

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

TAMMYA TERCIA OLIVEIRA RIBEIRO DA SILVA

RE-HABITAR A CIDADE:

**Estudo de caso de uma residência terapêutica mista na cidade de
São Paulo, como dispositivo promotor de cidadania.**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO
2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

TAMMYA TERCIA OLIVEIRA RIBEIRO DA SILVA

RE-HABITAR A CIDADE:

**Estudo de caso de uma residência terapêutica mista na cidade de
São Paulo, como dispositivo promotor de cidadania.**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica-Hospitalar, Psicossomática, sob a orientação da Profa. Doutora Edna Peters Kahhale.

SÃO PAULO
2011

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta Dissertação de Mestrado.

-----/-----/-----

SILVA, T. T. O. R.

RE-HABITAR A CIDADE: Estudo de caso de uma residência terapêutica mista na cidade de São Paulo, como dispositivo promotor de cidadania.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.113 p.

Dissertação de Mestrado

1. Reforma Psiquiátrica 2.Serviço Residencial Terapêutico 3.Reinserção Social

A Residência Terapêutica, em comunidade, subverte os valores do hospício e revela o paciente como um cidadão com direitos de morar, ter bens, de decidir o que antes lhe era imposto. (OLIVEIRA, 2009, p. 90)

Agradecimentos

A Deus e a Nossa Senhora, que em todos os momentos estiveram ao meu lado, trabalhando silenciosamente.

Aos meus pais Mirtes e Talmy, e ao meu irmão Junior, pelo amor e dedicação incondicional, abrindo mão da minha presença, em prol do meu futuro. À minha avó Antonia, estímulo em minha pesquisa, por toda educação ensinada, e pelo abraço aconchegante em cada chegada.

À minha orientadora Dra. Edna Kahhale, pelo rico aprendizado, durante a orientação do presente trabalho e também pelo apoio, companhia, respeito e carinho ao longo desses anos de convivência.

À Ricardo Matias, Laysa Lira, Lanne e Raissa, que me propuseram apoio familiar, incentivo e companhia, nos momentos mais difíceis, na minha adaptação a São Paulo.

Às colegas de trabalho: Da. Juraci, e Da. Irene, que durante um ano de residência terapêutica, foram mais que companheiras de trabalho, dedicadas, carinhosas, me apoiando e estando sempre ao meu lado.

Às colegas de trabalho do NASF: Silvia Fischino, Paula, Cristiane, Renata, Silvia, Kelly, Miguel, pelo carinho, compreensão, incentivando-me, por meio de pensamentos positivos.

À todos os amigos que adquiri durante esses três anos de dedicação ao mestrado: Roberto, Vivian, Emanuel, Fábrica, Luciana, Lilian, Fabiana, Luiza, e Patrícia que, que acompanharam cada etapa, cada angústia e vitória desse trabalho.

À meus amigos de uma vida: Michael, Luanna, Larissa, Danielle, Cys, que sempre acreditaram em mim, independente da distância, me reerguendo quando cansada dessa caminhada, através da certeza que poderia contar com uma palavra de apoio, carinho, sempre de cada um de vocês.

Aos amigos do Carnavio 2011: Daiana, Leandro, Marcelo...que em reta final da pesquisa me impulsionaram gás, para chegar até o fim! “estava escrito”

À todos do Núcleo de Psicologia Hospitalar/ Psicossomática da PUC-SP.

E, por fim, a todos os moradores da Residência Terapêutica, que se dispuseram a compartilhar comigo suas alegrias, angústias, medos e esperanças. A todos minha eterna gratidão e respeito. O contato com vocês me fez acreditar na força do ser humano em superar obstáculos. Com suas histórias, eu aprendi um pouco mais sobre o significado da palavra Esperança.

RESUMO

SILVA, T. T. O. R. RE-HABITAR A CIDADE: Estudo de caso de uma residência terapêutica mista na cidade de São Paulo, como dispositivo promotor de cidadania. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.113 p. Dissertação de Mestrado.

A transferência dos cuidados nos hospitais psiquiátricos para o cuidado na comunidade, das pessoas acometidas por transtornos mentais é a proposta da atual Reforma Psiquiátrica. Manter essas pessoas que sofrem de transtornos mentais institucionalizadas é retirar delas o direito a constituição da sua subjetividade. Dentre dos dispositivos de cuidado na comunidade, temos os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que são moradias assistidas para até no máximo oito pessoas egressas de hospital psiquiátrico que passaram por longo período de internação, visando à reconstrução da identidade dessas pessoas. **Objetivo:** analisar o processo de autonomia e dependência promovidos pelo dispositivo SRT em um ano de implementação deste serviço. **Método:** pesquisa qualitativa, com observação participante. Utilizou-se dos seguintes instrumentos para descrição da implementação da residência mista: consulta ao livro-ata, caderno de anotações da pesquisadora, à observação direta na residência, entrevista com usuários, acompanhantes comunitários e coordenadora. **Resultados:** a partir da análise dos dados coletados pode-se retirar três grandes categorias de autonomia e dependência das pessoas que passaram por um longo período de institucionalização, que precisam ser investida em ações reabilitadoras: *Auto-Conceito, Relações Afetivas, e Inserção Social*. Onde a análise dessas categorias possibilitou verificarmos que os usuários do SRT, apresentaram melhora na autonomia, na interação social, no nível global do funcionamento e na qualidade de vida. A desinstitucionalização implica a existência de novos serviços comunitários, que requer a presença de profissionais qualificados e programas de reabilitação efetivos. **Conclusão:** Apesar das dificuldades na sua implementação o SRT, tem um importante papel no processo de ressignificação afetiva, reinserção social, onde os usuários são capazes de estabelecer trocas com a comunidade e de realizar atividades sociais que sugere conquista de autonomia. Verificou-se assim, a importância de se pensar em estratégias de intervenções que possibilitem a essas

peçoas um ganho maior de autonomia, onde possam ressignificar o cotidiano, conforme as proposições do movimento de Reforma Psiquiátrica.

