimos cinco anos estudantes moradores de residência terapêutica conforme informação dos trabalhadores da saúde. Não identificaremos as escolas, pois se trata de uma iniciativa envolvendo poucos atores, assim, identificá-las poria a garantia de sigilo em risco. Com relação à escola da RPA III, recebemos a notícia de que a Educação de Jovens e Adultos tinha sido finalizada e, inicialmente, a gestora informou que havia

trabalhadores novos na escola que não tiveram acesso aos estudantes moradores de residência que passaram por lá. Contudo, ela conversou com sua equipe que resgatou uma professora que era da EJA e teve aluno morador de residência terapêutica, e ela participou da pesquisa. O fato de essa gestora ter tido essa iniciativa, procurar alguém da época da EJA, encontrar essa professora e ela participar, foi muito importante, garantindo um olhar sobre a experiência que essa escola desenvolveu, e foi recente e estava vívida para a educadora há cerca de 2 anos, dentro da margem de 5 anos apresentada inicialmente.

Com relação ao contato com a professora gestora, foi interessante, pois além de atuar na gestão, ter vasta experiência com EJA, ela já teve uma experiência de trabalho em hospital psiquiátrico em outra função há décadas, estabelecendo reflexões acerca de necessidades e fluxos necessários para melhor desempenho do trabalho. Na escola da RPA II, o contato iniciou-se com a gestora, que tinha conhecimento desses estudantes, e logo identificou uma professora para participar. Em todos os contatos, estimulou-se e explicou-se que profissionais como gestores, professores e apoio de sala poderiam participar; era interessante para a pesquisa a participação desses profissionais, mas as gestoras explicaram que era um momento difícil, de muitas demandas e adaptações, poucas pessoas estavam dispostas a participar da pesquisa, e diante de tudo isso, o possível foram essas três entrevistas, visto que foram elas que se disponibilizaram diante das inúmeras solicitações.

Diante das questões expostas, vamos ter três grupos de análise de dados, os questionários aplicados aos cuidadores de residência terapêutica, as quatro entrevistas realizadas com as técnicas de referência das residências e as três entrevistas com profissionais da Educação. Iniciaremos com os dados obtidos por meio da revisão integrativa, que terá a própria metodologia; em seguida, a análise da aplicação dos questionários aos cuidadores de residência terapêutica e depois as entrevistas com as profissionais da educação e da saúde.

5 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA: A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS ACERCA DA EDUCAÇÃO PARA PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL NO QUADRIÊNIO 2013-2016

Durante o desenvolvimento do estudo teórico da pesquisa, uma questão chamou a atenção, o fato de não encontrar discussões relativas à educação para pessoas com sofrimento mental. Encontravam-se produções sobre sofrimento mental e produções sobre educação, mas não a intersecção dos temas. Desse modo, foi necessário realizar uma revisão integrativa para buscar fontes de informação e sustentabilidade para a pesquisa, também para identificar qual o cenário de produções acerca da temática no país, que será apresentado a seguir.

5.1 Considerações acerca da educação para pessoas com sofrimento mental

Na segunda metade da década de 1970, iniciou-se no Brasil um processo de reforma psiquiátrica que ia de encontro aos modelos de tratamentos oferecidos, que eram crônicos, no sentido de institucionalizar os sujeitos, e não favoreciam a saúde das pessoas com doença mental. Além de outros assuntos envolvidos acerca das questões financeiras, de maus-tratos e outros fatores desfavoráveis para as pessoas com sofrimento mental. Diante desses fatos, profissionais de saúde iniciaram discussões em fóruns e conferências de saúde nacionais e internacionais, realizaram greves e denúncias da crise que se havia alastrado no âmbito da saúde pública no Brasil, em especial a atenção psiquiátrica. Para ilustrar essa realidade, tomamos como exemplo o Hospital Alberto Maia, um dos maiores hospitais do país, localizado em Camaragibe, Pernambuco, sobre o qual Magalhães (2013, p. 225) observa:

‘O relatório final de desinstitucionalização’ aponta dados assustadores a respeito do número de óbitos ocorridos na instituição, nos anos de 2005 a 2008, revelando a ineficiência do tratamento realizado no local. Nesse período 70% dos pacientes que saíram sem retorno ao Hospital, foram devido a óbito.

Diante do exposto, é possível perceber alguns dos motivos que levaram à mobilização solicitando mudanças nessa forma de tratamento por parte dos profissionais de saúde, como de familiares, da sociedade civil e dos doentes mentais que sofriam com essa situação.

Por volta da década de 1960, falava-se que no Brasil havia uma grande indústria voltada para a loucura com objetivos financeiros.

A partir dos anos 60, se tem constituído no Brasil uma verdadeira e autêntica indústria para o enfretamento da loucura. Esta provocou um poder de corrupção e uma perversão no circuito de assistência psiquiátrica: os hospitais psiquiátricos conveniados incentivaram a cronicidade das doenças com o objetivo de lucro. Os custos globais da psiquiatria alcançaram níveis desproporcionais e têm crescido ainda mais, em detrimento de outras necessidades sanitárias prementes no país. (AMARANTE, 1995, p. 13).

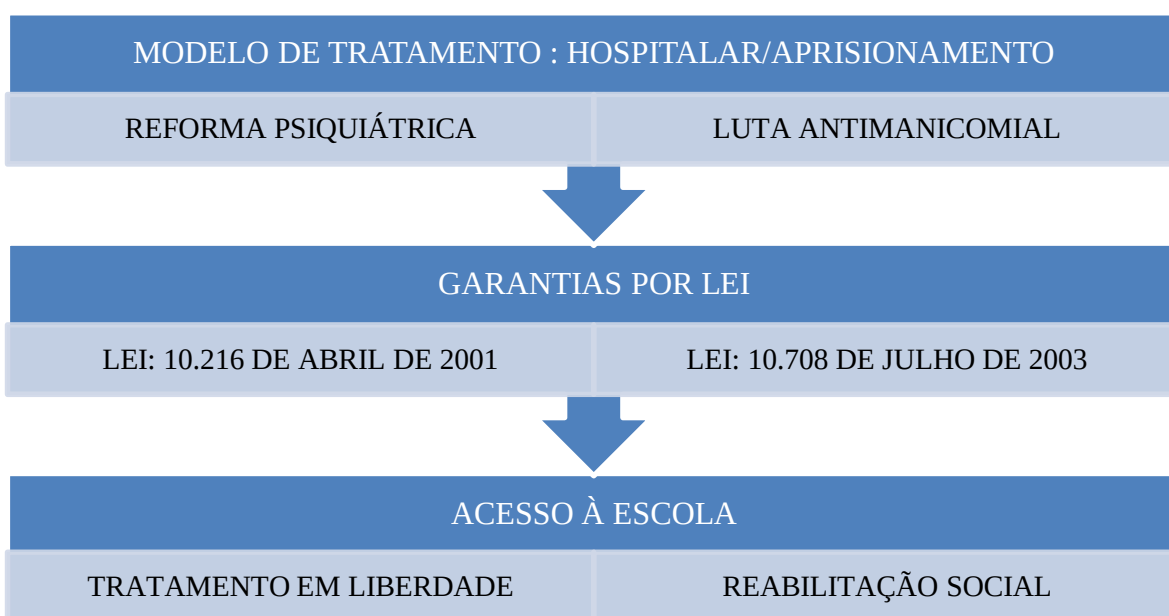
As reflexões de Amarante (1995) ilustram como era vivenciada a indústria da loucura nos anos 1960 no país, e em detrimento desses fatos, a reforma psiquiátrica emerge em defesa de um processo de desinstitucionalização, em que a proposta é que haja formas de tratamento em liberdade, no sentido de cuidados para a saúde mental no território de moradia dos sujeitos, em comunidade, e não em instituições fechadas. Pretendia-se, assim, dar alta aos pacientes de longo internamento, inseri-los no território, reduzir o número de vagas em leitos hospitalares e reverter recursos hospitalares para serviços comunitários. Após anos de reivindicação dos movimentos da reforma psiquiátrica, dos movimentos da luta antimanicomial, em 2001, surge a primeira lei que caminha nesse percurso da desinstitucionalização.

Nesse contexto, como exemplificado anteriormente, a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, considera a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Com novas propostas e implementando o tratamento em liberdade e no território, assim surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Alguns anos depois, a Lei n.º 10.708 de 31 de julho de 2003, por meio do Ministério da Saúde, lança o Programa de Volta para Casa, em que, por meio da desinstitucionalização, as pessoas com doença mental recebem um incentivo financeiro de R\$ 420,00 (cerca de 75 dólares) para auxiliar no processo de reabilitação. Como sequência do projeto, surgem os SRT.

Todavia, essa trajetória – desde o processo de industrialização da loucura, passando pelas lutas da reforma psiquiátrica até o advento das leis e a possibilidade de tratamento em liberdade e reinserção social – levou décadas para se consolidar. Entretanto, atualmente no Brasil, existem pessoas com sofrimento mental que vivenciam essa realidade e estão passando pela ressocialização; e pela garantia das leis, estão tendo sua inserção social, ocupando os espaços comunitários, obtendo moradia, por meio da mediação dos dispositivos de saúde do SUS. Dessa maneira, estão convivendo com a comunidade, usufruindo o direito de ir e vir e o ponto principal para este trabalho: tendo acesso à Educação.

Contudo, foram muitas as transformações no âmbito das políticas de saúde mental no Brasil, passaram de tratamentos, por meio do aprisionamento em hospitais psiquiátricos, para a reabilitação em liberdade, e assim as pessoas com sofrimento mental chegam às escolas. Mediante processo de reinserção social, realiza-se um projeto terapêutico individual ou

singular, em que as pessoas com sofrimento mental que estejam em processo de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e/ou morando no Serviço Residencial Terapêutico, por meio desse projeto trabalham os aspectos relativos a seu planejamento para a vida. Nesses projetos de vida pode surgir o desejo de estudar; ou seja, ao se trabalhar maneiras de reinserção social, existe a possibilidade de surgir o desejo de ir à escola. Por meio disso, pessoas egressas de hospitais psiquiátricos têm chegado às escolas públicas municipais e são acolhidas na Educação de Jovens e Adultos (EJA). Considerações que podemos resumir e observar a seguir.



Diante das questões discutidas anteriormente, e na intenção de conseguir produções que oferecessem dados e informações acerca da temática abordada, desenvolvemos uma revisão integrativa da literatura, por meio da Plataforma Sucupira que é desenvolvida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação, em que serão mostradas as informações na sequência.

5.2 Aspectos da metodologia e desenvolvimento da revisão integrativa

Conforme foi citado, houve o desenvolvimento da Revisão Integrativa de Literatura, e segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 11): “Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.” Segundo as autoras, com base nas complexas informações na área da Saúde, há

necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, sendo a revisão integrativa um método que possibilita incorporar evidências sobre saúde, sobre enfermagem e afins. Portanto, a revisão integrativa aqui desenvolvida propõe-se a analisar as produções literárias acerca do acesso à educação por pessoas com sofrimento mental egressas de hospitais psiquiátricos.

Sendo assim, foi selecionada a Plataforma Sucupira, como citado anteriormente, escolhida para esta revisão por ser desenvolvida pela Capes a fim de que se pudesse sistematizar dados sobre os artigos científicos publicados sobre o tema. Essa plataforma foi selecionada por utilizar critérios que interessavam ao desenvolvimento desta revisão. Entre eles, o Qualis Periódicos, que classifica a produção científica dos programas de pós-graduação referente a artigos publicados em periódicos científicos, de acordo com os extratos de indicativo de qualidade: A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C, sendo a de mais impacto a A1, seguindo as demais classificações. Dessa maneira, ao acessar os artigos produzidos no âmbito acadêmico e publicados nas revistas, também já se saberia a classificação de qualidade.

Com relação às etapas para desenvolver o processo da revisão integrativa, foram seguidas as sugestões de Souza, Silva e Carvalho (2010) e Mendes, Silveira e Galvão (2008). Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), o número crescente e complexo de informações gera a necessidade de artifícios para embasar as pesquisas científicas, sendo a revisão integrativa uma Prática Baseada em Evidências (PBE). Assim: “A revisão integrativa, finalmente, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.” (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 103). Mendes, Silveira e Galvão (2008) sugerem que o pesquisador deve: determinar o objeto; formular questionários a serem respondidos/hipóteses a serem testadas; e buscas para identificar e coletar o máximo de pesquisas sobre a temática, cabendo ao revisor, realizar análises críticas e métodos a serem empregados e validados metodologicamente.

Ainda segundo as autoras Mendes, Silveira e Galvão (2008), é necessário seguir 6 etapas para o desenvolvimento da revisão integrativa: 1. identificar o tema; 2. estabelecer critérios de exclusão e inclusão da amostragem; 3. definir as informações que serão extraídas; 4. avaliar os estudos a serem incluídos; 5. interpretar os resultados; 6. apresentar a revisão/síntese dos resultados.

No decorrer da revisão, é possível perceber que esses passos foram efetivados visto que foi identificado o tema: Identificar estudos em saúde acerca do acesso à educação de pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos. Os critérios de inclusão e exclusão serão explicitados passo a passo durante a exposição a seguir. A definição das informações por meio da revisão e seleção

dos estudos diz respeito a encontrar artigos, ler os resumos para identificar se são relacionados com a questão de interesse. A avaliação dos estudos incluídos versa sobre a qualidade dos estudos, refere-se aos critérios de qualidade, de cientificidade, de relevância dos estudos. Para tanto, ao utilizar a Plataforma Sucupira, esse passo é contemplado, pois na plataforma se encontram artigos científicos, com a classificação de qualidade e oriundos das academias.

A quinta etapa sobre interpretar os resultados é realizada em todo o desenvolvimento deste trabalho assim como a última etapa, a apresentação da revisão e síntese, sempre sendo discutida no corpo da revisão.

Entretanto, há critérios e orientações gerais para a realização da revisão, e existem critérios adotados pelas pessoas que vão desenvolver a revisão para cumprir seus objetivos. Nesse sentido, apresentaremos algumas das questões que foram consideradas ao fazer as buscas na Plataforma Sucupira.

PERIÓDICOS DAS SEGUINTE ÁREAS TEMÁTICAS	
EDUCAÇÃO	SAÚDE

- Que são as duas áreas de interesse desta revisão integrativa.

CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DOS PERIÓDICOS			
A1	A2	B1	B2

- Seleção de qualidade desenvolvida para garantir o padrão de relevância e contribuição dos artigos.

CLASSIFICAÇÃO DE PERIÓDICOS DO QUADRIÊNIO 2013-2016

- São os anos mais recentes ofertados pela plataforma no período da realização desta revisão 2018-2019. Contudo, consta na plataforma as revistas cadastradas e ofertadas nesse período, mas ao acessar revista, é possível ter acesso a artigos de outros anos, como alguns de 2017 que foram contemplados.

PALAVRAS-CHAVE PARA PESQUISA NOS PERIÓDICOS ENCONTRADOS NA PLATAFORMA SUCUPIRA	EDUCAÇÃO EM SAÚDE
	DOENÇA MENTAL
	CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)
	TRANSTORNO MENTAL
	REFORMA PSIQUIÁTRICA
	ESQUIZOFRENIA
	LOUCO
	LOUCURA
	EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS (EJA)
	RESSOCIALIZAÇÃO

- As palavras-chave foram escolhidas estrategicamente por serem recorrentes nos livros acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e para dar conta de encontrar produções que contemplem as palavras citadas.
- Portanto, como critério de inclusão e exclusão, as palavras precisam surgir no contexto temático, assim, quando surgirem artigos com as palavras-chave, serão lidos os títulos e resumos para verificar se estão no contexto desta revisão; se não estiverem, serão excluídos.

Com base nos critérios estabelecidos, realizaram-se acessos na plataforma e se desempenharam buscas de periódicos, nas classificações indicadas e com as palavras-chave mencionadas. Para tanto, foram feitos vários acessos em dias e horários diversos conforme expostos a seguir.

ACESSO PARA PESQUISA DE ARTIGOS NA PLATAFORMA SUCUPIRA E PESQUISAS DOS ARTIGOS NOS PERIÓDICOS		
DATA	HORA	TEMPO DE ACESSO
22/6/2018	14h12 às 16h45	2 horas e 33 min
5/7/2018	13h às 16h21	3 horas e 21 min
12/7/2018	13h25 às 16h30	3 horas e 5 min
26/7/2018	9h às 11h50	2 horas e 50 min
3/8/2018	13h20 às 16h20	3 horas
17/8/2018	13h16 às 16h30	3 horas e 14 min.

- Como demonstrado acima, foram realizados seis acessos à plataforma para pesquisa de artigos seguindo os critérios das tabelas anteriores, assim foram 18 horas e 3 minutos de pesquisas online até se obter os resultados de consultar todas as palavras-chave nas

áreas de revistas: educação e saúde. Considerando o quadriênio de 2013 a 2016 que contém os periódicos mais recentes analisados na plataforma.

5.3 Resultados e discussões acerca dos elementos encontrados

Com base no procedimento e na aplicabilidade da pesquisa, na plataforma foi possível encontrar alguns resultados que serão apresentados. As verificações na Plataforma Sucupira iniciaram-se por meio da opção de pesquisa, em que foram procurados periódicos nas áreas da Saúde e da Educação. Para isso, eram digitados os títulos desejados e assim surgia um número relativo de periódicos correspondentes às palavras colocadas. Encontramos diversos documentos de periódicos na plataforma como podemos observar a seguir.

TÍTULOS PESQUISADOS	QUANTIDADE DE PERIÓDICOS
Educação	2.730
Saúde pública	268
Educação e cultura	33
Educação em saúde	51
Saúde coletiva	58

- Esses dados decorrem da utilização da digitação da palavra – título mencionado acima, contudo, surgem periódicos de forma geral, de inúmeras áreas temáticas diferentes, de classificações diferentes. Podemos exemplificar por meio da palavra educação.
- Referentes à palavra Educação, surgiram 2.730 periódicos, porém as áreas de referência dos periódicos eram as mais diversas, haviam revistas da saúde sexual, astronomia, estudo do oceano e tantos outros temas, que, de alguma forma, pudessem relacionar-se com a educação.
- Outro fato que surgiu foi a repetição dos periódicos. Assim, revistas que apareciam quando colocada a palavra educação, também apareciam quando colocada a palavra educação em saúde, educação e cultura e também ocorreu com as outras palavras-título.
- Assim como houve repetição de periódicos dentro da palavra-título, a exemplo da palavra educação. Entre os 2.730 periódicos que a pesquisa na plataforma destaca como periódicos encontrados, percebe-se que a mesma revista aparece várias vezes. Portanto, uma mesma revista está classificada na plataforma com várias opções para que facilite

as buscas. Como exemplo, a palavra: Educação, se a mesma revista estiver classificada como: educação em saúde, educação física, educação sexual entre outras opções, a revista vai ser repetida na pesquisa a quantidade de vezes das suas classificações na plataforma, que podem ser várias desde que os artigos que publiquem versem sobre esses temas.

➤ Diante das questões apresentadas, foi necessário filtrar os periódicos que seriam interessantes para a busca de artigos. Para tanto, foram seguidos os critérios adotados na metodologia. Então, do total de 3.140 títulos de periódicos que surgiram inicialmente, ao aplicar a classificação de A1, A2, B1 e B2, considerando a área de Educação e Saúde, serem do quadriênio de 2013-2016, o número caiu de forma extremamente significativa, como veremos a seguir:

PERIÓDICOS ENCONTRADOS	3.140 TÍTULOS
PERIÓDICOS APLICAVÉIS À REVISÃO	109 TÍTULOS

➤ Sendo encontrados 109 títulos de periódicos que se enquadravam nos padrões dessa revisão integrativa.