Palavras - chave: Reforma Psiquiátrica, Serviço Residencial Terapêutico, Reinserção Social, Autonomia e Dependência.

ABSTRACT

SILVA, T. T. O. R.

RE-HABITAR A CIDADE: Case study of a mixed residential service in Sao Paulo, as a device to promote its citizens. SP: 2011. Dissertação de Mestrado. Pontifical University Catholic of São Paulo. PUC-SP.

The transfer of psychiatric hospitals care to community care of people affected by mental disorders is the current proposal from Psychiatric Reform. To keep those people suffering from mental disorders institutionalized is to withdraw of their constitution's right of its subjectivity. Among the devices of care in the community, we have the Therapeutic Residential Services (TRS), homes that provides care for a maximum of eight people recent grads from psychiatric hospitals, who were under long hospitalization, aiming the reconstruction of their identity. **Objective:** To analyze the autonomy and dependency process promoted by the TRS device in a year of its implementation. **Method:** it is a qualitative research with participant observation. We used the following tools to describe the implementation of the joint residence: the books ATA, the researcher's notebook, the direct observation in the residence and interviews with users, community caregivers and coordinator. **Results:** From the data analysis we took three broad categories of autonomy and dependency of people who were under a long period of institutionalization, which must be invested in rehabilitative stocks: Self-Concept, Affective Relations, and Social Integration. These categories analysis allowed verifying that the TRS users showed improvement in autonomy, social interaction, global functioning and quality of life. The deinstitutionalization implies the existence of new community services, which requires the presence of qualified professionals and effective rehabilitation programs. **Conclusion:** Despite of the difficulties for the TRS implementing, it has an important role in the process of emotional reframing and social reintegration, where users are able to establish community exchanges and to conduct social activities suggesting autonomy acquisition. We verify then the importance of considering intervention strategies that enable these people gain a greater autonomy, where they can reframe the everyday, as the propositions of the Psychiatric Reform Movement.

Keywords: Psychiatric Reform, Therapeutic Residential Services, Social Welfare, Autonomy and Dependency.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO 1: REVISÃO DE LITERATURA	
1.1- Da exclusão ao direito de cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais.....	15
1.2- Dos Manicômios as SRT(s).....	21
1.3- A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial.....	23
1.4- Serviço Residencial Terapêutico – SRT(s).....	31
1.5- Serviço residencial terapêutico como possibilidade de autonomia: intervenções e programas de reabilitação.....	36
• 1.5.1- Sobre a autonomia.....	36
• 1.5.2 – Reabilitação psicossocial.....	38
• 1.5.3- Cuidador na saúde mental.....	40
CAPÍTULO 2: OBJETIVOS	
2.1 Geral.....	43
2.2 Específicos.....	43
CAPÍTULO 3: METODOLOGIA	
3.1- Metodologia.....	44
3.2- Local de Estudo	46
3.3- Participantes.....	45
3.5.1 - Descrição dos Instrumentos.....	47
1- Entrevistas.....	47
2-Diário de Campo.....	49
3- Observação Etnográfica.....	49
4- Livro Ata.....	50
5- Procedimentos	50
I - Cuidados Éticos.....	50
II- Coleta de Dados.....	52

CAPÍTULO 4: LOCUS DO TRABALHO DE CAMPO

4.1.1- Caracterização do local onde foi desenvolvido o trabalho.....	53
4.1.2- Caracterização da população e rotina institucional.....	54
4.1.3 – Normas para funcionamento do SRT.....	59

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

5.1- Análise de autonomia e dependência da SRT.....	65
---	----

CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....90

CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....96

BIBLIOGRAFIA.....100

ANEXOS.....106

ANEXO 1 - Termos de Consentimentos Livre e Esclarecido.....106

- Usuário.....106

- Acompanhantes Comunitários.....108

- Coordenadora.....110

ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética.....112

APRESENTAÇÃO

O desejo de estudar a Reforma Psiquiátrica e as implementações das Residências Terapêuticas – SRT(s) surgiu em função do aprimoramento clínico no projeto *Giramundo: Oficinas Terapêuticas e Inclusão*. Este projeto promoveu minha entrada na área da saúde mental no ano de 2008.

Giramundo é um grupo de trabalho psicológico que atende, através de oficinas terapêuticas, crianças e adolescentes com graves comprometimentos psíquicos, classificados como Distúrbios Globais do Desenvolvimento¹.

A partir do Giramundo surgiu meu interesse pelo trabalho do psicólogo no campo da saúde mental, investi em estudo na área e ingressei como acompanhante comunitária da Associação Saúde da Família (ASF)² num SRT-Serviço Residencial Terapêutico, que recebeu adultos, egressos do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz.

As Residências Terapêuticas - SRT(s), tema proposto deste trabalho, são moradias assistidas que comportam até oito pessoas, asseguram espaço de residência, convivência e cuidados à saúde de pessoas com transtornos mentais graves. Possibilitam o retorno, ou até mesmo o início, à vida social, por meio da reconstrução de laços sociais e afetivos.

¹ DGD – Distúrbios Globais de Desenvolvimento: psicose, autismo, neurose grave na infância, marcada por uma falha na constituição subjetiva.

² É uma instituição não governamental. Participa de programas na área da saúde – atenção básica. Realiza e promove atividades educacionais. Nasceu em outubro de 1992, junto à proposta de Family Health International (FHI) de desenvolver projetos de prevenção e controle da AIDS no Brasil, com recursos do governo norte-americano (USAID). Programou, a partir daí, o Projeto AIDS Controle e Prevenção no Brasil (AIDSCAP), em decorrência do termo de cooperação assinado com a FHI, e que a partir de então ampliou-se sua área de intervenção, tendo a saúde mental como referência de atuação. Atualmente atua nos programas de: Assistência Médica Ambulatorial; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Programa Acompanhante de Idosos, Programa de saúde mental (CAPS); Projetos Ambientes Verdes (PAVS); e Serviço Residencial Terapêutico.

O primeiro contato com os moradores ³ da SRT deu-se a partir de uma visita ao Hospital Vera Cruz da coordenadora e dos acompanhantes terapêuticos da residência, no mês que antecedeu a mudança (dezembro de 2008), objetivando criar vínculos e familiarização entre acompanhantes e futuros moradores. Ocorreram quatro visitas, onde os Acompanhantes Comunitários puderam conhecer um pouco da história de cada pessoa: os vínculos criados entre eles, suas dúvidas, medos e anseios sobre a nova vida que teriam após saírem do hospital.

Nesses quatro encontros conversamos sobre o papel dos Acompanhantes Comunitários e tiramos dúvidas dos futuros moradores: se teriam que lavar roupas, fazer comidas, limpar a casa, se poderiam receber visitas, fazer saídas, dentre outras. Na última visita, aproveitei para conhecer um pouco a vida que eles levavam no hospital, vindo a conhecer a Vila onde eles residiam dentro do hospital.

Terminado este período de visitas ao hospital, recordei ter cedido à curiosidade e indagado à coordenadora mais da história de vida de cada um dos moradores. Naquele momento, pretendia avaliar se as poucas histórias que eles me contaram eram de fato as experiências vividas ou produto de um processo alucinatorio e delirante indicador de sofrimento psíquico de anos de internação, fora do convívio social.

A partir das respostas da coordenadora pude antever o que teríamos de trabalho pela frente, moradores lúcidos em relação à sua realidade de vida, mais também moradores delirantes diante de limitações psíquicas fruto da sua própria doença.

Após a implementação de uma rotina na SRT e a convivência com essas pessoas, a curiosidade em estudar sobre como se chegou às implantações das SRT(s) dentro da Reforma Psiquiátrica e como essas residências podem

³ A população das pessoas moradoras dos hospitais psiquiátricos é composta, em sua grande maioria, por indivíduos encontrados em surto perambulando pelas ruas das cidades e encaminhados aos manicômios. Estes, após a remissão da crise, sequer se recordam do endereço de suas casas ou familiares, permanecem por tempo indeterminado na instituição. São corriqueiros também casos em que as pessoas são levadas ao hospital por familiares e ali abandonadas por eles, que se cadastram com fornecimento de endereços falsos.

contribuir no processo de busca de autonomia na vida desses usuários, fizeram com que eu decidisse estudar esta temática.

Rosa (2003, p. 317), pontua que a nova proposta da Reforma Psiquiátrica tem no CAPS o serviço de referência do cuidado na comunidade. Nesse serviço o principal ponto a ser analisado é o do modelo sintomatológico, que toma como foco de tratamento não só a doença e sim o sujeito, vindo a termos a desconstrução do campo da doença mental, pela construção do campo da saúde mental.

Desse modo, a partir da vivência como acompanhante comunitária pude definir a finalidade dessa pesquisa: construir o panorama das Residências Terapêuticas e refletir como as SRT, como dispositivo de assistência, podem ajudar no processo de busca de autonomia na vida de pessoas com graves comprometimentos psíquicos, a partir da proposta da Reforma Psiquiátrica, transformar concepções e relações no cuidado das pessoas acometidas por transtorno mental.

No primeiro capítulo iremos retratar a reforma psiquiátrica desde os modelos manicomiais até o surgimento das SRTs - Serviços Residências Terapêuticas, detalhando a importância da Luta Antimanicomial no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e demonstrando os principais dispositivos criados para acolhimento da população que sofre de transtornos mentais, pautados esses modelos, na reabilitação psicossocial, e inclusão das pessoas na vida da comunidade.

No segundo capítulo, falamos da criação dos Serviços Residências Terapêuticas, da importância da sua implantação; das Políticas Nacionais de Saúde Mental, que consiste no fortalecimento da rede de atendimento extra-hospitalar; da legislação que regulamenta as SRTs e da equipe técnica que a compõe. Explicitando a implantação das Residências Terapêuticas no Estado de São Paulo, desde a criação da primeira SRT no bairro da Lapa, como modelo piloto, até às onze residências implantadas no início do ano de 2009, para desospitalizar as pessoas que viviam no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz e no Hospital Psiquiátrico Charcot; e os critérios que essa população devia ter para serem inseridos nesse serviço. Dando seguimento ao olhar das residências terapêuticas como um dispositivo facilitador de autonomia na vida de pessoas acometidas por graves transtornos mentais; através de seus programas e intervenções que possibilitam a

reabilitação psicossocial dessas pessoas, tendo na Residência Terapêutica, o local da realização da pesquisa.

Logo, o objetivo da pesquisa é o de observar e levantar o nível de autonomia e dependência dos residentes de uma SRT mista na cidade de São Paulo, após um ano de implantação, como indicador de avaliação deste dispositivo de assistência.

CAPÍTULO 1

1.1 - DA EXCLUSÃO AO DIREITO DE CIDADANIA DAS PESSOAS ACOMETIDAS POR TRANSTORNOS MENTAIS.

A inserção do homem psiquicamente saudável se dá historicamente pelas suas relações de trocas: trabalho, ser aceito, amado e compreendido pela sociedade. Atualmente se excluem um contingente cada vez maior de pessoas que se apresentam fragilizadas nessas relações de afetos e trocas de trabalho, levando a agressões, a segregação e a exclusão.