Entretanto, realizado o desenvolvimento desse primeiro passo dos resultados, em que partindo dos 3.140 títulos de periódicos, após análise dos conteúdos que eles trabalhavam em seus artigos, depois de aplicar os critérios estabelecidos metodologicamente, chegou-se ao quantitativo de 109 periódicos que estavam contemplados aos interesses dessa revisão integrativa para que se aplicassem as palavras-chave em busca de artigos relevantes para esta pesquisa.

Nesses termos, foram salvos os 109 periódicos, sendo 59 da área da Saúde e 50 da área da Educação, encontrados na Plataforma Sucupira; em seguida, foi acessada cada uma dessas revistas online, e em cada revista, foram feitas buscas de artigos por meio das palavras-chave: Educação em saúde, doença mental, CAPS, transtorno mental, reforma psiquiátrica, esquizofrenia, louco, loucura, ressocialização e educação de jovens e adultos, e os resultados dessa pesquisa foram os seguintes:

109 PERIÓDICOS ENCONTRADOS NA PLATAFORMA SUCUPIRA	1.014 ARTIGOS COM AS PALAVRAS-CHAVE
---	-------------------------------------

- Portanto, dos 109 periódicos encontrados e por meio das palavras-chave pesquisadas, surgiu um quantitativo de 1.014 artigos, porém foi necessário novamente fazer um filtro nesses artigos para verificar quais eram de interesse para esta revisão, visto que os artigos surgiram nas diferentes áreas que usam das palavras-chave pesquisadas.
- Com isso, para filtrar os artigos de interesse da revisão, foram dados três passos: ler os títulos, ler as palavras-chave e ler os resumos, podendo em qualquer desses três passos incluir ou excluir o artigo quando identificada a relevância. Foram novamente diminuindo drasticamente os artigos que tivessem alguma relação com nossa questão-problema: identificar estudos em saúde acerca do acesso à educação de pessoas egressas de hospital psiquiátrico.
- Pois surgiram artigos que se tivessem em alguma parte do seu título ou tema, palavras que estivessem classificadas dentro das palavras-chave utilizadas na busca, apareciam tais artigos na relação de encontrados. Tomamos como exemplo a abreviação CAPS; é uma abreviação muito utilizada nos títulos dos artigos de saúde mental, contudo houve um artigo marcado como de interesse por conter a palavra: MICROENCAPSULATION. Como no corpo dessas palavras contém as letras CAPS, ele aparece como artigo de interesse.
- Esse fenômeno citado acima ocorreu diversas vezes, e com todas as palavras-chave. Surgiam artigos diversos quando em seu título tivessem alguma palavra, ou que a palavra-chave usada fosse parte de outra palavra que formasse o título do artigo.
- Após essas etapas de classificação de relevância dos artigos, em que foram encontrados artigos diversos, para contemplar o objetivo desta revisão, foram alcançados os seguintes dados:

1.014 ARTIGOS COM AS PALAVRAS-CHAVE	7 ARTIGOS COM PROXIMIDADE TEMÁTICA
-------------------------------------	------------------------------------

- Sendo assim, dos 1.014 artigos encontrados ao colocar as palavras-chave, 7 artigos foram selecionados por terem alguma proximidade temática.

- Muitos artigos abrangiam as palavras que procurávamos, porém, ao ler os títulos e resumos, era possível perceber que eles não contemplavam o tema da educação em saúde.
- Os artigos tratavam de temas gerais da saúde e da educação no Brasil, porém vistos de forma separada, não foram encontrados artigos que trabalhassem a educação em saúde de pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos.
- Foram encontradas literaturas que versavam sobre os Centros de Atenção Psicossocial no âmbito da saúde do trabalhador, das oficinas para os usuários, da precariedade da saúde mental no Brasil, sobre as práticas da educação física nos CAPS, assim como os efeitos da Reforma Psiquiátrica e temas paralelos, mas que não eram o propósito desta revisão integrativa.
- Outros temas no contexto da educação surgiram, como a saúde mental dos professores, as inovações da Educação de Jovens e Adultos, educação para crianças com deficiência e outros. Porém, não se enquadravam nas temáticas necessárias para este estudo.
- Entretanto, os 7 artigos relacionados foram escolhidos por serem os mais próximos possíveis das necessidades apresentadas nesta revisão integrativa, assim como de todos os critérios que estabelecemos.

ARTIGOS IDENTIFICADOS COM RELAÇÃO À TEMÁTICA

ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p.299-2316, dez. 2006. ISSN 1414-3283.

BRANDÃO JÚNIOR, Pedro Moacyr Chagas; CANAVÉZ, Fernanda; RAMOS, Patrício Lemos. Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 699-709, set. 2017. ISSN 1414-3283.

EMERICH, Bruno Ferrari; CAMPOS, Rosana Onocko; PASSOS, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-696, dez. 2014. ISSN 1414-3283.

FARIAS, Isabela Silveira; CAMPOS, Denise Teles Freire. Representações sociais do aluno com transtorno mental e sua inclusão na escola: a visão de professores do ensino fundamental. **Revista de Educação e Cultura Contemporânea**, v. 14, n. 35, 2017.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva *et al.* Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, jun. 2017. ISSN 1414-3283.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007. ISSN 1517-9702.

SANTOS, Marcos Roberto Paixão; NUNES, Mônica de Oliveira. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 715-726, set. 2011. ISSN 1414-3283.

- Depois da seleção desses 7 artigos, após cumprir todas as etapas descritas anteriormente, realizou-se a leitura integral dessas produções, culminando no objetivo da revisão integrativa. A seguir, serão relacionados os assuntos abordados em cada artigo.

5.4 Referências literárias: a educação e ressocialização de pessoas com sofrimento mental

Neste momento, será feita a apresentação e discussão da produção de conhecimentos encontrada. O artigo de Alverga, datado de 2006, foi criado a partir da sua dissertação, mas contemplado nos periódicos classificados da plataforma entre os anos de 2013 e 2016. Com o título *A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura*, possibilitou reflexões acerca dos desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. Afirmar que o maior desafio não é a implementação dos serviços que devem substituir os hospitais, isso é necessário e importante, porém, se as equipes de profissionais não mudarem, mudar fisicamente os serviços não facilitaria a reforma. O autor sugere que a reforma psiquiátrica propõe uma ruptura com o modelo manicomial, assim, de forma radical, deve-se abandonar velhas formas de tratamento. Dessa maneira, os CAPS e outros serviços precisam de muita atenção para que os profissionais não permaneçam com atitudes manicomiais, pois, se isso ocorrer, a reforma psiquiátrica não está sendo efetivada. Sendo assim, o artigo leva à reflexão das práticas profissionais e reforça a importância de novas atitudes, que facilitem a ressocialização de fato. Atitudes essas que esperamos contemplar nossa questão sobre possibilitar que um egresso de hospital psiquiátrico possa estudar.

Uma contribuição importante por abordar um recurso muito usado, que é o matriciamento, foi o artigo de Brandão, Canavéz e Ramos (2017), visto que ampliou o olhar para além do campo da saúde. Com o título *Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de*

saúde mental infantojuvenil, o artigo relata a experiência de Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro, na lógica da assistência ambulatorial ampliada em articulação com o campo da educação, em que os dois campos se comunicam e trocam experiências por meio da metodologia do matriciamento, que se caracteriza por uma equipe conduzir discussões mediante suas experiências e expertise para outra equipe que esteja demandando. O que ocorreu entre as equipes de saúde e os agentes da educação.

Esse funcionamento ocorreu quando o ambulatório percebeu a grande demanda vinda não dos campos da saúde, em que é comum e esperado, e o matriciamento já é utilizado com frequência, mas sim do campo da educação. Houve uma grande demanda vinda das escolas públicas municipais, assim a equipe do ambulatório, além de atender a demanda infantojuvenil em parceria com os agentes da educação, começou a realizar o matriciamento. Portanto, esse artigo aborda as questões infantojuvenis sobre educação e saúde, e apresenta exemplos de como é possível contribuir e estabelecer parcerias que favorecem os jovens com sofrimento mental, não abordando diretamente o adulto egresso de hospital psiquiátrico, mas mostrando possibilidades interessantes e aproximadas que ajudam a refletir sobre esse outro público.

Outra possibilidade de discussão é apresentada no artigo de Emerich, Campos e Passos (2014). Eles expõem considerações sobre os direitos das pessoas com sofrimento mental, com o título *Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Apresentam uma pesquisa desenvolvida no CAPS com usuários, trabalhadores e gestão sobre os direitos desses sujeitos. Consideram que, para emergir um sujeito de direitos, é necessário que as pessoas, os profissionais possibilitem que isso ocorra. Para tanto, o sujeito precisa ser considerado como possuidor de direitos, sair do local de silêncio, onde o direito não é falado e pensado, e começar a fazer eco, os usuários dos serviços precisam ter voz. No artigo, é citam que questões como saber as medicações que usa e seus efeitos, poder opinar sobre esse uso, que, por vezes, são questões que passam despercebidas, é uma questão de direito do usuário, e assim trazem algumas contribuições sobre os direitos humanos que devem ser aplicados e garantidos, também, a esse público.

Entretanto, o artigo *Representações sociais do aluno com transtorno mental e sua inclusão na escola: a visão de professores do ensino fundamental*, de Farias e Campos (2017), aborda questões em torno das representações sociais dos alunos com sofrimento mental na escola, e como o CAPS i que contempla a infância e adolescência tem lidado com essa questão. O trabalho apresentou algumas dificuldades que são encontradas e dificultam a inclusão desses jovens na escola como: as famílias que não cumprem seu papel no cuidado, seja por falta de condições, seja por falta de compreensão/lucidez da necessidade de tratamento contínuo;

escolas sem estrutura básica, com profissionais que desconhecem as necessidades desses alunos e não estão preparados para lidar com eles; a falta de parceria entre os profissionais dos CAPS com as famílias, para que o tratamento se efetive. Portanto, entre essas e outras questões, o artigo apresenta as dificuldades para incluir o aluno com doença mental na escola, no caso alunos do público infantojuvenil.

Nesse contexto de discussões dos artigos, deparamos com a proposta de Ferreira *et al.* (2017), intitulada *Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais*. A discussão segue a referência do título, é uma literatura que trata da importância de produzir cuidado fora das instituições, chama a atenção para a valorização do cuidado no território após a reformulação dos tratamentos, em que foi estabelecido o tratamento em liberdade e no território; faz-se importante que ele seja efetivado. Dessa maneira, que seja feito fora dos muros das instituições, que se busquem recursos nas comunidades onde as pessoas vivem, que esse território seja explorado e usado pelos usuários dos serviços de saúde mental, mas também utilizem espaços públicos e não públicos para além do SUS. Nesse aspecto, esses autores falam da importância de se pesquisar nos CAPS, de realizar matriciamento (quando equipes de serviços diferentes discutem e se auxiliam), utilizar a assistência social, da saúde e da educação. Então, esse artigo não aborda diretamente a saúde em educação, mas fala da sua importância como produção de cuidado no território.

A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação foi o título do artigo de Renata Guarido, datado de 2007, porém publicado em uma revista que estava enquadrada nos critérios da Plataforma Sucupira, ou seja, teve sua classificação recentemente avaliada. O artigo trata da medicalização da criança e seu efeito sobre a educação, apresenta os psicofármacos como efeitos positivos associados às mudanças que a antipsiquiatria e o movimento da luta antimanicomial proporcionam visto que facilita o tratamento não asilar. Assim, a medicalização seria facilitadora do tratamento em liberdade, favorecendo que as crianças possam continuar seus estudos, evitando formas de tratamentos asilares. Dessa forma, pode-se dizer que o artigo de Guarido (2007) contribui nessa revisão de maneira a fortalecer a visão da possibilidade de tratamento em liberdade e a importância da educação. Contudo, o artigo traz uma visão da infância, aborda as questões voltadas ao público infantil.

Por último, abordaremos o artigo de Santos e Nunes (2011), intitulado *Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial*, em que se apresentam os resultados de uma pesquisa realizada com três usuários de CAPS na Bahia, na região litoral. Esses três usuários relatam o que fazem quando não estão

no CAPS, e o texto discute os avanços e as limitações do uso do território por meio das experiências desses usuários. Conclui que, para a efetivação do uso do território, é necessário o auxílio do CAPS, que conheça e faça parte desse território e auxilie os usuários nesse uso. Afirma que o CAPS não pode ser um território à parte, está incluso na comunidade.

5.5 Prerrogativas possibilitadas pela revisão integrativa

Nessa perspectiva, desenvolver as etapas da revisão, realizar a construção das propostas metodológicas, entrar em contato com tantas possibilidades que existem de periódicos e temáticas proporcionam aprendizagem. Antes mesmo de filtrar e chegar à temática dessa revisão, é possível se deparar com inúmeras discussões. Foi possível consultar títulos e resumos das mais diversas áreas da Educação e da Saúde, o que contribui para o conhecimento dos artigos que estão sendo produzidos, quais são as discussões atuais, perceber o que necessita de mais estudos, assim como os conteúdos que foram muito repetidos, e de repente não necessitem de pesquisas no momento.

Alguns artigos fazem pensar como seria ver aquelas questões sobre outra abordagem, ou um recorte diferente, surgindo novas inquietações. Portanto, o processo levou a inquietudes, aprendizagens, reflexões que não eram esperadas inicialmente, mas foram importantes. Além do acervo literário contido nas referências dos artigos, o que possibilitou o acesso a produções que contribuíram na elaboração teórica desta pesquisa.

Uma etapa da revisão que também exaltou um processo de reflexão e aprendizagem foi trabalhar as dimensões macro e micro da pesquisa, ao encontrar grandes números e pensar que seriam encontrados diversos títulos acerca do tema, e, aos poucos, a dimensão ir diminuindo drasticamente. Pensar que os primeiros dados consideraram 3.014 possibilidades de periódicos, que poderiam conter centenas de artigos, e, lentamente, com o processo de filtragem para se aproximar dos critérios metodológicos e temáticos, os números foram diminuindo. Foi passado de 3.014 periódicos para 109 a serem pesquisados. Logo em seguida, encontrados 1.014 artigos com as palavras-chave e, de fato, próximos à temática apenas 7. Lidar com esses dados é um exercício interessante, que faz com que sejam percebidas as dimensões do que de fato está sendo produzido acerca da temática, dentro dos limites dessa revisão, mas que, diante dos números, foi abrangente.

Com relação aos artigos, foi possível ler os títulos, e quando havia dúvida do que era abordado nos resumos, dos 1.014 artigos encontrados inicialmente, assim, nesse processo já é possível verificar as produções que estão sendo feitas, e as discussões que estão silenciadas.

Diante dos 7 artigos finais, com relação efetiva sobre saúde e educação, encontramos três. Em uma perspectiva de compreensão ampliada, todos os 7 artigos contribuíram, pois abordaram as questões gerais da saúde mental, que influenciam a educação em saúde, como as discussões sobre a reforma psiquiátrica, sobre a utilização do território, com relação à prática não manicomial, sobre as práticas profissionais nos CAPS, os direitos dos usuários, que são assuntos que favorecem e facilitam o caminho das pessoas com sofrimento mental até a escola.

Contudo, nesta revisão integrativa de literatura foram encontradas discussões importantes, porém, sobre a infância e a adolescência, não foram encontrados trabalhos acerca do tema da revisão, que é a educação em saúde de pessoas egressas de hospital psiquiátrico; percebem-se produções que se preocupam com a juventude, o presente e o futuro desses jovens, que seja garantida sua educação e tratamento, e mesmo assim poucas produções literárias. Entretanto, nossa questão problema versa sobre pessoas que já são adultas e estiveram anos vivenciando modelos asilares, sem seus direitos garantidos, assim não tiveram acesso à educação.

Parecem silenciadas as discussões acerca de pessoas adultas. Essa, portanto, é uma importante contribuição deste estudo para a área, iniciar a ocupação de um lugar vazio. Dessa forma, sente-se a necessidade de fazer ecoar debates sobre os direitos, as vontades, os desejos e o discurso dessas pessoas, reafirmando a importância desta pesquisa em identificar como estão as relações referentes à educação em saúde das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos; ou seja, a revisão foi realizada porque não haviam sido encontradas produções, livros que discorressem especificadamente sobre o tema desta pesquisa; houve a realização da revisão e foram encontrados temas transversais, que contribuem para a reflexão, mas não abordam o público adulto. Isso possibilita caracterizar a falta de produção sobre o tema e a importância de realização de pesquisas como esta.

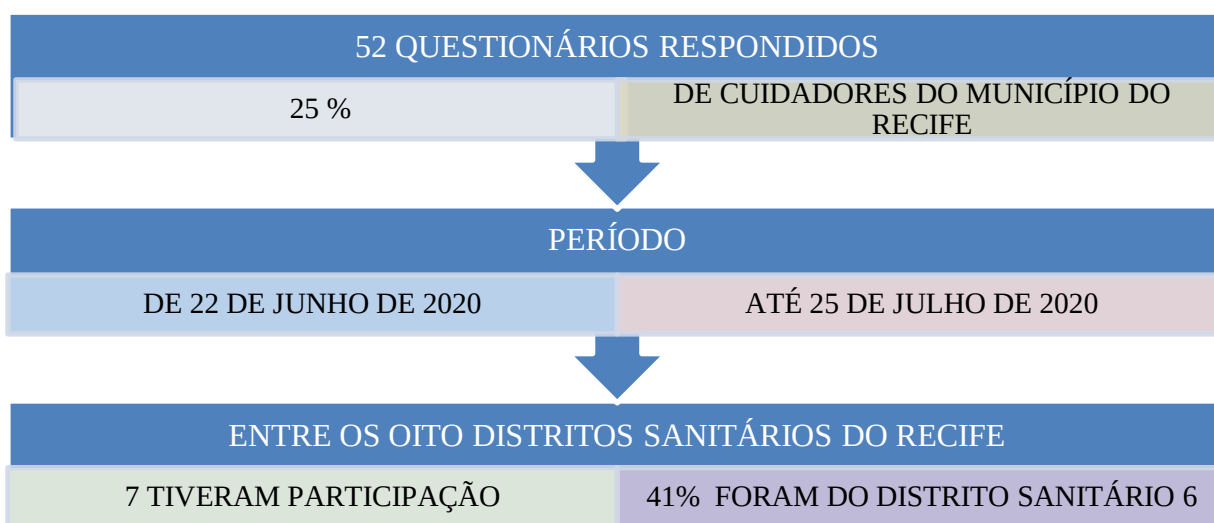
Para tal, no sentido de promover informações sobre a temática, como visto anteriormente, foi realizada esta revisão integrativa, assim como aplicados questionários com os cuidadores de residência terapêutica e entrevistas com profissionais da saúde e da educação, no sentido de perceber como vem sendo feita a ressocialização de pessoas com sofrimento mental moradoras de residência terapêutica por meio da educação. As informações obtidas pelos questionários e pelas entrevistas serão apresentadas na sequência.