O Estado é o responsável por oferecer esses espaços de trocas: ofertas de emprego, dignidade para as famílias... mas quase sempre essa oferta de emprego e o acesso à educação e à saúde não ocorrem para toda a população, vindo a desenvolver o adoecimento das camadas mais carentes. Nesse processo de exclusão das pessoas mais carentes é que quase sempre se forma o indivíduo psiquicamente doente. Segundo Castel (2000), os sujeitos integrados tornam-se vulneráveis, particularmente em razão da precarização das relações de trabalho e as vulnerabilidades oscilam cotidianamente para aquilo que chamamos de exclusão.

Sawaia (1999 p. 20) retrata a situação de exclusão na cidade de São Paulo, trazendo

que a desigualdade social, econômica e política na sociedade brasileira chegou a tal grau que se torna incompatível com a democratização da sociedade (...) ela inclui pobreza, discriminação, marginalização, subalternidade, não equidade, não acessibilidade, não representação pública.

No indivíduo com transtornos mentais o fenômeno da exclusão age principalmente através da discriminação e da marginalização: do fechamento do acesso a certos bens ou recursos, certo papéis ou status, ou através de um fechamento diferencial ou negativo que mantém o indivíduo à parte de um grupo, instituição ou do corpo social.

Segundo Oliveira (2008), nesta visão de adoecimento influenciável pela divisão de classes pode-se afirmar que a sociedade não está organizada à medida do ser humano, mas feita por e para alguns, aqueles que controlam as forças de produção. A pessoa que vai parar no manicômio público aproxima-se do limite da indigência e não é tratada pelo que realmente é, mas pela moléstia social da qual é ao mesmo tempo depositária e causa. Assim, a lógica institucional do manicômio é uma lógica que o extrapola, é um aparato ideológico com conseqüentes ações políticas e sociais, com uma orientação voltada para a estigmatização e a exclusão

de portadores de sofrimento psíquico, sob a influência das desigualdades socioeconômicas.

A reforma psiquiátrica brasileira entra como uma reação a esses processos de exclusão, objetivando o resgate da cidadania na vida dessas pessoas acometidas de algum transtorno mental.

Cidadania, segundo Santos (2009), seria uma medida de convivência social que se torna realidade na esfera pública. Ela emerge das lutas cotidianas por novos direitos ou pela garantia dos já existentes. Desse modo, o exercício de olhar o outro como semelhante e agir com reciprocidade possibilita colocar a questão dos direitos no espaço público.

Sabendo que o direito à dignidade da pessoa humana, à cidadania, à soberania e aos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa são direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988, no seu artigo 1º, a exclusão entra como uma quebra desses direitos do cidadão, podendo gerar nele o adoecimento psíquico. Segundo Wanderley (1999), a exclusão não é uma coisa nem um estado, é um processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros.

Para conceituarmos o que seria esse adoecimento psíquico, primeiramente temos que entender o que seria esse psiquismo. Segundo Kahhale (2003),

É um conjunto de características psicológicas de um indivíduo ou o conjunto de fenômenos psíquicos e processos mentais, mediado pelo meio social. É a expressão subjetiva da realidade, exprime a capacidade do cérebro humano, desenvolvida a partir do trabalho humano e da expressão social, intermediada pela linguagem.

Para Lane (1995), o que constitui o psiquismo humano são a Atividade, a Consciência e a Personalidade, as quais se desenvolvem pelo meio da linguagem e do pensamento, portanto, na sua essência, são sociais, já que o ser humano só o é na relação com os outros, ou seja, no conjunto das relações sociais vividas pelo sujeito.

Assim, a saúde psicológica do indivíduo esta nas possibilidades que o mesmo desenvolve de enfrentar o mundo, de modo a interferir nele, construindo soluções para as dificuldades que se apresentam no dia a dia. (KAHALLE, 2003)

Promover saúde e cidadania induz a população a ter controle e a desenvolver sua própria qualidade de vida. De acordo com Kahhale (2003), isso se dá porque o homem é fruto do meio onde vive, onde o indivíduo e a sociedade não podem ser vistos um exterior ao outro, já que o homem é ativo (o homem da ação, do trabalho), onde esse trabalho só se realiza em sociedade.

Saúde é o resultado de um complexo processo social, e que por tanto depende de desenvolvimento econômico sustentado, com justiça social, resolução da situação de exclusão, do desemprego, da educação, moradia, saneamento básico e lazer... (CEBES, 1994, p. 7)

Quando retiramos de um cidadão o seu direito à dignidade, à cidadania, ao sentimento de pertencimento e seu espaço de moradia, através da exclusão do espaço de trabalho e sociais, que geram seu sustento, é que geramos um ser social psiquicamente doente. “O criar representações e os identificar com o outro como igual são aspectos importantes na conformação de sujeitos cidadãos.” (SANTOS, 2009, p. 3)

Santos (2009) cria o termo cidadania ativa, que seria a capacidade de definir políticas públicas através de uma participação direta dos cidadãos. É através dessas manifestações públicas de lutas pela cidadania, das pessoas acometidas por algum transtorno mental, que se deu a Reforma Psiquiátrica e que ainda permanece em constante construção de novos paradigmas de tratamento em saúde mental; que trataremos no próximo capítulo.

Assim, o direito de cidadania da pessoa acometida de algum transtorno mental deve ser centrado na assistência adequada, na garantia de participação e convivência na comunidade, o direito de serem inseridos em espaços da sociedade e de não ser pura e simplesmente jogado em “depósitos”- hospícios. De acordo com Lane (2004), *“a realidade objetiva vivida pelo individuo, se torna subjetiva; a qual por sua vez se objetivará por meios de suas ações.”* Por esses motivos, ao retirarmos essa população do convívio social, nos manicômios, é uma forma de excluí-los do direito da constituição da sua subjetividade, retirando os seus direitos de cidadania e de saúde.