6 ANÁLISE DOS DADOS: QUESTIONÁRIOS E ENTREVISTAS REALIZADAS COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO

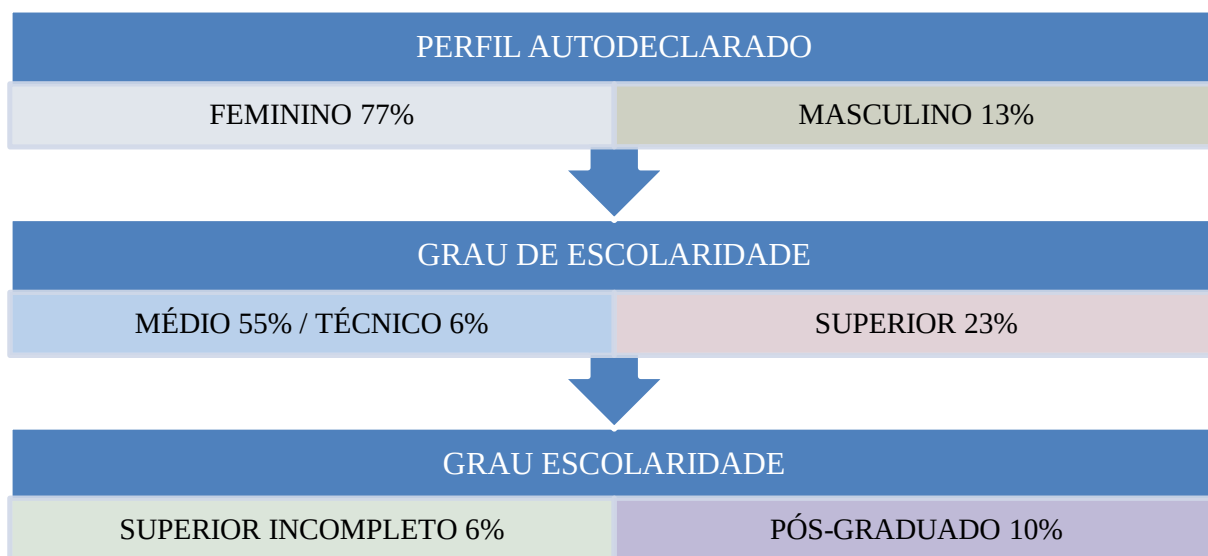
Serão apresentadas as análises e interpretações sobre as informações obtidas com a aplicação do questionário e a realização das entrevistas.

6.1 Grupo 1: análise dos questionários aplicados aos cuidadores de residência terapêutica

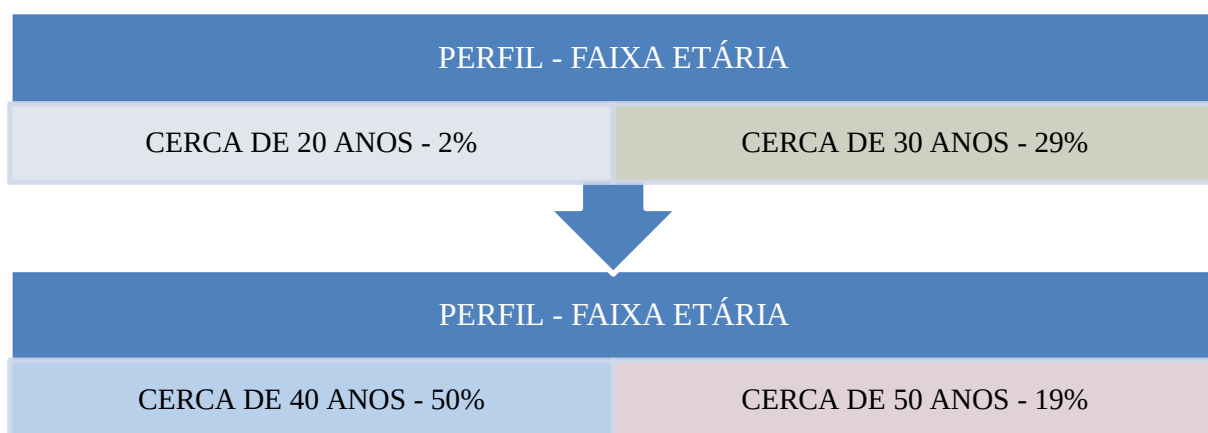
O questionário teve ampla divulgação. Estima-se que chegou ao conhecimento dos 200 cuidadores, dos quais 52 participaram do período de 22 de junho a 25 de julho de 2020 com a presença dos sete distritos sanitários do Recife, que tem oito distritos no total. Não houve participação do distrito sanitário 8. As maiores participações foram do distrito sanitário 6 com 18 respostas e do distrito sanitário 1 com 9 respostas.



Esses dados do perfil dos cuidadores do município do Recife fazem refletir sobre a predominância feminina da profissão, com 77% das pessoas pesquisadas declarando-se dessa forma. Para exercer o cargo de cuidador/cuidadora, é necessário ter nível médio completo como escolaridade. A pesquisa revela que 45% desses profissionais têm escolaridade acima do mínimo exigido, entre formação técnica, superior incompleto, superior completo e pós-graduados.

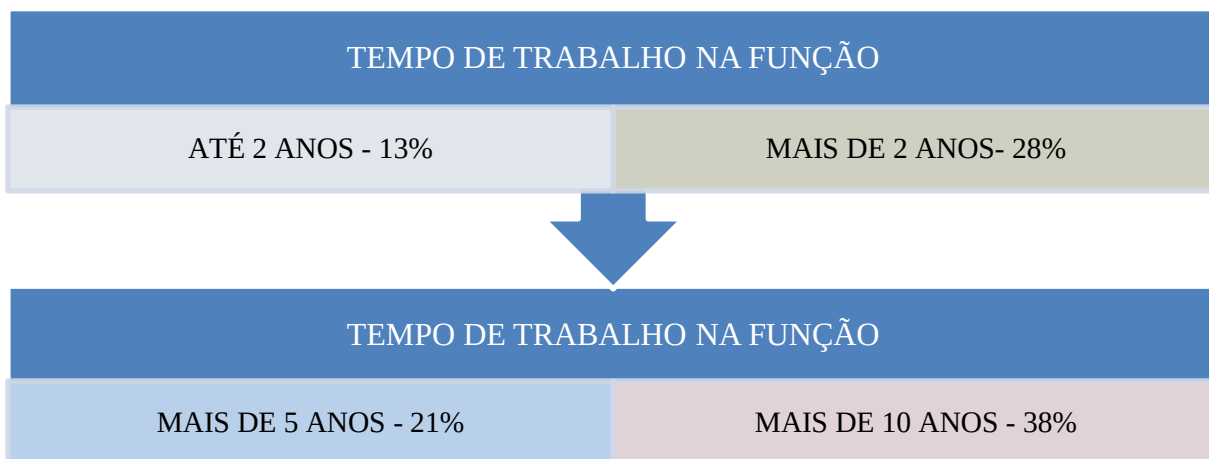


As informações permitem ter noção da faixa etária de cuidadores, mostrando que 50% estão com idade entre 40 e 49 anos; a menor idade citada foi 28 anos e apenas uma pessoa respondeu a idade em torno dos 20 anos e a maior idade declarada foi 57 anos.



A informação com relação ao tempo de trabalho na função vem a corroborar os dados relativos à idade, que indicam ser pessoas experientes, 38% dos trabalhadores que responderam ao questionário tem mais de 10 anos de trabalho na função, entre os 13% com menos de 2 anos, apenas duas pessoas tinham menos de um ano na função. Tais informações permitem que possamos ter um perfil das pessoas que responderam às perguntas e assim poder considerar o grau de experiência e vivência dessas pessoas nesse trabalho, percebendo que os dados mostram que 87% desses trabalhadores têm mais de 2 anos exercendo suas funções nessas moradias, na rotina de cuidados e ressocialização com esses moradores, podendo nortear esta pesquisa acerca

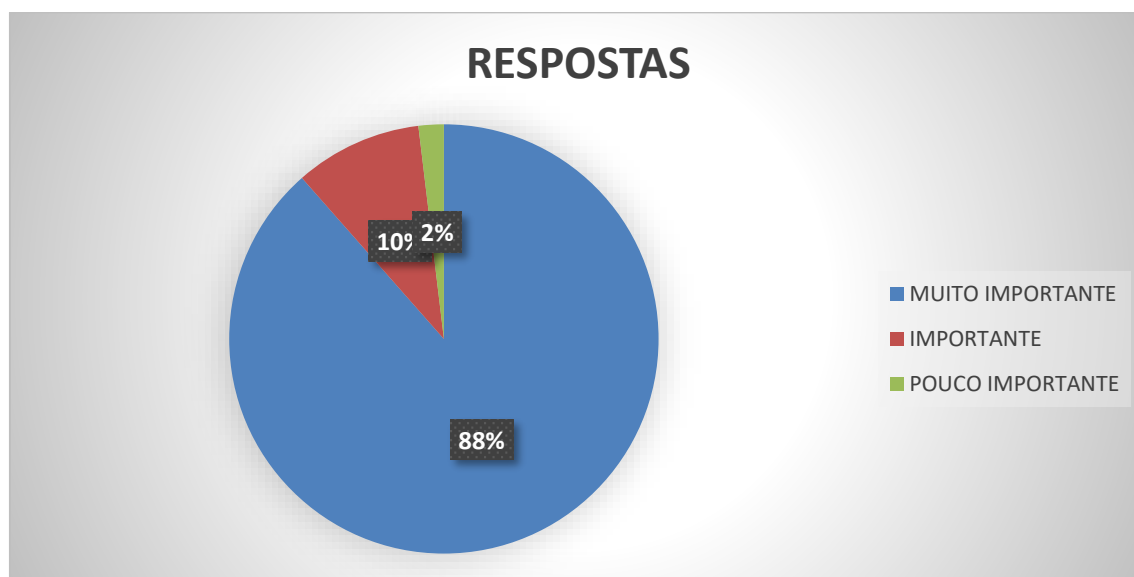
de como esses profissionais pensam nas contribuições ou não da educação nesse processo de reinserção social.



A seguir, serão apresentados dados sistematizados e a discussão acerca do questionário.

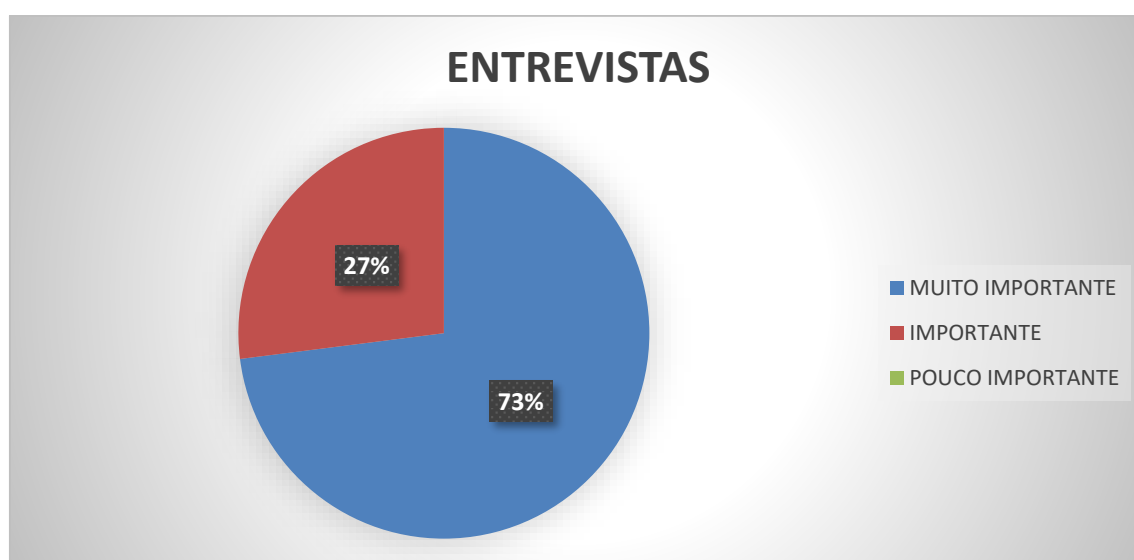
O Gráfico 1 mostra que 98% das respostas consideram a educação importante ou muito importante para a vida das pessoas no Brasil e 2% consideram pouco importante. Esses dados corroboram o grau de educação dos cuidadores; mesmo exercendo um trabalho que exige nível médio 45% têm o grau de escolaridade superior ao exigido. Assim, é possível identificar, diante da frequência de respostas, na primeira questão, que esses trabalhadores consideram a educação importante para a população brasileira.

Gráfico 1 – Avaliação da importância da educação escolar para a vida das pessoas no Brasil



Os dados apresentados na questão sobre a importância da educação para as pessoas com sofrimento mental são significativos, pois revelam que 100% das respostas afirmam que a educação é importante ou muito importante para pessoas com sofrimento mental. Inclusive, os 2% da resposta anterior que consideravam a educação pouco importante no Brasil nesse momento não apareceram. Enquanto os que consideravam muito importante eram de 88% na questão anterior e na atual são de 77%, havendo diminuição nessa opção e aumento em relação a ser importante em 17%. Essa coocorrência de respostas, com 100% dos cuidadores apontando a educação como importante para os moradores, indica que esse profissional pode impulsionar o estímulo para o regresso à escola (Gráfico 2).

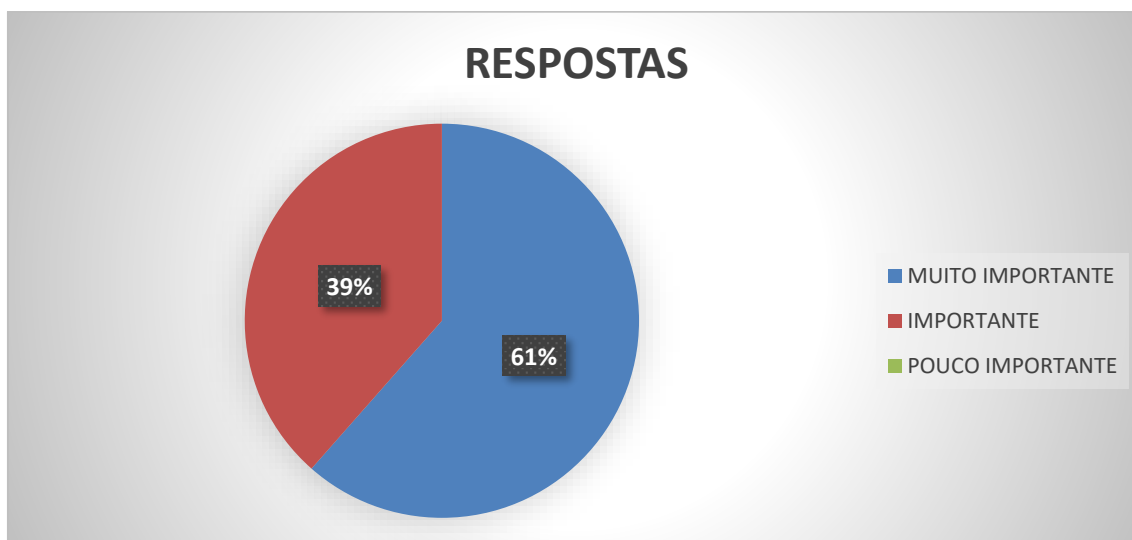
Gráfico 2 – Avaliação da importância da educação escolar para pessoas com sofrimento mental



Como é possível perceber, as perguntas foram tornando-se mais específicas para identificar se há diferença na percepção da importância da educação para a população brasileira, para a população com sofrimento mental e para a população com sofrimento mental morador de residência terapêutica, que são especificamente as pessoas a que esses trabalhadores prestam seus serviços e atuam na inserção social delas. Novamente 100% da frequência de respostas indicam que a educação é importante ou muito importante; a diferença é que quem considerava a educação muito importante para pessoas em sofrimento mental, quando essas são moradoras de residência terapêutica, o percentual das coocorrências diminuem cerca de 12%, e aumenta a opinião acerca de ser importante nessa mesma quantidade. Ninguém considerou ser pouco

importante, e novamente não aparecem os 2% que na primeira pergunta consideravam a educação pouco importante para a população brasileira (Gráfico 3).

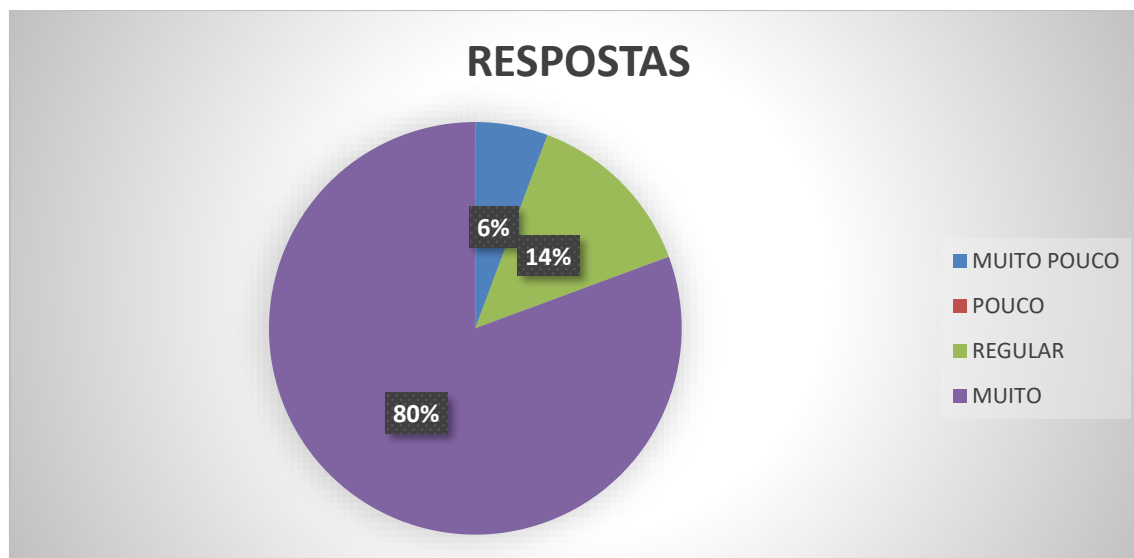
Gráfico 3 – Avaliação da importância da educação escolar para uma pessoa com sofrimento mental morador de residência terapêutica



A pergunta anterior questionava a educação escolar de forma geral, visto que existem diversas modalidades. Nessa pergunta enfatizou-se a modalidade de educação de jovens e adultos, para sondar a opinião dos cuidadores. Visto que alguns desses profissionais têm moradores estudando ou já estudaram, até mesmo tentaram estudar e não conseguiram nessa modalidade, ponto citado nas entrevistas realizadas com as técnicas de referência. A partir dessa questão, serão postas mais opções de múltipla escolha para identificar as frequências/coocorrências temáticas levantadas em cada questão, favorecendo que os cuidadores tenham mais variedade de opções.

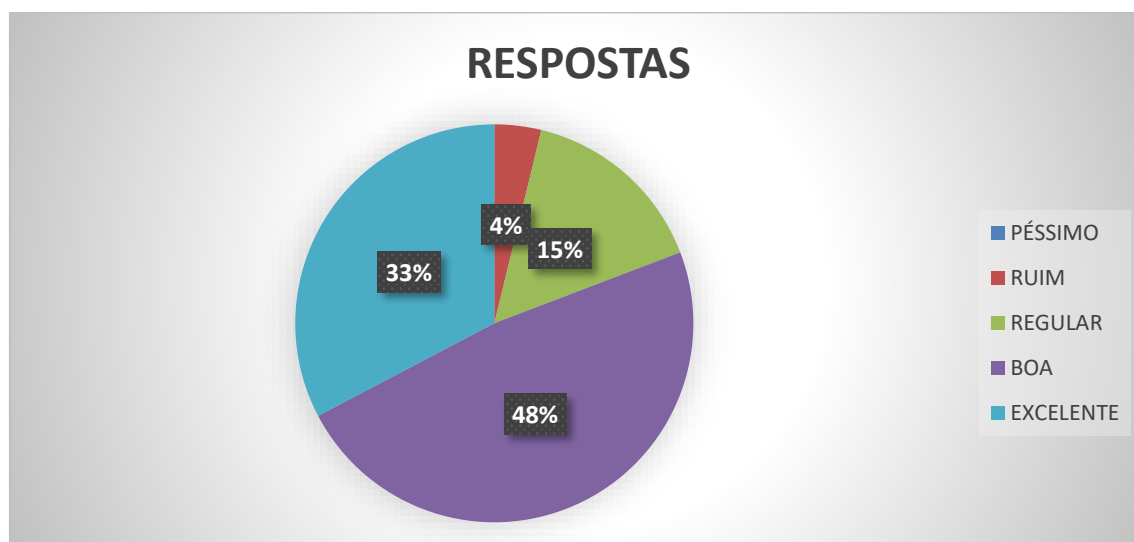
Colocando em números, dos 52 entrevistados, nessa questão, 42 acham que a EJA contribui muito para a educação de pessoas com sofrimento mental, 7 acham que contribui de forma regular e 3 que muito pouco. Interessante que não aparece a opção de pouco, essas três pessoas acharam que contribuía muito pouco, enfatizando sua opinião sobre a falta de contribuição da modalidade (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Como a modalidade da educação de jovens e adultos pode contribuir para a educação de uma pessoa com sofrimento mental



Após questionar sobre a importância da educação de forma geral e ir especificando até a educação para morador na modalidade EJA, perguntou-se como avaliam as possibilidades de adaptação (Quadro 5). Quase 50% desses profissionais consideram que os moradores de residência terapêutica, egressos de hospital psiquiátrico, com sofrimento mental, teriam boas condições de se adaptar à escola, dado significativo que conta ainda com mais 33% de considerações excelentes para adaptação escolar; ou seja, 81% consideram possível essa adaptação, enquanto 15% consideram como regular, o que não descarta a possibilidade e 4% consideram ser ruim a possibilidade de adaptação.

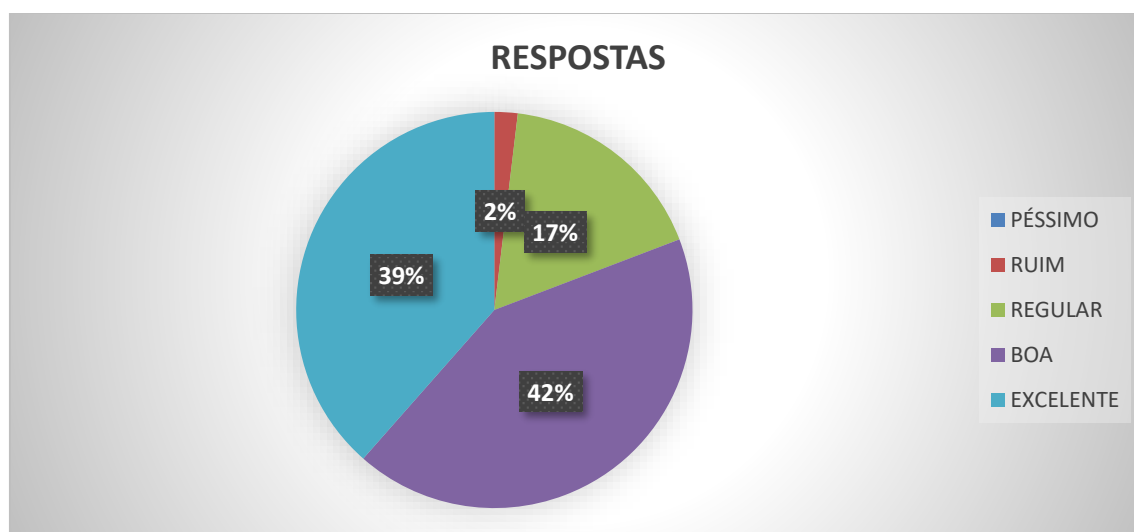
Gráfico 5 – Avaliação da adaptação dos moradores de residência terapêutica à escola



Assim 81% dos trabalhadores que realizam ações de reabilitação social e conhecem as possibilidades dos moradores acham possível que essas pessoas possam adaptar-se à escola de forma boa ou excelente.

Com relação às possibilidades de na escola esses moradores estabelecerem um processo de ensino e aprendizagem, os cuidadores opinam de forma similar à adaptação, porém diminuem as opiniões de que seriam ruins, que na adaptação apareceram 4% e agora com relação ao ensino e aprendizagem surgem com 2%. A opção de excelente para o processo de ensino e aprendizagem apareceu em 39% das respostas, um aumento de 6%, se comparada com a questão anterior que falava sobre o processo de adaptação. Com relação à opção regular, nessa questão apareceu em 17% das respostas, enquanto na anterior era de 15%. Entretanto, percebe-se que, entre regular e excelente, aparece a frequência de 98% das respostas dos cuidadores considerando possível haver relação de ensino e aprendizagem com os moradores. acham que seria ruim para 2% e ninguém achou que seria péssimo (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Avaliação de um possível processo de ensino e aprendizagem para os moradores de residência terapêutica

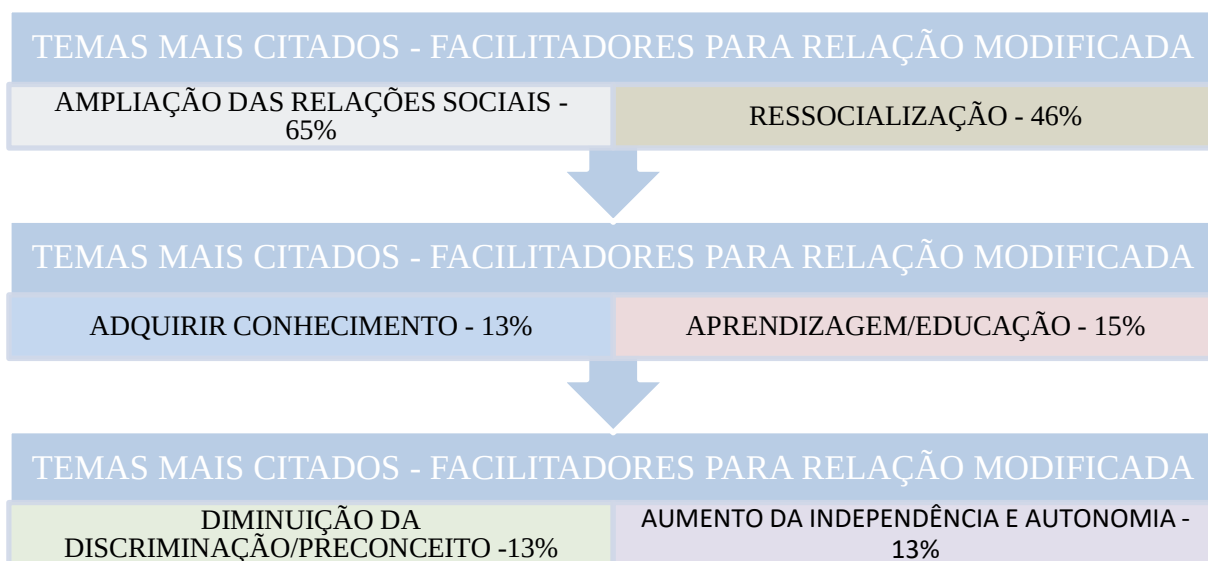


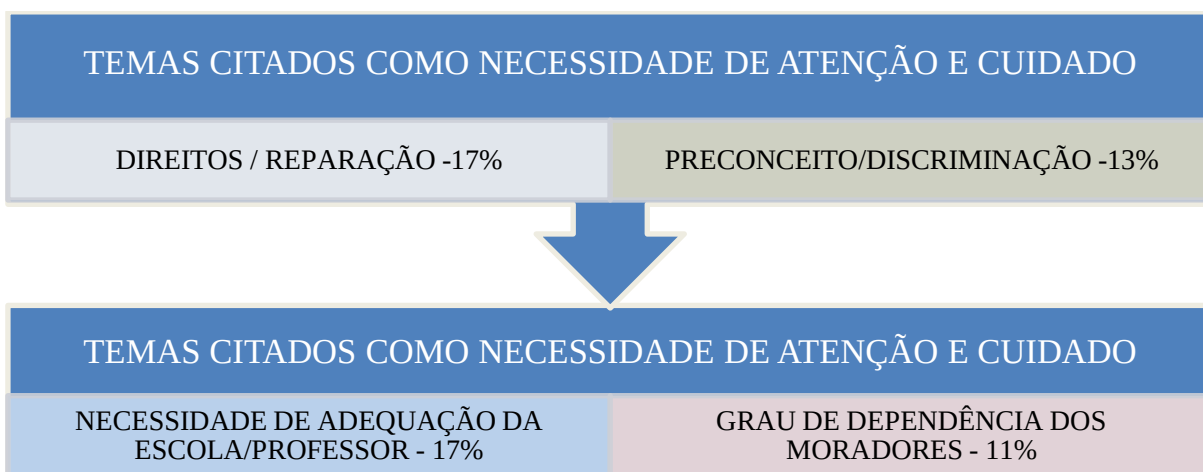
No Gráfico 7, as respostas tiveram coocorrência de 83% para a possibilidade de uma relação diferente com a sociedade a partir do acesso à escola e 15% responder que talvez isso ocorra, enquanto 2%, que equivale a uma pessoa, discorda e acha que não haverá modificação na relação com a sociedade. Para tentar entender que aspectos seriam modificados, essa pergunta vinha com o pedido de justificativa, assim 46 justificativas foram realizadas e 6 pessoas não justificaram.

Gráfico 7 – Possibilidade de o acesso à escola modificar a relação do morador de residência terapêutica com a sociedade



Serão analisados os conteúdos temáticos das justificativas apresentando os temas/palavras-chave que coocorreram relacionados com as unidades de registro destacadas na metodologia. Então, vamos expor os temas mais citados com pelo menos 10% de frequência, para ter ideia de quais aspectos eles consideram que modificam essa relação do morador com a sociedade, sendo facilitadores ou carentes de atenção, e o número de frequência/coocorrência que apareceu nas respostas.





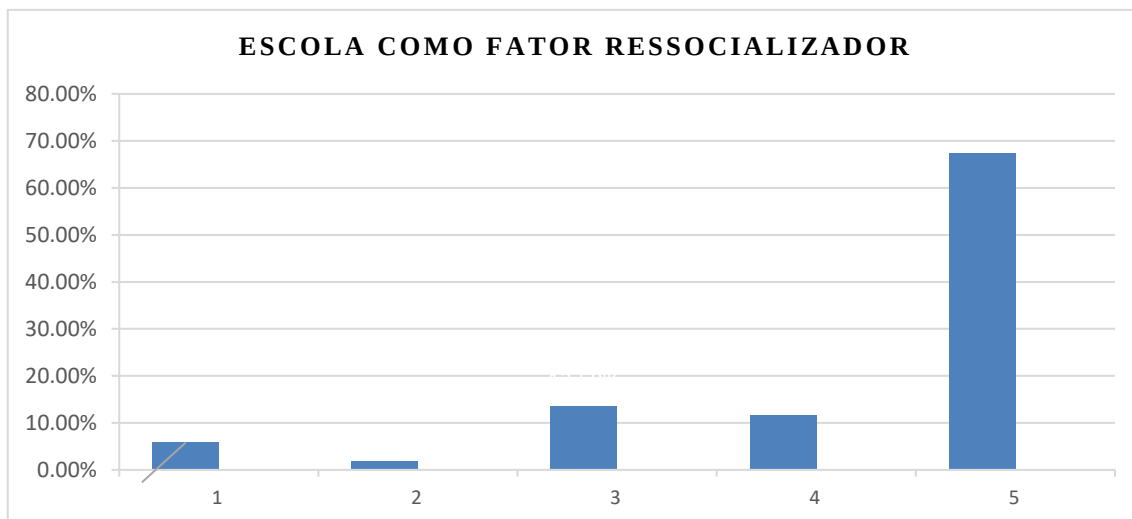
Nas justificativas, aparecem aspectos que iriam facilitar essa modificação na relação com a sociedade, e aí surgem temas que versam sobre a aprendizagem, conhecimento de que isso leva à independência e a trocas sociais; assim como o ambiente escolar proporcionaria relações sociais diferentes da que eles têm nas residências, podendo facilitar a ressocialização, como sugerido nas tabelas. Contudo, surgiram algumas questões reflexivas sobre a necessidade de diálogo e capacitação para minimizar preconceitos e discriminação, de preparo e adaptação da escola para receber esses moradores, que eles têm direitos e precisam ser reparados pelos anos de isolamento, mas isso precisa ser feito com cuidado visto que sofrem muitos preconceitos e viveram experiências de sofrimento durante a vida.

Outras considerações importantes foram sobre os moradores que não teriam condições de frequentar a escola. Por volta de 11% das justificativas, citaram alto grau de dependência, estágio severo de transtorno, não vendo possibilidade desses moradores conseguirem frequentar a escola, uma observação considerável, que aponta para o fato de existirem moradores que apresentam condições limitadoras que possam impedir ou dificultar o acesso escolar.

Como você avalia que frequentar a escola auxilia a ressocialização dos moradores de residência terapêutica? Essa pergunta está diretamente relacionada com a possibilidade de auxílio que a escola pode dar à ressocialização, seguindo uma pontuação, e mais de 60% da frequência das respostas consideram pontuação máxima, sugerindo que a escola pode ser um local que impulse a ressocialização, enquanto cerca de 8% deram pontuação entre 1 e 2, achando que esse local não teria essa função (Gráfico 8).

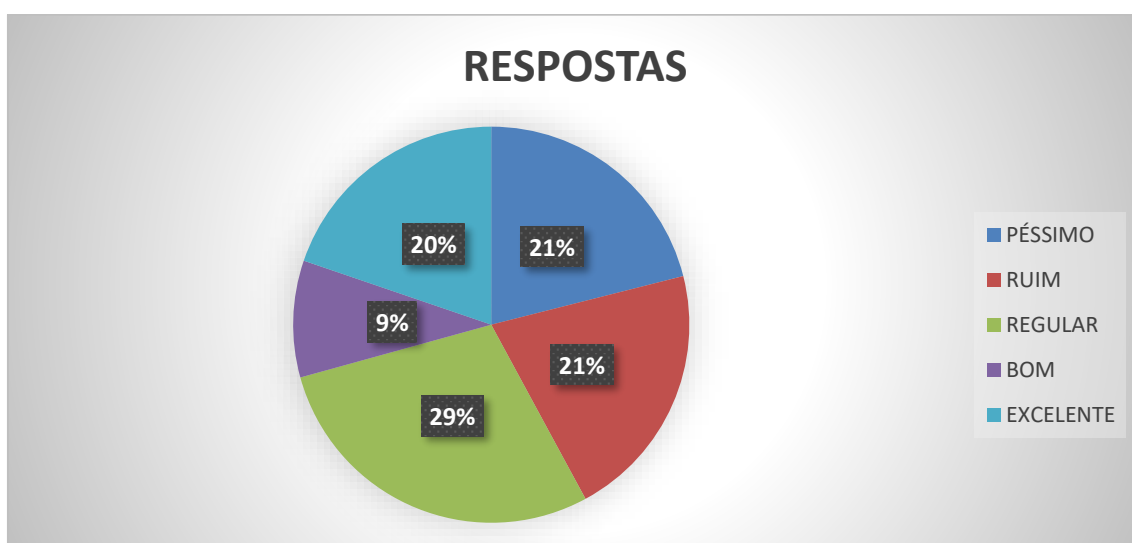
Gráfico 8 – A escola como fator ressocializador

Como você avalia que frequentar a escola auxilia a ressocialização dos moradores de residência terapêutica? (Pontuando de 1 a 5, onde 1 auxilia pouquíssimo a ressocialização e 5 auxilia muito a ressocialização)



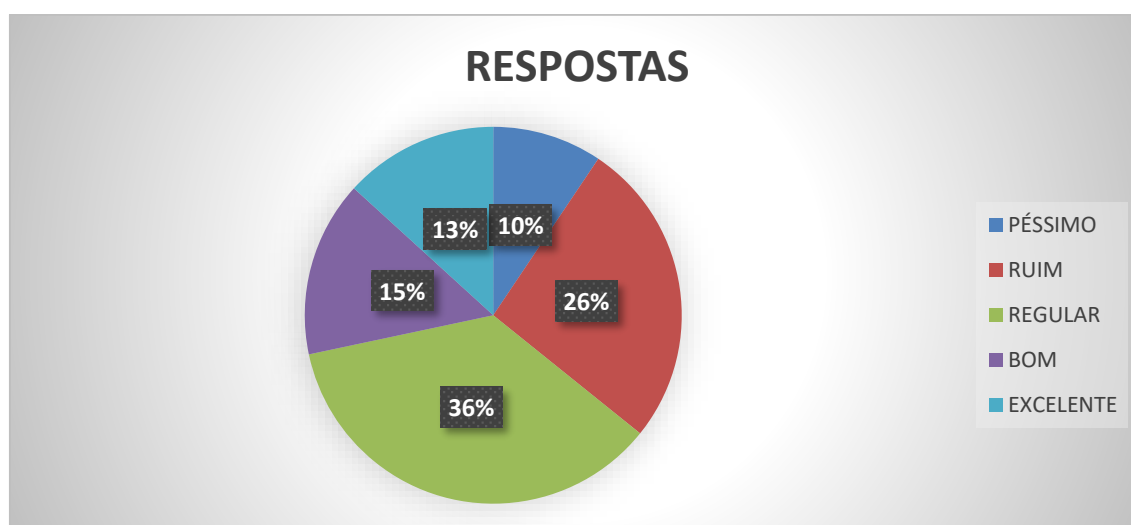
No Gráfico 9, as respostas indicam que o incentivo das escolas é regular para 29% dos questionados, classificam abaixo de regular como péssimo ou ruim 42% e acima de regular como bom ou excelente 29%. Esses dados indicam que, na experiência dos cuidadores, poderia ter mais incentivo da escola para que pessoas com sofrimento mental estudem; e apresentam coocorrência com os dados apontados no Gráfico 7, em que 17% das justificativas apontam a necessidade de adequação da escola e dos professores.