E como seria constituída a subjetividade? Seria constituída através das relações do indivíduo com as experiências coletivas, onde a cultura da qual ele faz parte, permeada de direitos e deveres, constitui sua subjetividade. De acordo com Kahhale, (2003) “seria um sistema complexo produzido de forma simultânea no nível social e no individual”.

No caso das pessoas acometidas por transtornos psicóticos, a sua subjetividade apresenta peculiaridades que faz com que a sociedade os discrimine e busque o seu isolamento. Essas pessoas necessitam, assim, de um acompanhamento que desenvolva uma assistência habilitadora, visando manejar sua subjetividade expressa em seus processos alucinatórios e delirantes de tal forma que possibilite a esses sujeitos a sua inserção nos espaços sociais, seus direitos como cidadãos, espaços esses que produzem as suas subjetividades.

Quando esses direitos de cidadania não são garantidos, presenciamos a perda progressiva da auto-estima, e da autonomia individual e coletiva. Autonomia

essa que retomaremos mais a frente, tendo o Serviço Residencial Terapêutico como um dos dispositivos da reforma psiquiátrica que favorece a retomada desses direitos de cidadania, já que busca resgatar a narrativa de vida de cada usuário do serviço como um mecanismo de retomada dos direitos de cidadania e autonomia na vida dessas pessoas

A maior arma da sociedade para retirar dos sujeitos o seu direito à cidadania, adoecê-los, estigmatizá-los de doentes mentais, é a exclusão. Desde o advento da institucionalização das ações de saúde mental, o modelo utilizado foi o da exclusão social, que se refere ao isolamento de indivíduos de conduta desviante ou considerados indesejáveis pela comunidade. (COLVERO, 2004).

A exclusão é um processo sócio-histórico, que se configura pelos recalques em todas as esferas da vida social. Mas é vivido como necessidade do eu, como sentimentos, significados e ações. (SAWAIA, 1999, p. 8)

A exclusão vem se apresentando na sociedade para representar todas as modalidades de miséria ocasionada, tendo como principais características, segundo Castel (2000): a estigmatização de uma massa de pessoas, sem levar em consideração a especificidade de cada uma, homogeneizando as situações que a provoca, não considerando as diferentes trajetórias de vida traçada por cada indivíduo.

Wanderey (1999) nos traz duas categorias analíticas que exemplificam tipos de exclusão que recaem sobre os indivíduos que sofrem de transtornos mentais. A primeira é o da *desafiliação*: a história de vida das pessoas é marcada por uma série de rupturas materiais e de vínculos sociais. E *apartação social*: é o fenômeno de separar o Outro, não apenas como um ser desigual, mas como um ser diferente.

A partir dessas categorias é que se leva à naturalização do fenômeno da exclusão, criando o estigma tanto do excluído, como da sociedade; considera-se este processo natural e que deve ser aceito. A tramutação do direito, em favor reforça o processo de exclusão. “O estigma é uma reação social que isola certos atributos, classifica como indesejáveis e desvaloriza as pessoas que a possuem.” (CASTEL, 2000, p. 18)

Assim, a exclusão aos portadores de transtornos mentais, que é o foco dessa pesquisa, se dava por retirá-los do convívio familiar e da vida social para interná-los nos manicômios, vindo a ser uma exclusão social, já que não era apenas rejeitado fisicamente, nem apenas do mercado de trabalho e de suas trocas, mas de todas as riquezas espirituais e afetivas.

“A internação nos hospícios, ocorria com o propósito de eficácia do tratamento, ou porque suas causas estavam associadas às relações familiares, ou ainda, porque o doente mental representava perigo ao grupo social.” (COLVERO, 2004, p. 198). “Construir espaços fechados e isolados da comunidade, no seio mesmo da sociedade.” (CASTEL, 2000, p. 39)

A proposta da Reforma Psiquiátrica adotada no Brasil surgiu da crítica ao sistema psiquiátrico, que tem como referência o manicômio, exposta com veemência em Foucault (1987) e Resende (1987). Nesses espaços – manicômios - essas pessoas veem cortados os seus viveres, ou seja, sem vínculo com o mundo convencional, onde na maioria das vezes são despedidos dos seus trabalhos, são rejeitados da convivência familiar e/ou da comunidade; onde o estigma da doença mental apresenta-se na coisificação e desqualificação do sujeito, provocando a cronificação da doença mental.

Isso se dava porque a doença mental provoca uma reação negativa muito mais intensa que a doença física. Já que quase sempre se atribui como característica a uma pessoa que sofre de doença mental o estigma de potencialmente perigoso, agressivo, imprevisível, sendo muitas vezes relacionada à falta de caráter.

Todos os fatores citados acima, a exclusão, o preconceito, o estigma, dificultam a conquista da cidadania na vida de pessoas que sofrem de algum transtorno mental. A própria concepção de doença mental já traz uma conotação negativa, excluindo o indivíduo de qualquer possibilidade de atuação social, passando a ser visto pela sociedade como incapaz e dependente.

Contudo devemos pensar em novas práticas de promoção de políticas públicas que visem à ampliação do direito à saúde. Já que a saúde é vista como um importante valor social, e é um direito de todo cidadão, contrária à doença que se apresenta como uma situação indesejável e incapacitante.

A política de saúde mental não deve focalizar a atenção na exclusão, mas intervir nos processos que geram as situações de abandono social. A exclusão é justificada e não acidental, nem arbitrária. Ela impõe condições específicas que repousam sobre regras, mobilizando aparelhos especificados e se completa através de rituais, já que repousa sobre julgamentos e passa por procedimentos cuja legitimidade é atestada e reconhecida.