Gráfico 9 – Avaliação do incentivo por parte da escola para que pessoas com sofrimento mental estudem

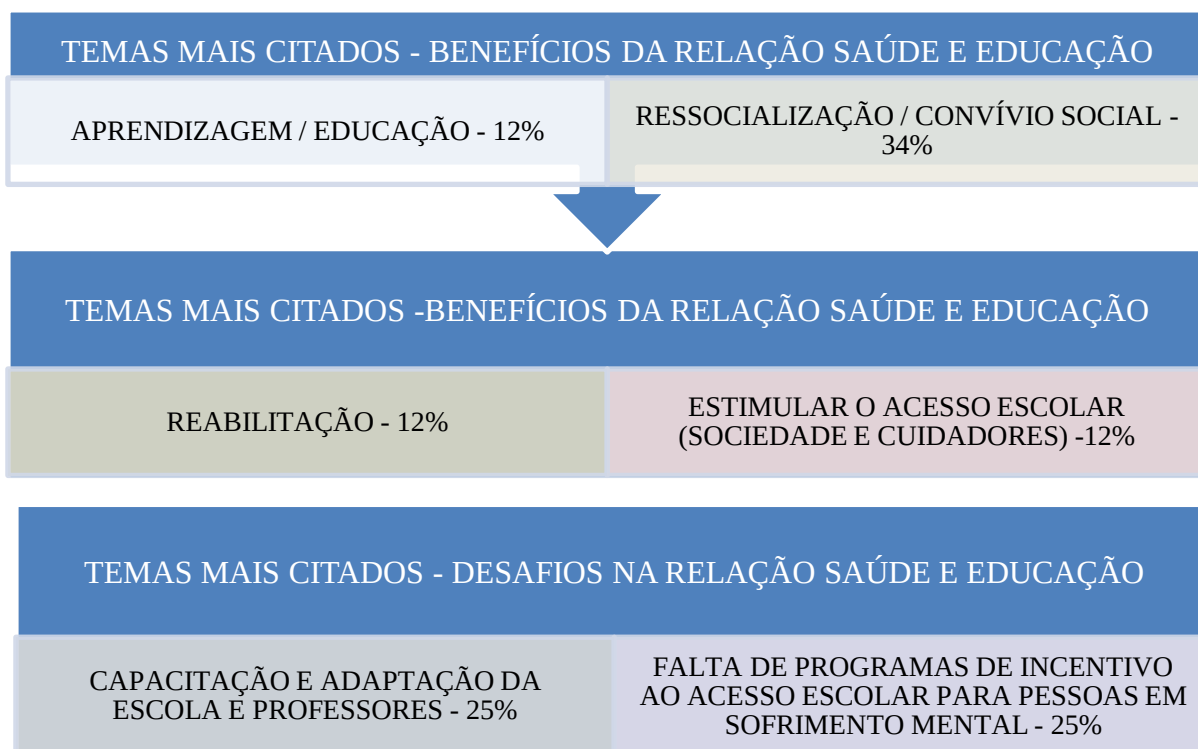


Na pergunta sobre o incentivo por parte das unidades de saúde mental para que essas pessoas estudem, houve a frequência de 36% de respostas como regular, dado maior do que eles apontam com relação à escola que aparece regular em 29%. Enquanto ruim e péssimo surgem em 36% das respostas, sendo menor do que apontado nas escolas que foi de 42% e como bom e excelente 28%, menor em 1% do que avaliado o incentivo das escolas. É possível perceber que, com relação às escolas, houve diminuição das opiniões relativas a péssimo e ruim, e aumento com relação a opiniões que consideram o incentivo das unidades de saúde regular. É importante considerar que essas respostas partem de trabalhadores e trabalhadoras das unidades de saúde, sendo assim avaliam também suas práticas e do seu local de trabalho; já com relação à escola, seria um posicionamento sobre a realidade de outro local, que eles e elas acessam de outra forma, e não como trabalhadores, seja como estudantes, profissionais responsáveis por pessoas que estão a seus cuidados entre outras situações (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Avaliação do incentivo por parte das unidades de cuidado com a saúde mental para que pessoas com sofrimento mental estudem



A pergunta 11 – Você deseja fazer algum comentário acerca das questões abordadas neste questionário? – foi a última do questionário, respondida por 36 das 52 pessoas que participaram. As respostas foram analisadas e serão expostas as temáticas que tiveram frequência maior que 10% com o percentual de frequência ao lado de acordo com as unidades de registro relacionadas para a pesquisa.



Nos temas mais citados na questão aberta, é possível recordar os dados que apareceram anteriormente, porém agora não questionados, mas citados pelas pessoas que desejaram falar. Percebem-se três direcionamentos nessas observações com relação aos cuidadores, aos moradores e aos educadores. Em relação aos moradores, houve a frequência de alguns temas que versam sobre os benefícios que a educação poderia favorecer como aprendizagem, convívio social, contribuição para a reabilitação, entre outros.

Enquanto os cuidadores surgem nos posicionamentos como profissionais que podem incentivar e estimular os moradores nesse acesso à escola, visto que são trabalhadores do cuidado que têm, entre suas atribuições, a função de favorecer a ressocialização, além de citarem a participação da sociedade nesse processo de estimular o acesso escolar. Os profissionais da educação e a escola são citados quanto às contribuições que podem ofertar nesse processo de ressocialização. É perceptível que são considerados importantes e facilitadores, porém surgem algumas críticas do ponto de vista da necessidade de que esses profissionais precisam de capacitação quanto à temática da saúde mental e a escola de adaptação para receber essas pessoas. Para tanto, foram feitas referências com menos de 10% de frequência à necessidade de minimizar possíveis preconceitos que existem no âmbito escolar e na sociedade. Entre as observações, foi pontuada a falta de apoio na sala de aula para auxiliar a

professora e também a falta de programas de incentivo ao acesso de pessoas em sofrimento mental à escola, como os moradores de residência terapêutica.

As informações obtidas por meio dos questionários possibilitam, como vimos, inúmeras reflexões, sendo importante pontuar nessa discussão o resgate que os cuidadores fizeram semelhante ao que foi apresentado nas discussões teóricas. Os cuidadores resgatam que os moradores de residência terapêutica têm marcas deixadas pela hospitalização que podem até comprometer o acesso escolar, pelo grau de limitações físicas e o sofrimento mental que essas pessoas apresentam; expõem diversas vezes que são necessários processos de inserção e socialização, diante dos anos que viveram sem estabelecer essas relações.

Foucault (1978) afirma que os internamentos provocaram uma fragmentação social; se os “loucos” já tinham um comprometimento causado pela “loucura”, a internação e a falta de tratamentos médicos adequados causaram uma ruptura social durante os anos nos hospitais e manicômios.

Esta fragmentação social que separa, na medicina, teoria e prática, é sensível especialmente na loucura: por um lado, o internamento faz com que o alienado escape ao tratamento dos médicos e, por outro, o louco em liberdade está, mais que qualquer outro doente, entregue aos cuidados de um empírico. (FOUCAULT, 1978, p. 339).

Para Foucault (1978), o próprio campo da Medicina separa-se entre teoria e prática, e estabelece formas diferentes de cuidado para o “louco”. Encontrando-se ele internado, não havia intervenções médicas adequadas para seu adoecimento, e em liberdade, estariam expostos ao empírico, mesmo que já houvesse teorias que pudessem favorecer o cuidado adequado. Essa relação de deixar os loucos em liberdade, expostos ao empírico, retrata o que os cuidadores observaram, o aprisionamento fragmentou as relações sociais; as pessoas com sofrimento mental receberam a liberdade, mas, pelas opiniões dos cuidadores, não parece haver construções fundamentadas para o processo de ressocialização de forma ampliada e sistemática. Em relação às escolas, por exemplo, reconhecem que precisa de um ambiente mais adequado, com mais saberes sobre saúde mental, que o acesso à escola não está ocorrendo de forma apropriada, dando sinais de que a sociedade, o ambiente escolar e o processo de inserção escolar vêm ocorrendo de forma empírica, ou seja, experimental, sem fundamentos teóricos e práticos, e políticas por parte da educação para receber esses novos estudantes.

É possível ponderar que esse processo de estimular que os moradores acessem a escola por meio das ações dos cuidadores e dos profissionais da Educação, como foi citado no questionário, tornou-se possível porque as pessoas com sofrimento mental vivenciam outro

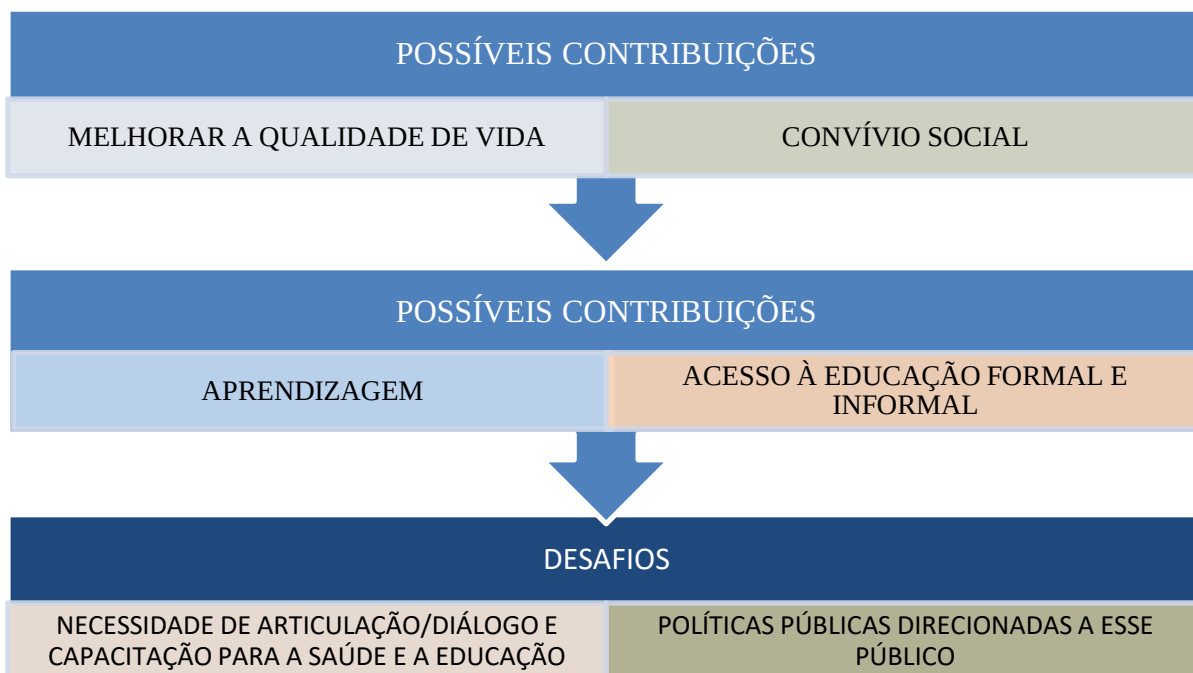
momento, antes isolados e sem estímulo, eram mantidos nos hospitais sem lidar com os problemas relativos à falta de direitos. Nas residências terapêuticas, é possível estabelecer outros tipos de relações com as pessoas com quem convivem, com os profissionais e com acesso cotidiano à comunidade. Essas questões apresentadas nos questionários fazem refletir sobre as observações de Fanon (2005, p. 217): “Um homem isolado pode se mostrar rebelde à compreensão de um problema, mas o grupo, a aldeia compreende com uma rapidez desconcertante.” As observações trazidas no questionário expõem sobre essa comunhão necessária para que esse processo de acesso à escola ocorra de forma adequada, sendo preciso que moradores, cuidadores e professores invistam nisso.

Fanon (2005) afirma que, quando os direitos são negados, é necessária a união do povo e que ele trave batalhas para alcançar o que deseja. “Mais uma vez, é preciso explicar, é preciso que o povo veja para onde vai, como ir até lá. A guerra não é uma batalha, mas uma sucessão de combates locais, dos quais, na verdade, nenhum é decisivo.” (FANON, 2005, p. 164). As questões apresentadas pelos cuidadores perpassam por um caminho semelhante, no sentido de que algumas “batalhas” / conquistas foram alcançadas, os hospitais foram fechados, as pessoas com sofrimento mental estão em liberdade, mas outras batalhas ainda existem, como a garantia de acesso à educação de forma necessária e adequada. Não obstante, a denominação dada aos movimentos da reforma psiquiátrica é luta antimanicomial, a busca por direitos caminha por meio de batalhas, lutas e reformas que parecem, ainda, ser necessárias depois de décadas diante do que foi exposto por esses profissionais.

6.2 Grupo 2: análise das entrevistas com as técnicas de referência das residências terapêuticas

Serão apresentadas as análises de conteúdo com base nas análises das comunicações temáticas, como explicado anteriormente, das entrevistas realizadas com as técnicas de referências (TR) das residências terapêuticas. Foram quatro mulheres dos distritos sanitários I e II, com tempo de experiência na função entre 4 e 6 anos, que, durante suas atividades de trabalho, fizeram com os cuidadores a tentativa de inserção escolar. Serão identificadas por TR do número 1 a 4. Com relação aos dados, serão apresentados em blocos temáticos, assim, além das palavras-chave/temas coocorridos em todas as entrevistas, para fornecer mais informações, serão trazidos trechos das respostas das TR que tenham sido recortados e categorizados para análise por estarem nas áreas temáticas de interesse.

TEMA 1: Contribuição da educação para ressocialização dos moradores



A ocorrência maior nas respostas das entrevistadas foi sobre as possibilidades que a educação pode ofertar acerca do processo de aprendizagem, como também sobre a qualidade de vida que pode ser melhorada mediante a aquisição de conhecimentos, o convívio social, entre outras questões citadas acima. Contudo, chamaram a atenção algumas respostas que versam sobre os desafios que podem surgir, houve citações sobre a necessidade de articular setores e preparar a escola para a demanda dos estudantes, além de pontuarem a carência de políticas públicas voltadas para a educação dessas pessoas. Como pode ser observado nas verbalizações a seguir:

TR 1 – “Temos moradores que, por conta do tempo, estão desabilitados para o aprendizado, devemos preparar as escolas para trabalhar nessa perspectiva mesmo da reabilitação. É um desafio diário.”

TR 2 – “Eu já tive exemplos de dois casos com que tivemos de lutar contra o preconceito para aceitar esses moradores de acordo com suas demandas.”

TEMA 2: Possibilidades de adaptação do morador ao ambiente escolar

As técnicas citam que é possível a adaptação ao ambiente escolar, que alguns moradores se instrumentalizam, passam a escrever, usar lápis, desenhar, coisas que passaram anos sem

contato. Contudo, afirmam que os moradores têm muitas singularidades como o comprometimento psicopatológico, as marcas dos vários anos de institucionalização e pontuam que sua forma de adaptação não ocorre como a maioria dos outros estudantes. O fato de não haver políticas, programas, um preparo especial da escola e dos professores para receber esses estudantes fazem com que haja pouca compreensão e acolhimento, dificultando o processo de adaptação. As duas verbalizações a seguir exemplificam outras situações que dificultam essa adaptação:

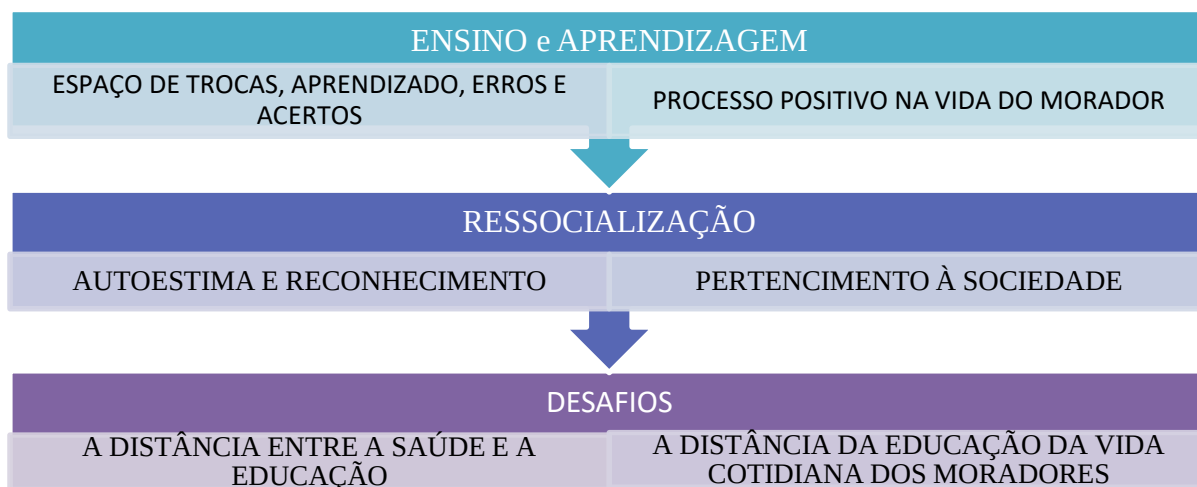
TR 1 – “Faz dois anos que tentamos uma vaga para uma moradora que demonstrou interesse, desejo de ir para a escola, mas o que aconteceu, não foi possível fazer a matrícula porque não tinha estagiário, não tinham pessoas habilitadas para ficar junto, ter mais aproximação, ter um cuidado maior, como posso dizer... um olhar mais direcionado para as necessidades.”

TR 2 – “Eu compreendo que, quando há um ambiente mais acolhedor pelo professor ou por um monitor, que esteja junto, ali, acalmado, fazendo com que ele fique na sala de aula, por alguma inquietação, ou falta de compreensão mesmo, pelo conteúdo fornecido; então, quando o ambiente é acolhedor, a adaptação é muito mais fácil.”

Nos trechos, as técnicas explicam que a proposta da EJA não foi pensada para absorver pessoas com sofrimento mental, mas algumas escolas têm-se adaptado e recebido, e umas das propostas é ter um auxiliar/apoio na sala para dar maior assistência, contudo, elas pontuam que há falta na rede municipal desses profissionais, sendo mais um fator que dificulta a adaptação. A primeira TR relata estar há dois anos tentando realizar uma matrícula, e não consegue por falta de profissionais que realizem a função de apoio de sala para acompanhar a moradora.

Essa situação seria difícil para qualquer pessoa que tenha o desejo de estudar; se for levado em consideração tudo o que foi discutido até o momento sobre pessoas com sofrimento mental, é possível considerar que essa situação de espera é muito mais difícil nessa realidade. A segunda TR versa sobre a necessidade de um ambiente acolhedor, o que é importante, mas se cruzar as informações da primeira com a segunda, a falta do apoio de sala, por si, já impossibilitou o acolhimento dessa moradora pela escola, destacando questões transversais que têm dificultado a inserção escolar.

TEMA 3: O processo de ensino e aprendizagem e sua contribuição para a ressocialização



Os pontos apresentados pelas entrevistadas consideram que a escola promove o ensino e aprendizagem e isso chega de forma positiva à vida dos moradores, oferta um espaço de trocas, erros e acertos, além do aprendizado, o que gera a sensação de autoestima, reconhecimento e pertencimento à sociedade. Contudo, os desafios aparecem postos de forma diferente nesse tema, mas sempre abordando a necessidade de diálogo entre a educação e a saúde, pontuando que são muito distantes. Também referenciam, novamente, a realidade dos moradores, expressam que há necessidade de estimular o desejo de estudar, que a escola e a educação não são algo próximo ou presente no cotidiano dessas pessoas, ficando a cargo dos cuidadores e das técnicas de referência essa tarefa.

Exemplificando a experiência com a escola, foi citada a limitação que uma escola apresentou sobre oferta educacional, que frustrou um morador que queria continuar estudando, mas a escola só tinha até o letramento e, depois de um ano, ele teve de deixar a escola, como mostra a seguir:

TR 1 – “Fui chamada para uma reunião onde me foi dito que não tinha mais como ele ficar na escola, a escola só tinha até a letra para oferecer para ele, e foi frustrante!”

Concomitantemente, uma moradora estuda há muitos anos em outra unidade escolar porque tem dificuldades em aprender:

TR 1 – “Uma frequentava a escola durante oito anos, e ainda frequenta. Pelo fato de não ter conseguido aprender, ela não conhece o alfabeto, ela não assina o nome, por isso, mantém-se ainda na escola.”

Além desses dois exemplos que mostram o longo período de uma moradora frequentando a escola por não aprender, e de outro que, por ter o letramento não tinha outras opções naquela escola, outras questões importantes surgem:

TR 2 – “Eu acho que é uma forma muito positiva, porque quando o morador está aberto a isso, ele vai conhecer outras pessoas que não são do ciclo social, digamos assim, adoecido, das residências terapêuticas.”

TR 3 – “Então, todo o espaço onde o morador possa estar mais próximo da vida comum, daquilo que é comum a todos. Acho que isso é muito positivo para os moradores, então nesse sentido, a educação contribui enormemente para os moradores.”

TR 4 – “Ampliação dos vínculos e da rede social. Aumento da autoestima e o reconhecimento de pertencimento à sociedade e àquela instituição.”

As verbalizações em destaque permitem identificar que não houve citação direta a como o ensino e aprendizagem contribui para a ressocialização, mas apontam como o ambiente escolar, de forma geral, estimula e impulsiona a inserção em redes sociais.

TEMA 4: Colaboração da escola para modificação das relações sociais com a comunidade

Com relação a essa temática, houve a necessidade de trazer as experiências, visto que foram diferentes. Surgiu uma frequência de respostas positivas no sentido de modificações facilitadoras do convívio comunitário, para aqueles que conseguiram frequentar a escola por mais tempo, porque havia também moradores que não estavam estáveis, com delírios e não conseguiram manter-se na escola e construir relações sociais mais duradouras, como serão mostradas a seguir:

TR 1 – “No ano passado, três professores da escola foram ao aniversário dela, levaram presentes, ela ficou muito feliz, apresentou aos outros convidados, mas foi como falei, uma situação única.”

TR 2 – “Na minha vivência recente, porque eu tenho uma vivência mais antiga, e aí sim, eu percebi uma moradora que ia para a escola e a comunidade acabou abraçando-a, por conhecê-la no caminho da escola e tudo. Mas estamos falando da minha vivência mais

recente; na minha vivência mais recente, eu não percebo muito isso, porque os moradores não conseguiram ficar muito tempo na escola em razão desse conteúdo ainda muito aflorado, persecutório que eles tinham.”

TR 4 – “Sim. Certamente. Mesmo após mais de dois anos, vários colegas ainda mantêm contato.”

Esses exemplos indicam que é possível a ampliação dos vínculos sociais, como também a existência das questões singulares que podem dificultar essa relação, como no caso do morador que frequentou a escola por pouco tempo, pois tinha questões persecutórias que o impediam de estudar de forma saudável, sendo necessário deixar a escola. Para facilitar a compreensão sobre esse fato e trazer as considerações sobre a relação do sofrimento mental e a escola, será apresentada a fala da TR 2, que versa sobre essa realidade:

TR 2 – “Todas as perguntas vão requerer ponto a ponto do caso clínico, psicopatológico de cada morador, mas não tive essa experiência em longo prazo, os moradores que eu assistia eram muito comprometidos psicopatologicamente falando, muito delirantes, e não puderam ficar em sala de aula por muito tempo. Em um ambiente acolhedor, é muito mais fácil a adaptação, também pelo quadro clínico mesmo. Eu já tive um morador, assim, com um quadro clínico delirante e tudo mais que voltou à sua escrita, por exemplo, a sua pintura, e acho que a escola estimulou isso, ele estava em um processo de expressão do seu conteúdo. Ele gosta muito de pintar, fazer desenho e acho que, na época da escola, isso estimulou mais, proporcionou o contato dele com o lápis, o caderno, e não tínhamos atentado para isso.”

É interessante perceber algumas questões trazidas nesse trecho; houve comprometimentos psicopatológicos que impediram a permanência em longo prazo dos moradores na escola, contudo, também surge uma crítica que faz refletir sobre as questões trazidas anteriormente para essa técnica. Essa realidade poderia ser diferente se o ambiente fosse adequado a pessoas em sofrimento mental, que compreendessem essas patologias e usassem técnicas que facilitassem sua adaptação. Outro ponto importante, foi o morador que, mesmo não ficando muito tempo na escola, recebeu estímulos suficientes, mesmo com o quadro psicopatológico comprometido, para voltar a escrever e desenhar. Esse exemplo aborda as dificuldades que podem surgir nessa inserção escolar, mas também possibilidades que

modificam a realidade dos sujeitos. Como no próximo trecho que considera a dificuldade de acesso em razão da medicalização e horários de aula disponíveis na EJA:

TR 1 – “Precisa de um espaço mais voltado para as necessidades dessa população, considerando as perdas cognitivas, as diferentes faixas etárias, os horários que não sejam só a noite, porque tem também uma questão da medicação de que eles fazem uso e muitas vezes o horário da noite contribui para que não se invista tanto nisso, por conta do horário mesmo, muitos já estão dormindo, muito já sonolentos, outros com indisposição, enfim.”

Os trechos fazem refletir que há possibilidades de contribuição para a ressocialização e relações com a comunidade, contudo, antes de ir para o espaço comunitário, existem questões internas das áreas da Saúde e da Educação que precisam de mais diálogo e preparação. Atualmente, essas pessoas estão sendo inseridas em uma modalidade de ensino que já existia; para essas profissionais, é preciso de algumas adaptações e conhecimento para melhor acolher esses estudantes, como a questão do acolhimento diante de suas necessidades especiais, diante de possíveis sintomas que possam surgir na escola, como a questão do horário de aula.

TEMA 5: A cultura, esporte, lazer e as novas percepções a partir da inserção escolar

Considerando que a escola desenvolve diversas atividades além do processo de ensino e aprendizagem, mas que estão ligadas ao processo educativo, para abordar alguns temas transversais que foram trazidos em algumas entrevistas e questionados em outras, destacamos essa temática.

TR 1 – “Infelizmente, não percebi nenhuma mudança, nada novo em relação à questão cultural, de lazer, esporte, assim, a influência é maior pelos meios de comunicação.”

TR 2 – “Sim, percebo exatamente o que acabei de descrever. Fazendo referência ao morador que demonstrou habilidade com desenhos e pintura após a passagem breve pela escola.

TR 3 – “Em relação à cultura. Acho que essa escola especificamente trabalhou muito as questões culturais relacionadas com o estado de Pernambuco, também com material de excelente qualidade.”

TR 4 – “Eu acredito que a educação pode sim contribuir muito com os moradores de residência, porque a educação tem essa questão de ser universal, de melhorar a qualidade de vida das pessoas, de ser um forte indicador nesse sentido.”

Portanto, nesse aspecto da contribuição da educação para aspectos transversais como cultura, esporte, lazer, não houve frequência de observações semelhantes que pudessem de alguma forma ser divididas por temáticas como nos outros questionamentos; cada uma das técnicas, tinha experiências diferentes sobre o assunto, houve quem não percebeu influência da escola, como também quem percebeu o conteúdo sendo trabalhado na sala de aula. Além disso, a experiência do morador que voltou a pintar e desenhar; e a última técnica que cita a educação como universal, potencializando os moradores para uma qualidade de vida melhor. Entende-se que possa envolver as questões de cultura, esporte e lazer, mas não foi diretamente abordado.

TEMA 6: Verbalizações livres que expressaram sobre a temática da educação

Nesse momento serão trazidos trechos das observações que as TR optaram por expressar sobre suas experiências individuais sem destacar frequências, mas sobre a temática da educação.

TR 1 – “Eu gostaria de dizer que está mais que na hora de se pensar nessa inclusão dessa população nas escolas, não só pelo viés do aprendizado, mas são tantas outras coisas que a escola pode oferecer, e pensar conjuntamente, pensar com o pessoal da área da Saúde, com o pessoal da área da Justiça, direitos humanos, enfim, fazer uma coisa assim, estrutural, bacana, que contemple todos.”

TR 2 – “É facilitador para quase tudo quando o morador tem adesão à escola, mas acho que a escola tem dificuldade de provocar essa adesão, de não ter um monitor próximo, de não entender o momento daquele morador, que ele está mais inquieto naquele dia, que naquele dia ele está mais delirante, que não tem um monitor específico para aquele morador, como tem tantos outros alunos para darem conta, ou pelo menos um monitor

para cada dois moradores, mas ter o monitor para auxiliar na compreensão do conteúdo passado. Sem isso, não vai andar tanto não.”

TR 3 – “Às vezes, eu acho que a gente tende a pensar na educação quando é necessário. Vou dar um exemplo: quando um morador precisa assinar um documento, então a gente se dá conta naquele momento de que sim, a habilidade de escrita é importante para aquela pessoa ter acesso a direito, ter acesso a benefício, por exemplo, acesso a contas bancárias, mas só nesses momentos, eu acho que a gente subvaloriza a educação para as pessoas. No entanto, a educação é um processo transformador. Assim, aquele morador que teve acesso à educação, que teve acesso à escola, que sabe ler, ele tem um repertório de capacidades muito maior do que um morador que não teve acesso a isso, então o processo de educação torna as pessoas muito mais independentes!”

TR 4 – “A escola fez várias exigências para aceitação e manutenção de moradoras. Solicitaram relatórios, queriam saber diagnósticos, relação nominal e contato de todos os cuidadores e técnica de referência. Em qualquer dificuldade com a professora de apoio, as aulas eram interrompidas.”

Essas expressões apontam facilidades e dificuldades que as técnicas quiseram apresentar. Elas finalizam resgatando a importância da escola e as inúmeras possibilidades de contribuições para a vida dos moradores, assim como fazem algumas críticas da necessidade de programas voltados à educação de moradores com sofrimento mental. Dessa forma destacam a importância de diálogo entre as diversas áreas; até então, só eram citadas saúde e educação, e agora ampliam para justiça e direitos humanos. Em alguns momentos, chegam a dizer que é necessário lutar para garantir a educação dessas pessoas.

Quanto mais o povo compreende, tanto mais ele se torna vigilante, mas se torna consciente de que, definitivamente, tudo depende dele e que a sua salvação está em sua coesão, no conhecimento dos seus interesses e da identificação de seus inimigos. (FANON, 2005, p. 217).

Essa passagem relata a necessidade de identificar os interesses, assim como os inimigos. Correlaciona-se a necessidade de lutar para conseguir acesso à educação, percebe-se que as técnicas de referência conhecem seus interesses e estão lutando contra os inimigos que dificultam isso. Fanon (2005) retratava essas questões relacionadas com a necessidade de libertação dos hospitais psiquiátricos e dos povos colonizados. Aqui se repete esse movimento

em outra perspectiva, a liberdade foi alcançada, mas a garantia de direitos ainda não foi conseguida de forma ampliada.

Também foi exposto que a educação deve ser pensada de maneira mais abrangente, não apenas nos momentos de necessidade, mas como algo que possibilitaria independência aos sujeitos, e muitas vezes é subvalorizada. Ainda foi posta a questão da sala de aula, as dificuldades que podem ser encontradas, a necessidade do apoio/monitor, mas que as aulas não se limitem à necessidade da presença dele, assim como identificam dificuldades sobre o alto grau de exigências para que o morador possa estudar; e reforçam que essas questões precisam ser trabalhadas pelo diálogo com as instituições e a gestão.

As massas devem poder reunir-se, discutir, propor, receber instruções. Os cidadãos devem ter a possibilidade de falar, de expressar-se, de inventar. A reunião de cédula, a reunião de comitê é um ato litúrgico. É uma ocasião privilegiada que é dada ao homem para escutar e dizer. A cada reunião, o cérebro multiplica as suas vias de associação, o olho descobre um panorama cada vez mais humanizado. (FANON, 2005, p. 224).

A necessidade de dialogar para conseguir melhorias para a população é uma questão que Fanon (2005) abordava como o caminho que as massas deveriam percorrer. Neste trabalho vem sendo repetidas vezes citadas essas necessidades, desde a construção teórica em que se falou sobre o período colonial e os pedidos de higienização feitos pela burguesia até a reforma psiquiátrica, que ocorreu pela união de pessoas que dialogavam sobre a necessidade de mudança, como nesse momento em que as técnicas versam sobre precisar travar diálogos que estabilizem o direito de acesso à educação para pessoas com sofrimento mental.

Durante o período colonial convidava-se o povo a lutar contra a opressão. Depois da libertação nacional, convidam-no a lutar contra a miséria, o analfabetismo, o subdesenvolvimento. A luta, afirma-se, continua. O povo verifica que a vida é um combate interminável. (FANON, 2005, p. 111).

As referências trazidas nas entrevistas dizem respeito à busca por melhoria de vida de pessoas que vivenciaram muito sofrimento e podem e devem voltar-se para si, para novas possibilidades de vida. Para isso, as técnicas ensinam que os envolvidos nesse processo devem dialogar para garantir o que Fanon (2005) expressou, depois da libertação, algumas questões precisam ser garantidas; os moradores conseguiram algumas garantias e outras não, por isso a luta continua.

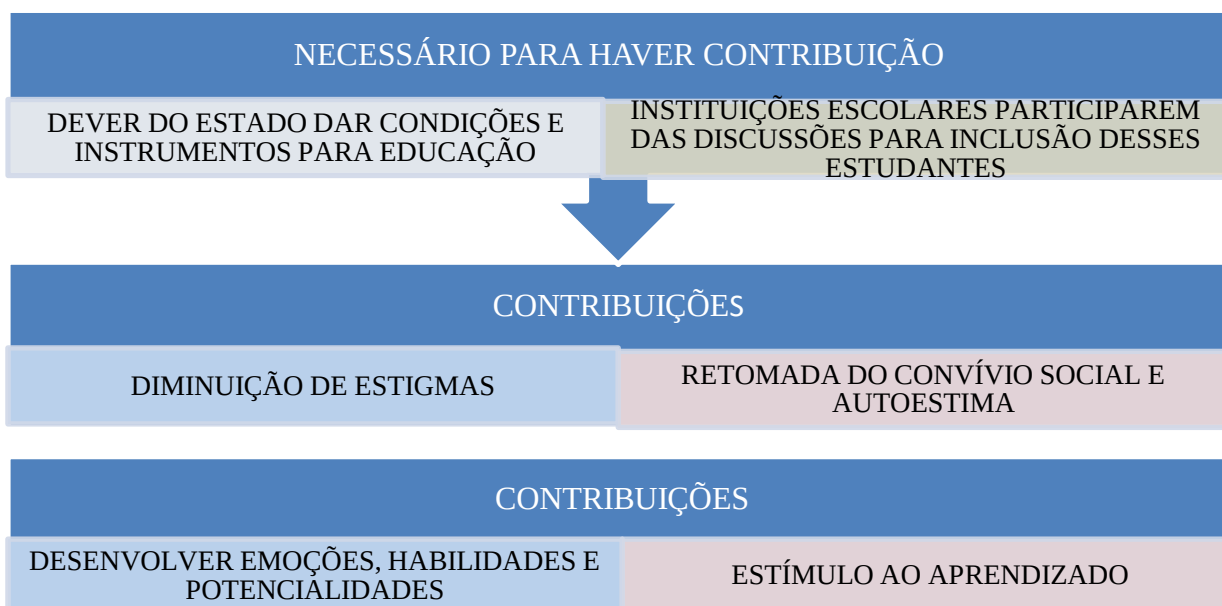
Agora, toda loucura e o todo da loucura deverão ter seu equivalente externo ou, melhor dizendo, a essência mesma da loucura será objetivar o homem, escorraçá-lo para fora de si mesmo, estendê-lo finalmente ao nível de uma natureza pura e simples, do nível das coisas. (FOUCAULT, 1978, p. 569).

O autor, ao abordar a questão da libertação dos loucos, expressa que o homem precisa ser visto; apesar da essência da loucura, existe um sujeito que precisa aparecer, e as ações devem ser voltadas a isso, corroborando as ações que as técnicas de referência estão desenvolvendo e/ou identificando, que precisam ser desenvolvidas.

6.3 Grupo 3: análise das entrevistas com as profissionais da educação

Como exposto anteriormente, foram realizadas três entrevistas com profissionais da educação que serão mostradas com base na análise temática. As educadoras serão identificadas por numeração como: educadora 1, educadora 2 e educadora 3, sendo as duas primeiras professoras de moradores de residência terapêutica e a educadora 3, da gestão. Como já exposto, foram as profissionais que se disponibilizaram a participar da entrevista; havia outras, mas por motivo da pandemia e das dificuldades enfrentadas no momento, não se disponibilizaram. Diante da análise, foi possível identificar e apresentar três blocos temáticos, nos quadros-tema citados por todas e nos trechos, as experiências individuais, que serão demonstrados a seguir.

TEMA 1: Contribuições da educação para ressocialização dos estudantes moradores de RT



Foi possível perceber nas falas das educadoras alguns posicionamentos sobre as várias contribuições que a educação pode ter para a ressocialização dos moradores de residência terapêutica, contudo, chama a atenção o destaque de que, para haver essa contribuição, são necessárias algumas intervenções como a garantia de condições e instrumentalização das escolas e professores para receber essa nova demanda, assim como a inclusão das escolas nos espaços de discussão sobre a inserção desse novo estudante. É interessante a percepção dessas educadoras sobre os aspectos mais amplos que englobam a educação que vão além do processo de ensino e aprendizagem; elas dialogam sobre aspectos mais formais da educação como aprendizagem e habilidades, até mesmo sobre os aspectos relacionados com a convivência social, diminuição dos estigmas e da autoestima.

TEMA 2: Adaptação ao sistema escolar



Nesse tema percebemos que houve contribuições acerca das questões que precisam ser discutidas e consideradas para que haja a adaptação escolar no que diz respeito a escola, professores e trabalhadores da Saúde. Também sobre as questões que são favorecidas por meio da adaptação escolar, as educadoras destacam que a escola proporciona muitas interações intensas com outros estudantes do ponto de vista social ao lidar com normas e regras, o que exige que se adaptem e, ao mesmo tempo, desenvolvam potencialidades nesses aspectos. A seguir, trazemos em destaque algumas verbalizações importantes das educadoras que fazem refletir sobre a relação com esses estudantes e também sobre as questões trazidas nas análises anteriores dos profissionais da Saúde.

Educadora 1 – “Acredito que a adaptação dessas pessoas no espaço escolar dependerá muito do grau de conhecimento dos profissionais das escolas sobre transtornos mentais e as especificidades de cada caso. Só assim, poderemos promover um ambiente mais acolhedor e ficar mais atento às mudanças de comportamento. Sendo imprescindível uma troca constante de informações entre os cuidadores da residência terapêutica e a escola.”

Educadora 2 – “A escola teve uma experiência com a ressocialização de um morador de residência terapêutica e foi muito desafiadora, pois o estudante, inicialmente, teve grande dificuldade em se organizar no novo ambiente, mas toda a escola, em parceria com a equipe da residência, organizamos planos de ações para colaborar com a adaptação do estudante. Na escola foi solicitado um auxiliar para ajudar na execução das atividades.”

Educadora 3 – “[...] representantes da educação participarem da discussão, representante dos professores, isso eu penso que seria uma possibilidade de minimizar a dificuldade que é de qualquer pessoa, não só de pessoas egressas de hospital psiquiátrico, mas de qualquer adaptação das pessoas ao ambiente de socialização, principalmente a escola.”