Assim, a verdadeira desinstitucionalização resulta num cenário onde o portador de transtorno mental pode reconstruir sua identidade e readquirir sua cidadania, aniquiladas pela institucionalização manicomial. Os corpos institucionalizados podem experimentar outra vez a sensação de liberdade onde antes reinava um extremo controle e disciplina. (OLIVEIRA, 2011, p. 13)

Por tudo isso e pela quebra do modelo manicomial que favorece e reforça a exclusão é que através da Reforma Psiquiátrica foram instituídos os SRT(s)- Serviços Residências Terapêuticas, que buscam o resgate da cidadania e da autonomia na vida de pessoas que passaram por um longo período de internação hospitalar, excluídos do convívio social.

Nos capítulos a seguir situaremos sobre os manicômios como meio de exclusão, sobre a Reforma Psiquiátrica, que objetiva a reorganização das políticas públicas de saúde, por uma política mais digna e humana; e sobre os Serviços Residências Terapêuticas, como um dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica, no resgate da cidadania das pessoas que sofrem de transtornos mentais.

1.2- DOS MANICÔMIOS AS SRT(s):

Durante muito tempo a forma de assistência oferecida às pessoas com comprometimentos mentais era a institucionalização. Os manicômios configuravam-se como local de controle social da loucura e, portanto, com escassez de trocas relacionais. Configurava-se como um ambiente controlador, isolador, concebido para a exclusão social de cada um dos internados. Tenório (2002) assinala que sempre esteve na base da psiquiatria a questão problemática da produção social da loucura.

Os manicômios se constituíam como sinônimo de intransigência e violência, onde o único discurso preponderante em relação à loucura é o do saber médico, enfatizando a doença, desautorizando qualquer tentativa do usuário falar por si e sobre si, instaurando o chamado monólogo da psiquiatria sobre a loucura. O foco é a doença e não o sujeito. Mesquita (2008) vê os manicômios como locais onde a pessoa fica impedida de ir e vir, em internações intermináveis, onde em diversos casos perde suas referências com familiares e grupos afetivos. Efetivando-se acima de tudo a perda da sua autonomia, interrompendo o processo de constituição como sujeito de direitos, dono da sua vida.

Outro fator que não podemos deixar de destacar é a da violência que marca boa parte das ações nos hospitais psiquiátricos. Corporificada em diferentes situações, a violência escancara-se por meio das amarras que detinham as pessoas nos leitos; ou pelo cerceamento do direito à liberdade nos altos muros; ou pelas técnicas empregadas no tratamento clínico tais como: camisas de forças, eletroconvulsoterapia, utilização de neurolépticos, visando à impregnação com o objetivo de silenciar.

Ainda de acordo com Camargo (2006), nos manicômios a violência revela-se até mesmo mediante a postura de indiferença dos profissionais da equipe face às solicitações e considerações dos internos. A equipe de saúde que trabalha num manicômio fica tão impregnada pela rotina do mesmo que acaba por não dar ouvidos aos internos. A rotina acaba engolindo os afazeres dos profissionais, que deixam de lado a atenção mais humanizada, vindo a desumanizar a assistência oferecida a essas pessoas.

Assim esse tratamento desumano aos internos dos Hospitais Psiquiátricos foi o subsídio para a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Mundo. Já

que esse tratamento não conseguia visualizar uma subjetividade ali constituída. A exclusão da loucura e, por conseguinte, do louco, constituí uma tentativa da sociedade de eliminar sua própria loucura, e desta forma os manicômios, por séculos, cumpriam à risca o mandato social que lhe fora destinado. (CAMARGO, 2006).

A reforma destaca-se então como um movimento de desinstitucionalização dos manicômios, buscando o fim da mercantilização da loucura, para assim construir um novo saber na área da saúde mental. Com a finalidade de intervir no modelo vigente, tendo no ano de 1978 seu início efetivo, surge o movimento social pelos direitos das pessoas com problemas psiquiátricos em nosso país.

Silva (2000) apresentou no Fórum Nacional de Saúde Mental o texto *“Como anda a reforma psiquiátrica brasileira: avaliação, perspectiva e prioridades”*. Aponta uma realidade do Brasil que o diferencia do processo de reforma psiquiátrica dos outros países; que é o fato do Brasil ser o único país que chegou a organizar um sindicato de empresários (donos dos hospitais psiquiátricos) que vende seu produto “loucura” ao único grande comprador: o Estado Brasileiro, a Previdência e o SUS.

Mas a presença de forças corporativas e de profissionais, contra a indústria da loucura, favorável a um projeto de horizontalidade das relações entre assistidos e os que assistem na humanização das relações no tratamento da saúde mental foi que gerou o interesse e as ações com um olhar crítico aos manicômios. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica surgiu a partir da união entre os trabalhadores da saúde mental, que convergiu seus esforços no reconhecimento dos direitos à cidadania da pessoa acometida de transtorno psíquico e, desta maneira, possibilitou a concepção de novos modelos assistenciais, baseados na reabilitação psicossocial e da autonomia na vida dessas pessoas.

Oliveira (2009) afirma ainda que muitos desses usuários só estão no hospital psiquiátrico porque não possuem família nem respaldo social. Se tivessem essas condições estariam sob a ordem familiar e social. A sociedade busca no Hospício essa proteção, esquecendo do livre arbítrio e da cidadania a que essas pessoas foram excluídas.

Assim, as residências terapêuticas surgem nesse contexto como uma possibilidade da pessoa com limites de saúde mental ser visto como um cidadão, com direitos, desejos, escolhas, ao que antes lhe era obrigado-imposto.