As três verbalizações em destaque versam sobre a necessidade de diálogo e troca de conhecimentos para que haja a adaptação e ressocialização dessas pessoas. A primeira educadora fala sobre a importância de os profissionais da escola terem conhecimento sobre transtornos mentais, sobre cada caso e suas particularidades, assim como a necessidade de diálogo com os cuidadores das residências terapêuticas que ficam na referência de responsabilidade com esses estudantes.

A segunda educadora comenta sobre os desafios da sua experiência em que, diante das dificuldades com a inserção desse estudante, foi determinante a discussão de um plano de ações com a equipe da residência para que a adaptação ocorresse, além da solicitação de uma auxiliar de sala. A terceira educadora fala sobre a necessidade de criar momentos para discussão com representantes da escola, dos professores sobre as novas demandas que a escola recebe; isso favoreceria a minimização das dificuldades.

Assim, pode-se perceber uma convergência entre as educadoras sobre a importância de pensar na educação com a equipe de saúde, e ainda sinalizam experiências de êxito e dificuldades que podem favorecer novas inserções escolares de moradores de residência terapêutica, como profissionais da Educação ter conhecimento sobre transtornos mentais e especificidades dos casos que serão referência; troca de informações entre escola e cuidadores; organizar planos de ação em parceria com a equipe da residência; solicitar auxiliar de sala; estabelecer discussões com representantes das escolas e da saúde para discutir as dificuldades e adaptar esses estudantes antes de serem inseridos na escola.

TEMA 3: Aspectos facilitadores e desafiadores da educação para moradores de residência terapêutica



Diante das questões expostas, é possível dizer que algumas observações reforçam o bloco anterior, mas surgem novamente nos discursos quando questionados outros pontos. Portanto, as educadoras apresentam como desafios que alguns estudantes têm maior dificuldade de adaptação, e não conhecer a dinâmica familiar/egressa dificulta nesse processo, lembrando que a maioria dos moradores está nas residências por não terem vínculo familiar ou terem de forma muito fragilizada, e a residência e os outros moradores convivem em moradia, mas é uma

forma diferenciada e com mais comprometimentos e dificuldades por serem pessoas oriundas de hospital psiquiátrico, com sofrimento mental como foi observado anteriormente pelos profissionais da Saúde. Destacando, também, a necessidade de diálogo, planejamento e garantia de auxiliar de sala.

Com relação aos aspectos facilitadores, foi observado que, quando o estudante tem menos comprometimentos, é mais fácil a adaptação, também o diálogo com os cuidadores, e a parceria com a equipe de residência terapêutica facilita a inserção escolar. Em outro momento, as entrevistadas especificaram o diálogo com o cuidador como aquele contato cotidiano, antes e depois das aulas, por telefone, para trocar informações, como se fosse o responsável pelos estudantes. A terceira educadora expõe algumas questões que fazem refletir as discussões estabelecidas até o momento:

Educadora 3 – “Em resumo, eu devo dizer que é um projeto fantástico, é fantástico esse pensamento de uma das coisas na vida da pessoa ser a volta à escola, mas depende também de como foi a vida escolar dessa pessoa. O resultado deve ter a ver também, primeiramente, como eu já disse, com a questão do planejamento, da clareza de objetivos com relação ao papel da escola nesse acesso à educação por essas pessoas.”

Diante de tantas questões trazidas desde o perfil educacional dos cuidadores até seu posicionamento sobre a importância da educação, como as experiências das técnicas de referência ao desenvolver essa inclusão escolar, até nas educadoras com suas referências, foi possível perceber aspectos desafiadores, facilitadores, mas não houve negação da possibilidade de essas pessoas serem inseridas na escola. Existem várias contribuições acerca do que pode ser trabalhado para facilitar esse processo, em destaque o diálogo entre a saúde e a educação antes, durante e depois da inserção escolar. Essas seriam condições mínimas para a ressocialização por meio da educação ocorrendo de forma ideal.

Como se expressa a terceira professora no último trecho em destaque, corroborando outras observações anteriores, é um projeto fantástico, inovador pensar a inclusão educacional para pessoas que tiveram direitos negados por vários anos. As entrevistas indicam que esses moradores têm direito à educação e as escolas deveriam ter condições para que isso ocorra, o que envolve investimento e políticas públicas. “Ser responsável num país subdesenvolvido é saber que tudo repousa, definitivamente, na educação das massas, na elevação do pensamento, naquilo que se chama, rapidamente demais, de politização.” (FANON, 2005, p. 226). Enquanto para Freire (1996, p. 99): “Todo educador deve ter por certo o peso da responsabilidade que

carrega sobre os ombros. Por meio da educação os tão desvalorizados professores têm o poder de mudar o mundo sem usar uma arma, sem ferir a nenhuma vida.” Essas afirmações de Fanon (2005) e Freire (1996) ponderam a importância da educação e do educador para a sociedade e interações políticas para garantia de direitos, como foi exposto nas entrevistas e apontado nas discussões teóricas, principalmente diante desse público que está tendo garantia de direitos por leis exigidas pelo controle social.

Em suma, as educadoras pontuaram que a educação para moradores de residência terapêutica precisa ocorrer de forma ideal, com garantia de direitos e deveres por todas as partes envolvidas; sinalizam que é necessário pensar em algumas questões, como o planejamento, quais os objetivos que se pretende obter com essa inclusão, que isso seja discutido para que os envolvidos saibam por onde percorrer a fim de possibilitar essa inclusão escolar.

6.4 Objetivos e resultados: possibilidades de intersecção

A pesquisa desenvolveu-se baseada nos objetivos que se pretendia alcançar. Pensando neles, foram observados os critérios para as pessoas serem questionadas e entrevistadas, montados o questionário e o roteiro das entrevistas, e depois a análise dos dados. Entretanto, é importante considerar, neste momento, se o percurso desenvolvido na pesquisa, por meio dos dados obtidos, teve aproximação com os objetivos traçados, distanciamento ou surgimento de questões não identificadas *a priori*.

O objetivo geral da pesquisa pretendia verificar como o processo de ressocialização realizado pela Educação de Jovens e Adultos (EJA) do município do Recife tem ocorrido. Essa temática sobre a contribuição da educação para a ressocialização surgiu diversas vezes durante a análise dos dados. Podemos destacar que 100% dos cuidadores de residência terapêutica acham a educação importante ou muito importante para os moradores, e 67% acham que a escola auxilia na ressocialização, classificando como nota máxima esse quesito, além de as entrevistadas, tanto da Saúde como da Educação, citarem em momentos distintos o impulsionamento que a educação oferta para o processo de ressocialização, que sim, o processo educacional possibilita habilidades que favorecem a ressocialização.

Esse processo educativo tem contribuído para a ressocialização dos moradores por meio do que as entrevistadas trazem: a possibilidade de convívio social; frequentarem um local onde tem espaço para trocas e aprendizagem; aumento da autoestima; interação social intensa. Afinal, como diz Freire (1987, p. 79): “[...] ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo.”

Também é importante destacar que tanto as pessoas da área da Saúde como da área da Educação expõem que as contribuições poderiam ser maiores e mais adequadas se houvesse diálogos frequentes, diretrizes, capacitações e recursos que possibilitassem melhor o acesso à escola por essas pessoas. As discussões estão ocorrendo entre quem presta a assistência direta; não houve discussões mais amplas com a gestão central que favorecessem o acesso aos recursos físicos e humanos de que essa nova realidade escolar necessita, a exemplo da garantia do apoio de sala, pois existe uma moradora aguardando há dois anos por esse profissional, situação que enfatiza a necessidade de dialogar com os setores responsáveis.

O diálogo não é um produto histórico, é a própria ‘historicização’. É ele, pois, o movimento constitutivo da consciência que, abrindo-se para a infinitude, vence intencionalmente as fronteiras da finitude e, incessantemente, busca reencontrar-se a si mesmo num mundo que é comum; porque é comum esse mundo, buscar-se a si mesmo é comunicar-se com o outro. O isolamento não personaliza porque não socializa. Intersubjetivando-se mais, mais densidade subjetiva ganha o sujeito. (FREIRE, 1987, p. 16).

Diante das questões expostas, verifica-se que para o processo de ressocialização por meio da educação, que contempla o objetivo geral, ocorrer de forma ideal, existe a necessidade de dialogar, e o diálogo é possibilitador de socialização e estabelecimento de intersubjetividades. Contudo, outra questão trazida como contribuição pelos profissionais foi a possibilidade de haver capacitações, “é imprescindível que se priorizem o cumprimento de diretrizes e normas para a formação docente e que se construam políticas públicas voltadas à maior valorização dos profissionais do ensino” (VISINTAINER, 2018, p. 136). Visintainer (2018) corrobora com as entrevistadas ao pontuar a necessidade de normatização de formações e políticas públicas no campo da educação em saúde. Destacamos que as entrevistadas identificam essa necessidade tanto na educação como na saúde.

A promoção da saúde, assim como o desenvolvimento profissional docente são assuntos complexos, nos quais interferem diversas instâncias. Para dar conta de tantas tarefas que a escola assumiu nos últimos anos, os professores devem ser capazes de se organizar, instrumentalizar-se na busca de conhecimentos, ter autonomia nas suas ações e formações, trabalhar coletivamente, planejar e desenvolver ações interdisciplinares. Tais ações, por sua vez, devem ser orientadas à construção da autonomia e do conhecimento, devem permitir que os alunos lidem com questões e problemas da sua realidade, de forma a percebê-los na sua totalidade e se instrumentalizarem para agir sobre eles, para atuar por melhores condições e qualidade de vida e saúde. (VISINTAINER, 2018, p. 134-135).

Foi possível, portanto, verificar que tem ocorrido um processo de ressocialização por meio da educação, mas esse processo tem demandado recursos estruturais, intelectuais que não

estão disponíveis em sua totalidade. Visintainer (2018) salienta que, para dar conta das demandas que chegam à escola, é preciso que os professores se instrumentalizem, contudo, para tal, é necessária a normatização das formações pelo poder público.

Entre as especificidades dos objetivos, pretendia-se verificar como os profissionais da Saúde e da Educação percebem a adaptação dos moradores das residências terapêuticas ao sistema escolar público do município do Recife diante do histórico de sofrimento e exclusão vivenciado. Foi possível verificar que 81% dos cuidadores acham que a adaptação pode ser boa ou excelente, regular 15% e 4% ruim. As técnicas de referência relatam, entre outras questões, que, para a adaptação ocorrer bem, é preciso considerar a história desses moradores e as marcas que a institucionalização por longo período deixou. Para facilitar essa adaptação, é necessário manter o diálogo com a escola. Além de sentirem falta de conhecimento por parte da escola sobre psicopatologia e também não haver programas voltados à educação de pessoas com sofrimento mental.

Para as educadoras, algumas questões são semelhantes às que as técnicas expõem como a necessidade de diálogo frequente, mais conhecimento sobre “transtornos mentais”, prestar atenção às alterações no comportamento dos moradores para intervir, ajudar e criar um ambiente acolhedor. Consideram, entre outras coisas, que isso favorece a adaptação.

Identificar os processos/procedimentos de ensino e aprendizagem relativos às intervenções com as pessoas em sofrimento psíquico, na perspectiva da inclusão social, foi um dos objetivos específicos. Consideramos que os processos de ensino e aprendizagem que se realizam não surgiram especificamente, mas houve citações da importância disso para a vida dos moradores. Sobre quanto é importante esse processo de ensino e aprendizagem, 81% dos cuidadores responderam ser bom ou excelente para os moradores enquanto 17% acham regular e 2% ruim. As respostas das técnicas e das professoras sobre esse tema foram semelhantes, elas destacaram a possibilidade de adquirir conhecimento, aprendizagem, acesso à educação formal, o desenvolvimento de habilidades e potencialidades, e a instrumentalização como o uso de lápis e caderno. Conforme citado, não aparece especificadamente o que se ensina e o que se aprende, surge mais a importância dos aspectos que esse processo pode provocar.

Descrever as possíveis contribuições das relações sociais vivenciadas na escola, diante do processo de ressocialização das pessoas em sofrimento psíquico, foi o último objetivo apresentado para esta pesquisa, e na análise foi possível perceber várias contribuições. Para destacar, apresentamos algumas aqui: responderam 83% dos cuidadores que há possibilidade de contribuição social; talvez possa haver contribuições para 15%, e 2% acham que não ocorreria. As técnicas de residência observam que há modificação da relação dos moradores

com a sociedade, ampliação das relações sociais e o sentimento de pertencimento à sociedade. As professoras destacam a retomada desse convívio social, a intensificação do convívio com pessoas diferentes das que moram com elas e a diminuição dos estigmas que podem ocorrer por serem pessoas com sofrimento mental egressas de hospital psiquiátrico.

Sendo assim, foi possível estabelecer relações dos objetivos com os resultados. Existem mais contemplações relacionadas com os objetivos traçados durante todo o percurso da obtenção e análise dos dados, mas nesse momento a proposta foi fazer esse diálogo para concretamente destacar momentos em que os dados analisados corroboravam os objetivos. Salientamos que, na frequência de coocorrência temática, destacam-se, também, ausências, e durante as análises e discussões, sentiu-se a ausência do protagonismo do morador.

Entretanto, percebem-se muitas discussões sobre o que os profissionais estão fazendo ou devem fazer para que essas pessoas estudem de forma adequada, mas não ficou perceptível como o morador vem contribuindo nesse processo. Espera-se que apareça mais sobre os profissionais, na pesquisa, visto que foram eles os indagados. Contudo, foi apontada a necessidade de ressocialização e autonomia dos moradores, levando a crer que ainda não existe um processo de iniciativa consolidado por parte deles, tanto que é demandado da educação que auxiliem nesse processo. Sendo assim, a falta desse protagonismo nas questões trazidas é sentida, mas é possível compreender por que isso ocorre. E reforça, ainda, a necessidade do estabelecimento dos processos de educação em saúde.

A educação em saúde, por si só, não tem como arcar com a responsabilidade de promover a saúde, pois para se ter saúde não basta a resolução de problemas biológicos. É necessário que haja integração de ações intersetoriais, tentando solucionar as necessidades sociais, econômicas, políticas, culturais e religiosas, visto que todos esses setores interferem na saúde das pessoas. (RUIZ; LIMA; MACHADO, 2004, p. 191).

Em suma, como expõem Ruiz, Lima e Machado (2004), a educação em saúde necessita de parcerias para que ocorra de forma adequada. Diante das questões trazidas nesta discussão, em cada objetivo, percebia-se a importância dessa integração intersetorial; desde os fatores necessários para a ressocialização, como para a adaptação, incluindo os recursos necessários para a relação de ensino e aprendizagem, até o estabelecimento de relações sociais. Então, os objetivos receberam respostas que apontam para uma relação de interdependência dos aspectos que envolvem a educação das pessoas com sofrimento mental moradores de residência terapêutica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, podemos dizer que houve um longo e sofrido percurso, um holocausto de danos irreparáveis na vida de milhões de pessoas acometidas por sofrimento mental, mas, por meio da mobilização social, foram criadas leis, normas e diretrizes que levaram essas pessoas a conseguir a liberdade e ao incentivo à readaptação psicossocial desses sujeitos. Para tanto, a escola é um dispositivo fundamental, que vem acolhendo essas pessoas. Contudo, há necessidade de acompanhar como esse processo educativo na Educação de Jovens e Adultos do município do Recife vem realizando-se, quais são os desafios e as possibilidades de inclusão das pessoas com sofrimento mental. Foram questionamentos em torno dessas temáticas que fizeram surgir a necessidade de pesquisar, colher dados, investigar e obter informações relevantes que possam favorecer a compreensão desse novo fenômeno, assim como destacar suas contribuições e necessidades para que ocorra de forma ideal.

Diante desses fatores, é possível dizer que tem surgido um processo de educação em saúde; e nas escolas municipais do Recife, na modalidade da educação de jovens e adultos, estão estudando ou tentando estudar moradores de residência terapêutica. Para os profissionais que trabalham estimulando que esse acesso à escola se realize, existem muitas considerações significativas que merecem destaque, como a contribuição da educação para ressocialização dos moradores por meio da reabilitação pelo convívio social intenso, por possibilitar espaços de trocas, por ampliar as relações sociais, por favorecer o sentimento de pertencimento social entre outros.

Sendo assim, pode-se considerar que a busca por acesso escolar ocorreu por iniciativa dos profissionais da saúde e os moradores, demanda que foi acolhida nas escolas pelos profissionais da educação. Contudo, uma ação de educação em saúde como vimos antes. Porém, ao desenvolver essa ação, os profissionais da Educação e da Saúde não informaram se estão desenvolvendo ações com premissas nas diretrizes que versam sobre a educação em saúde. As ações foram desenvolvendo-se como práticas inerentes ao trabalho dessas pessoas, sem ser feito esse recorte. Assim como, sem pactuações efetivas entre as gestões ou políticas, foram ações pontuais e de iniciativas dessas pessoas, não foram percebidos nos dados coletados a participação ativa dos gestores ou contribuições das políticas da educação ou da saúde para que esse acesso à educação ocorresse, as ações foram desenvolvendo-se, os profissionais foram atuando e o acesso à escola ocorreu.

Nesse contexto, é possível destacar um dos desafios que foram percebidos no desenvolver da pesquisa. Percebe-se que, tanto a saúde como a educação, solicitam espaços de

discussão, espaços de abrangência e com a gestão central para o desenvolvimento de pactuações e políticas públicas voltadas para a inserção escolar de pessoas com sofrimento mental. As discussões que estão ocorrendo atualmente são pontuais e em termos dos trabalhadores da ponta, ou seja, trabalhadores envolvidos com aquelas pessoas que estão no processo de inserção escolar. Nessas discussões pontuais já houve avanços e contribuições que levaram à possibilidade de adaptação dos moradores, como vimos na análise, precisando ser validadas e amparadas pelas outras esferas e níveis responsáveis pela saúde e pela educação no município.

Entretanto, as ações que esses trabalhadores desenvolveram são efetivas, desencadearam a promoção da educação, da melhoria da qualidade de vida, possibilitaram o estímulo à autonomia e à criticidade por meio da integração e articulação dos trabalhadores, o que constitui a prática da educação em saúde e auxiliam no processo de ressocialização dos moradores das residências terapêuticas.

Na pesquisa, os trabalhadores apresentaram questões relacionadas com a adaptação das pessoas acometidas por sofrimento mental à escola, com o processo de ensino e aprendizagem e as relações sociais estabelecidas. Essas temáticas foram contempladas destacando as possibilidades e potencialidades que essas esferas favorecem. Vimos que é possível haver adaptação, os moradores estão estudando e desenvolvendo-se no ambiente escolar, com exceção de moradores que apresentam muitos comprometimentos ou sequelas impossibilitando esse acesso, ou por dificuldade específica deles ou pela falta de instrutora/auxiliar de sala para acompanhar essas pessoas. Ao mesmo tempo que o processo de ensino e aprendizagem recebeu destaque por ter sido considerado importante e capaz de habilitar essas pessoas para a vida social. Apesar de não ser possível perceber especificamente como ocorre esse processo, ele foi abordado pelas pessoas entrevistadas de forma geral, sem caracterizá-lo.