1.3- A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LUTA ANTIMANICOMIAL:

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge a partir da conjuntura da redemocratização do país, a partir dos últimos anos da década de 80. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social deste momento histórico (GALLETI, 2001). “Reforma Psiquiátrica é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, e jurídicas que visa transformar a relação da sociedade para com o doente.” (AMARANTE, 1994, p. 43)

De acordo com Galleti (2001) e Oliveira (2009), a década de 1970 foi marcada pelas denúncias ao modelo vigente de violências nos hospitais psiquiátricos, onde se visava apenas o lucro: “indústria da loucura”. Nessa mesma época nascia o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), de fundamental importância para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois deflagrou uma série de denúncias contra os grandes hospitais psiquiátricos e clínicas do país.

A partir da década de 70 surgem as primeiras críticas à ineficiência da assistência pública à saúde mental e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Ao mesmo tempo em que surgem denúncias de abandono, violência e maus-tratos a que eram submetidos às pessoas internadas nos grandes asilos do Brasil.

O modelo de assistência psiquiátrica asilar não apresentava efetividade quanto à prevenção, tratamento e reinserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais. Desde os primeiros hospitais psiquiátricos até a década de 1980, a assistência psiquiátrica brasileira pautou-se num modelo hospitalocêntrico que em muito determinou e contribuiu para a segregação e a exclusão do psicótico. Vários são os relatos de maus tratos, espancamentos e punições, sendo poucas as alternativas de tratamento propriamente dito.

No interior dos hospitais psiquiátricos, a pessoa era submetida a um processo denominado por Goffman (2003) de mortificação do eu, vindo a ser isolada da convivência familiar e social. Nessa mesma década de 1970, a principal tendência foi a privatização e a expansão da assistência psiquiátrica, com uma

enorme proliferação de hospitais psiquiátricos privados, conhecida como “indústria da loucura”. Este processo começa a ser questionado e inicia-se um movimento por outro modelo de assistência em contraposição ao hospitalocêntrico, que é o modelo Brasileiro da Reforma Sanitária.

De acordo com Amarante (1994), esse processo surgiu da iniciativa de vários movimentos, iniciando pelo surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que depois originaram o Movimento Social por uma Sociedade sem Manicômio, cujo objetivo foi possibilitar o debate e o encaminhamento de propostas de transformações da assistência psiquiátrica.

Na década de 1980, foi necessário a criação e desenvolvimento de um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social - CONASP. A assistência psiquiátrica foi adequada a esse plano de saúde com o documento: Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, que objetivava, entre outros elementos, a melhoria da qualidade assistencial na área de saúde mental, aumento da produtividade dos recursos alocados, controle das formas de prestação de serviço. Como princípios firmavam os mesmos do plano CONASP ⁴.

Com o surgimento da reforma sanitária, iniciou-se o planejamento dos serviços e a ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Tenório e Kantroski (2002), ao analisar as diretrizes do CONASP, dizem que as iniciativas no início da década de 80 foram tímidas, sendo basicamente duas: racionalização e moralização do asilo; e criação de ambulatórios como alternativas ao hospital psiquiátrico, visando a participação dos atores sociais envolvidos no processo, iniciativa de reformulação nas leis e surgimento de experiências institucionais bem sucedidas, caracterizando um novo modelo de cuidado em saúde mental. Afirma, ainda, que outro marco muito importante desse período foi a Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, cuja proposta é a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, a criação de outras práticas assistenciais substitutivas àquele modelo e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Entre os princípios específicos da área de saúde mental destacam-se: ser extra-hospitalar, utilizar-se de uma

⁴ Princípios do CONASP: regionalização, descentralização, hierarquização, inserção em uma estratégia de Atenção Primária à Saúde e compatibilidade entre os três níveis de governo, com prioridade ao setor público e complementaridade com setor de beneficente e privado.

equipe multiprofissional que se incluía numa estratégia de atenção primária à saúde, implantar unidades psiquiátricas em hospital geral.

Na publicação oficial do Ministério da Saúde (2000, p. 5), fica pontuado o objetivo de: alcançar em um futuro próximo uma atenção em saúde mental que garanta os direitos e promova a cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais no Brasil, favorecendo sua inclusão social. Mas o descompasso de investimento financeiro na saúde mental continua o mesmo: 96% dos investimentos vão para assistência psiquiátrica nos hospitais e apenas 4% para atenção em saúde mental extra – hospitalar.

Devemos destacar também a I Conferência Nacional de Saúde Mental⁵ e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental⁶, realizado em Bauru, que tinham como temas centrais: os impactos sobre a saúde e a doença mental na economia, sociedade e Estado; a necessidade de reorganizar a assistência à saúde mental e a questão da cidadania do louco: direitos, deveres e legislação. Couto et al (2008) destaca três eventos políticos que marcaram o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira: o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú – agosto de 1977; o I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental – São Paulo, 1979 e o III- Congresso Mineiro de Psiquiatria, em novembro de 1979, que contou com a presença de Franco Basaglia⁷.

Na década de 80 surgiu o termo usuário em substituição a “louco”, doente mental ou paciente. Como também foi instituído o dia 18 de maio como *Dia Nacional da Luta Antimanicomial*. E já no final da década de 80 destaca-se ainda a Constituição de 1988, que significou a concretização da lei do movimento social e político expresso na Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, formulando-se um novo modelo de assistência à saúde, o Sistema Único de Saúde

⁵ I CNSM – representa o início de uma trajetória pela desinstitucionalização, novas propostas de se trabalhar com a loucura.

⁶ II ENTSM – tinha como lema: Por uma sociedade sem Manicômios; onde buscou discutir a participação da sociedade na reconstrução de seus laços com o “louco” e com a loucura.

⁷ Franco Basaglia: nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980. Era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecida como Psiquiatria Democrática.

(SUS), fundamentado nos princípios de universalização, territorialização, integralidade e da equidade.

Essa nova proposta de assistência á saúde, baseada na concepção de saúde como qualidade de vida e não ausência de doença, implica também numa nova concepção de saúde mental, não mais focada na doença mas no sujeito de direitos.