Um dos fatos mais frequentes na pesquisa, tanto nos questionários com os cuidadores quanto nas entrevistas com as técnicas de referência e as educadoras, foram as questões relativas às relações sociais. Destacaram como a educação e o acesso à escola têm favorecido a retomada e ampliação do convívio social e a importância desse fenômeno na vida de pessoas que viveram anos em aprisionamento e atualmente estão circulando e se relacionando nas comunidades.

Salientam-se, ainda, algumas sugestões e contribuições importantes que foram identificadas, como a necessidade de os profissionais da educação terem conhecimento sobre transtornos mentais e especificidades dos casos que serão referência; troca de informações entre escola e cuidadores; organização de planos de ação em parceria com a equipe da residência; solicitação de auxiliar de sala; estabelecimento de discussões com representantes das escolas e

da saúde para debater as dificuldades e adaptação desses estudantes antes de serem inseridos na escola.

Os pontos apresentados podem servir para impulsionar direcionamentos de novas intervenções quando surgirem novas demandas escolares e para a melhoria das que já estão em curso. É importante salientar que, sobre a necessidade de diálogo, houve convergência com relação a todos os públicos que participaram da pesquisa, a frequência temática surgiu nos trabalhadores da Saúde e da Educação; além de destacarem que o diálogo e a troca de informações podem favorecer a minimização de preconceitos e estigmas que dificultam a inserção escolar.

Entretanto, desde o título, as siglas, as referências e os debates realizados nesta pesquisa, é possível perceber que há uma mobilidade em que, em alguns momentos, surgem aspectos sobre a educação e em outros sobre a saúde, e a pesquisa pulsa a necessidade de que esse diálogo não seja móvel, partindo de um lado para outro. As discussões mostram a necessidade de haver intersecções planejadas e visando pactuações e políticas públicas voltadas para essa maneira de educação em saúde, em que pessoas com sofrimento mental tenham garantias de acesso à educação, e as escolas e seus profissionais possam estar preparados para receber esses estudantes com perfil diferenciado, que viveram anos de aprisionamento.

Contudo, também foi possível perceber com o desenvolvimento desta pesquisa a identificação de uma minoria excluída, que foi internada nos hospitais psiquiátricos por serem consideradas desafetos da sociedade, pessoas negras, alcoolistas, pedintes, mulheres que precisavam ser silenciadas, pessoas da comunidade LGBTQIA+, entre outras pessoas que causavam incômodo social. Sendo assim, apenas no hospital psiquiátrico de Barbacena, como citado na discussão teórica, 70% das pessoas internadas não tinham diagnóstico de doença mental. A internação servia como uma forma de interdição que causava sofrimento, com maus-tratos, aprisionamento, adoecimento e morte.

Portanto, esse era o perfil das pessoas que estavam aprisionadas nos hospitais psiquiátricos, e a partir de 2001, com a criação de Leis e Programas, apresentados anteriormente nesta pesquisa, puderam receber novas formas de tratamento e cuidado em liberdade.

Todavia, a Política Nacional de Saúde Mental foi amplamente impulsionada de forma antimanicomial entre os anos de 2001 até 2016, como mostram as Leis, financiamentos, políticas e direcionamentos de atuação em prol do tratamento em liberdade. Após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, a Política de Saúde Mental começou a ser desmontada. O presidente Temer e o atual presidente Bolsonaro iniciaram projetos que não condizem com as propostas da luta antimanicomial e com a reforma psiquiátrica. As

informações apresentadas a seguir sobre o “desmonte” podem ser encontradas nos principais meios de comunicação; para esta discussão, baseamo-nos no artigo *Em defesa do cuidado em liberdade: a luta antimanicomial* de Santos e Giuntini (2020).

A saúde mental no Brasil enfrentou diversos momentos de tensionamento, como foi exposto nesta pesquisa, inclusive a Lei n.º 10.216/2001 foi um projeto iniciado em 1989, mais de uma década para ser aprovado. Foram muitas lutas e mobilizações que ganharam força desde 1970, com algumas conquistas e mudanças consideráveis após essa Lei, que modificou o modelo, tirando a centralização nos hospitais psiquiátricos e possibilitando o modelo psicossocial, com os CAPS, as RT, em território e em rede.

Não obstante, desde 2016, após o conturbado *impeachment* de Dilma Rousseff, que é questionado quanto à sua legalidade por diversas entidades e órgãos nacionais e internacionais, os movimentos da luta antimanicomial, trabalhadores, conselhos e órgãos de diversas profissões têm identificado e feito resistência ao que chamam de “desmonte da política de saúde mental”. Informações veiculadas nos principais meios de comunicações, em notas de repúdio de diversas instituições, versam sobre propostas que impedem o desenvolvimento das políticas antimanicomiais como o congelamento por 20 anos dos investimentos na seguridade social, que atinge várias normativas da saúde mental, que ocorreu no governo Temer.

Bem como, em 2019 houve o desfinanciamento de cerca de R\$ 20 bilhões no SUS que impactou a RAPS, por iniciativa do governo Bolsonaro, que tem estimulado e financiado internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas que utilizam o modelo de internamento e isolamento fora do território. Além de estagnar a implementação de serviços territoriais. Projetos que não compartilham das propostas apresentadas nesta pesquisa que possibilitaram o tratamento em liberdade e o acesso à educação.

No início do mês de dezembro de 2020, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para revisão da RAPS, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTS) e as propostas foram apresentadas na reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), no dia 3 de dezembro de 2020. Tais propostas foram elaboradas por entidades majoritariamente médico-conservador e religiosa. O documento com 34 páginas diverge das diretrizes da Lei n.º 10.216/2001; ele propõe revogar mais de 100 normativas de 1991 a 2014, de maneira incompatível com o modelo psicossocial e antimanicomial. Revogações que atingem programas como o Consultório na Rua (CnaR) e as Unidades de acolhimento (UA). Além de programas que embasam esta pesquisa como as RT e o Programa de Volta pra Casa (PVC), colocando essas pautas na assistência social, e não na saúde.

Como resistência, foi criada a Frente Ampliada em Defesa da saúde mental, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial. Articulação de trabalhadores da RAPS, usuários, pesquisadores, estudantes, docentes, familiares, gestores, conselheiros em todo o Brasil. É estarrecedor para pessoas como nós, estudantes, pesquisadores, trabalhadores da RAPS, vivenciar o desmonte de políticas que levaram mais de 50 anos para serem conquistadas e envolveram muitas lutas e dedicação dos ancestrais.

Em suma, considerando todas as etapas desta pesquisa, pode-se dizer que desenvolvê-la, em um contexto de Pandemia da covid-19, de “desmonte da política de saúde mental”, envolvendo setores extremamente prejudicados por esses fatores, que são a educação e a saúde, foi um grande desafio e um processo de resistência, visto que os dados apresentados nesta pesquisa desde as informações teóricas, até os dados coletados nas entrevistas e questionários versam sobre as possibilidades e desafios da educação e da saúde mental, assim como avanços e conquistas. Mostram que o modelo psicossocial e antimanicomial estava favorecendo a ressocialização de pessoas que vivenciaram modelos voltados ao isolamento como os hospitais psiquiátricos, que promoveram sofrimento e mortes. Nesse sentido, esta pesquisa traz informações contrárias aos modelos defendidos após 2016, que congelaram os investimentos na RAPS e financiam a volta do modelo asilar, como as internações em hospitais psiquiátricos.

REFERÊNCIAS

- ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, dez. 2006. ISSN 1414-3283.
- ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/tdj4g/pdf/alves-9788575412763.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, Maria L'Amour B. de; MAÇAIRA, Élia de F. L.; SOUZA, Kátia M. de. **Política de ensino: educação de jovens e adultos**. Recife: Secretaria de Educação, 2015. (Política de Ensino da Rede Municipal do Recife, v. 5).
- BASAGLIA, Franco. **Hospital de Pedro II: da construção à desconstrução**. 2014. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/origens1.php>. Acesso em: 19 fev. 2019.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. In: ROSAS, Paulo (org.). **Paulo Freire: educação e transformação social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2002.
- BRANDÃO JÚNIOR, Pedro Moacyr Chagas; CANAVÉZ, Fernanda; RAMOS, Patrício Lemos. Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 699-709, set. 2017. ISSN 1414-3283.
- BRASIL. Parecer CNE/CEB n.º 11, aprovado em 10 de maio de 2000. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação de Jovens e Adultos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 jul. 2000.
- BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 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**: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação em saúde**. Secretaria do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: MS; Secretaria Executiva, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 19 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O Programa de Volta para Casa**. 5 jul. 2017. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/programa.html>. Acesso em: 18 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde nas Escolas**. 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>. Acesso em: 1.º nov. 2020.

CÂMARA, Ana Maria C. Sette; MELO, Vinicius Lins Costa; GOMES, Maria Gabriela Pimentel. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 40-50, 2012.

CARRASCO, Bruno. Navio dos loucos: stultifera navis. **Ex-isto**, 2020. Disponível em: <https://www.ex-isto.com/2020/01/navio-dos-loucos.html>. Acesso em: 21 set. 2020.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994a.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994b.

EMERICH, Bruno Ferrari; CAMPOS, Rosana Onocko; PASSOS, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-696, dez. 2014.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Tradução de Enilce Albergaria Rocha e Lucy Magalhães. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2005. (Coleção Cultura, v. 2).

FARIAS, Isabela Silveira; CAMPOS, Denise Teles Freire. Representações sociais do aluno com transtorno mental e sua inclusão na escola: a visão de professores do ensino fundamental. **Revista de Educação e Cultura Contemporânea**, v. 14, n. 35, 2017.

FARIAS, Pablo Antonio Maia de; MARTIN, Ana Luiza de Aguiar Rocha; CRISTO, Cinthia Sampaio. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 1, p. 143-150, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/MARIAP~1/AppData/Local/Temp/RevistaBrasileiradeeducacoomdica.pdf>. Acesso em: 1.º nov. 2020.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva *et al.* Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, jun. 2017. ISSN 1414-3283

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FRIEDRICH, Márcia; BENITE, Anna Maria Canavarro. **Educação de jovens e adultos, caracterizando o perfil do egresso do Projovem**: uma experiência na formação de professores em educação em ciências e matemática. 2008. Disponível em: http://www2.rc.unesp.br/eventos/matematica/ebiapem2008/upload/216-1-A-gt12_friedrich_ta.pdf. Acesso em: 16 fev. 2019.

FRIEDRICH, Márcia *et al.* Trajetória da escolarização de jovens e adultos no Brasil: de plataformas de governo a propostas pedagógicas esvaziadas. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 389-410, abr./jun. 2010.

FURTADO, Cintia. A história da loucura, os loucos do século XIX e a evolução da psiquiatria. **Melkberg**, 21 set. 2018. Disponível em: <https://melkberg.com/2018/09/21/historia-da-loucura-loucos-do-seculo-xix-evolucao-da-psiquiatria/>. Acesso em: 21 set. 2020.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n.1, p.151-161, jan./abr. 2007.

HOSPITAL Psiquiátrico Alberto Maia fecha as portas. 30 dez. 2010. Disponível em: <http://www.rauljungmann.com.br/hospital-psiquiatrico-alberto-maia-fecha-as-portas/>. Acesso em: 19 fev. 2019.

INOMATA, Danielly Oliveira *et al.* Mapeamento de conhecimento: identificação de palavras através da coocorrência. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 13, n.º 2, p. 279-297, 2015.

JORGE, Juliana David. **A construção da associação livre na obra de Freud**. Orientadora: Jacqueline de Oliveira Moreira. 2007. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 35-86. Disponível em: <http://www.grupodec.net.br/wp-content/uploads/2015/10/TecnologiasdoEuEducacaoLarrossa.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

MAÇAIRA, Élia de Fátima Lopes; BARROS, Jacira Maria L'Amour Barreto de; SOUZA, Katia Marcelina de. **Política de ensino**: educação de jovens e adultos. Recife: Secretaria de Educação, 2015. parte 2. (Política de Ensino da Rede Municipal do Recife).

MAGALHÃES, Mirella Rocha. O fechamento do Hospital Alberto Maia: novas políticas em relação aos doentes mentais no estado de Pernambuco. In: COLÓQUIO DE HISTÓRIA, 6., 2013, Recife. **Anais eletrônicos [...]**. Recife: Unicap, 2013. p. 221-228. Disponível em: <http://www.unicap.br/coloquiodehistoria/wp-content/uploads/2013/11/6Col-p.221-228.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

MEDEIROS, Tácito. Psiquiatria e Nordeste: um olhar sobre a história. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 3, set. 1999.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de C. P.; GALVÃO, Maria Cristina. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, out./dez. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência social sob a perspectiva de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Metodologia de pesquisa social e em saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. cap. 2, p. 39-53.

MOHR, Adriana; VENTURI, Tiago. Fundamentos e objetivos da educação em saúde na escola: contribuições do conceito de alfabetização científica. In: CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE INVESTIGACIÓN EN DIDÁCTICA DE LAS CIENCIAS, 9., 2013, Girona. **Anales** Girona, Espanha, 2013. p. 2348-2352. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/38988588.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

RECIFE. Prefeitura. **Lei n.º 15.619/92**, de 22 de abril de 1992. Reajusta os vencimentos e proventos dos servidores públicos da administração direta, autárquica e fundacional e dá outras providências. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/lei-ordinaria/1992/1561/15619/lei-ordinaria-n-15619-1992-reajusta-os-vencimentos-e-proventos-dos-servidores-publicos-da-administracao-direta-autarquica-e-fundacional-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 20 fev. 2020.

RECIFE. Prefeitura. **Lei n.º 16.232/96**, de 2 de agosto de 1996. Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental e regulamenta a internação psiquiátrica involuntária. Recife: Câmara Municipal de Recife, 1996. Disponível em: <https://cm-recife.jusbrasil.com.br/legislacao/266952/lei-16232-96?ref=feed>. Acesso em: 9 mar. 2019.

RECIFE. Prefeitura. **Lei Ordinária n.º 17.400/2007**. Cria cargos efetivos no âmbito da administração direta do município. Recife: Câmara Municipal de Recife, 2007.

RECIFE. Prefeitura. Secretaria de Educação. **Prefeitura do Recife abre 410 vagas para alfabetização de jovens e adultos**. 15 ago. 2017. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/15/08/2017/prefeitura-do-recife-abre-410-vagas-para-alfabetizacao-de-jovens-e-adultos>. Acesso em: 16 fev. 2020.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 15-73.

RUIZ, Vanessa Romeiro; LIMA, Alessandra Ribeiro; MACHADO, Ana Lúcia. Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 190-196, jun. 2004.

SANTOS, Marcos Roberto Paixão; NUNES, Mônica de Oliveira. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 715-726, set. 2011.

SANTOS, Priscilla Paiva Gê Vilella dos; GIUNTINI, Marina Bistriche. Em defesa do cuidado em liberdade: a luta antimanicomial. **Justificando**, 14 dez. 2020. Disponível em: . Acesso em: 19 dez. 2020.

SEMIS, Laís. Evasão: censo escolar revela “fracasso da escola”. **Iede**, 31 jan. 2018. Disponível em: <https://www.portaliiede.com.br/nova-escola-evacao-censo-escolar-revela-fracasso-da-escola>. Acesso em: 30 maio 2020.

SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 1994.

SIMÕES, Renata Duarte. Evasão e permanência na educação de jovens e adultos: o papel da escola nesses processos. **Pensar a Educação em Pauta**, 6 out. 2017. Disponível em: <https://pensaraeducacao.com.br/pensaraeducacaoempauta/evacao-e-permanencia-na-educacao-de-jovens-e-adultos-o-papel-da-escola-nesses-processos/>. Acesso em: 25 fev. 2020.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.x74978.pdf. Acesso em: 1.º nov. 2020.

TOKARNIA, Mariana. Analfabetismo cai, mas Brasil ainda tem 11 milhões sem ler e escrever. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 15 jul. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2020-07/taxa-cai-levemente-mas-brasil-ainda-tem-11-milhoes-de-analfabetos>. Acesso em: 25 fev. 2020.

VENTURINI, Ernesto. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Tradução de Nilson Moulin. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

VISINTAINER, Daniela Sastre Rossi. **Oficinas pedagógicas como estratégia para a promoção da saúde na formação docente continuada**. Orientador: Félix Alexandre Antunes Soares. 2018. 159 f. Tese (Doutorado em Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15073/TES_PPGE_2018_VISINTAINER_DANIELA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 2 nov. 2020.

VISINTAINER, Daniela Sastre Rossi; SOARES, Félix Alexandre Antunes. O desenvolvimento de estratégias de ensino para a promoção da saúde na formação docente continuada. **Contexto & Educação**, Ijuí, v. 34, n. 109, p. 52-73, set./dez. 2019. Disponível em: file:///C:/Users/MARIAP~1/AppData/Local/Temp/8615-Texto%20do%20artigo-40709-1-10-20190830.pdf. Acesso em: 25 fev. 2020.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Questão-chave:

- Como o entrevistado percebe a contribuição da educação de jovens e adultos para ressocialização das pessoas com doenças mentais?

Temas importantes:

- Qual a compreensão sobre a adaptação dessas pessoas ao sistema escolar na perspectiva da ressocialização?
- De que forma identifica o processo de ensino e aprendizagem e suas contribuições para a reinserção social?
- Como caracteriza as relações sociais estabelecidas na escola e na comunidade a partir da inclusão escolar?
- Percebe-se nesse processo aspectos relacionados com a cultura, o esporte e lazer que auxiliem a ressocialização?

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

MODELO DE QUESTIONÁRIO

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____ Idade: _____

Identidade sexual: _____ Estado civil: _____

Grau de escolaridade/formação: _____

Quanto tempo trabalha na função atual: _____

Autoriza o uso das informações: Sim ____ Não _____

- 1) Como você avalia a importância da educação escolar para a vida das pessoas no Brasil?

☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante

- 2) Como você avalia a importância da educação escolar para pessoas com sofrimento mental?

☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante

- 3) Como você avalia a importância da educação escolar para uma pessoa com sofrimento mental morador de residência terapêutica?

☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante

- 4) Como a modalidade da educação de jovens e adultos pode contribuir para a educação de uma pessoa com sofrimento mental?

☐ Muito pouco ☐ Pouco ☐ Regular ☐ Muito

- 5) Como você avalia ser possível a adaptação dos moradores de residência terapêutica à escola?

☐ Péssima ☐ Ruim ☐ Regular ☐ Boa ☐ Excelente

- 6) Como você identifica ser possível um processo de ensino e aprendizagem para os moradores de residência terapêutica?

☐ Péssimo ☐ Ruim ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente

- 7) Você acha possível que o acesso à escola modifique a relação do morador de residência terapêutica com a sociedade?

☐ Não ☐ Talvez ☐ Sim

- 8) Como você avalia que frequentar a escola auxilia a ressocialização dos moradores de residência terapêutica? (Pontuando de 1 a 5, em que 1 auxilia pouquíssimo a ressocialização e 5 auxilia muito a ressocialização)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

- 9) Como você avalia o incentivo por parte da escola para que pessoas com sofrimento mental estudem?

☐ Péssimo ☐ Ruim ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente

- 10) Como você avalia o incentivo por parte das unidades de cuidado com a saúde mental para que pessoas com sofrimento mental estudem?

☐ Péssimo ☐ Ruim ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente

- 11) Você deseja fazer algum comentário acerca das questões abordadas neste questionário?