Esse momento foi marcado pela quebra do modelo de exclusividade do hospital, no campo técnico-assistencial, para a ampliação e unificação do processo nos campos: assistencial, político-jurídico, teórico e sociocultural. Nesse período a reforma psiquiátrica estava centrada num modelo assistencial que não isolasse o usuário da comunidade, que se propunha a repensar o conceito de cidadania desses indivíduos, ou seja, inseri-lo nos processos sociais da cidade.

Galetti (2001) e Oliveira et al (2010) trazem que a partir da segunda metade dos anos 1980 inicia-se a criação de uma série de novos equipamentos e dispositivos terapêuticos em saúde mental, tais como: Hospital – Dia, Pensões Protegidas, Lares Abrigados, Centro de Atenção Psicossocial, leitos em Hospitais Gerais para pessoas com transtornos mentais, dentre outros, possibilitando a reorientação do modelo assistencial, que se efetiva intensamente a partir da década de 1990. Esse período é marcado pelo amadurecimento e consolidação de processos importantes no cenário da reforma psiquiátrica.

Essa década começa com a Declaração de Caracas em 1990 – marco da reforma psiquiátrica na America; com a adesão do governo brasileiro, deu-se o início ao processo legal da reestruturação da assistência em saúde mental no país. O Brasil assina a declaração de Caracas, comprometendo-se a desenvolver esforços para superar o modelo de hospital psiquiátrico como serviço central para o tratamento de pessoas com transtornos mentais (GALLETI, 2001).

Em 1992 foi editada a portaria SNAS n 224, de 29/01/92, que estabeleceu as diretrizes e normas no âmbito do SUS para todas as instituições psiquiátricas: hospitais – dia, ambulatorios, urgências psiquiátricas em hospital geral... E em núcleos e centros de atenção psicossocial NAPS/CAPS; como também garantiu regras mínimas para o funcionamento de hospitais psiquiátricos.

Como conquistas deste movimento social podemos citar: a expansão de uma nova mentalidade no campo da saúde mental, o surgimento de

diretrizes reformistas no campo das políticas públicas, a criação de uma rede extra-hospitalar, a substituição da internação em hospital psiquiátrico pela internação em hospital geral. Onde a principal conquista foi colocar a saúde mental no quadro da saúde em geral, ter um olhar para o sofrimento psíquico ou psicótico como um agravo à saúde como outro qualquer, que pode ser enfrentado na sua especificidade no âmbito da saúde em geral.

O transtorno mental não deveria ser motivo para isolamento e discriminação, mas deve ter uma assistência que possibilita qualidade de vida e exercício de cidadania tanto pela pessoa que está vivendo como pelo seu familiar. Estas conquistas são construções de tal movimento social e governamental que vão se concretizando e se legitimando pelos dispositivos legais.

O século XXI inicia-se com a aprovação da lei federal de saúde mental, em abril de 2001; *“lei que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”* (BRASIL, 2004).

Foi a partir do início do século XXI que ocorreu o impulsionamento e criação das normas e legislação pelo Ministério da Saúde, a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). A conferência ocorreu em dezembro de 2001, reunindo durante cinco dias em Brasília mais de mil participantes vindo de 27 estados; tinha como lema: “Cuidar sim, excluir não”, tema mundial proposto pela OMS – Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2001.

A III CNSM, espaço de expressão de cidadania, reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas do governo, que as políticas de saúde mental reflitam os princípios do SUS – de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, descentralização, participação e controle social. Onde este evento, ao deliberar sobre o modelo assistencial, enfatizou a importância da construção de novas práticas, de novas formas de lidar com a loucura, de desterritorializar a loucura, de gerar novos atores sociais, de possibilitar que as instituições psiquiátricas, os técnicos e a administração deixem de ter a loucura como objeto privado e passem a concebê-la como questão de vida. Oliveira et al (2010) e Kantroski et al (2002, p. 7).

“A desinstitucionalização intercede pela e para a solidariedade, a convivência entre as diversidades e os diferentes.” (AMARANTE, 1994, p. 44)

A partir de então podemos citar os pressupostos básicos da política de saúde mental: a inclusão social, a habilitação social para conviver com a diferença e o exercício pleno da cidadania. Merecendo destaque também a seguinte diretriz: *“a reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde, compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde”* (Relatório final da III CNSM, 2002, p. 24).

De acordo com Couto (2008), Amarante (1994), que identificava a Reforma Psiquiátrica como um importante questionamento e conseqüente elaboração de propostas contrárias ao modelo asilar, associando tal processo à redemocratização do país, e na mobilização – participação político-social que ocorreu naquela época, visando novas ações de saúde que valorizavam o sujeito, a liberdade terapêutica e não a doença mental.

Foi nesse contexto de transformações pautadas na reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais na comunidade que surgiram novas possibilidades (políticas, sociais, culturais) de conceituação do que seja terapêutico, vindo a serem estruturados os serviços e/ou dispositivos de assistência em saúde mental, com base em uma perspectiva de rede e integração entre os diferentes equipamentos. Entre os dispositivos assistenciais merecem destaque:

- CAPS: centro de atenção psicossocial. Portaria n. 336 e n. 251, de 2002. É um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, que visa oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social do usuário pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários; visando montar um PTS (Projeto Singular Terapêutico), que vise à discussão por toda equipe, uma atuação integrada de toda equipe multiprofissional do caso clínico de cada paciente.
- NASP: núcleo de atenção psicossocial: são estruturas abertas, regionalizadas, responsáveis por toda a demanda da região, que oferecem cuidados 24 horas, todos os dias e que dispõem de alguns leitos noturnos para acolhimento de tipo internação.

- CECCO: centro de convivência e cooperativa: não foi normatizado por portaria federal. É um espaço de convivência e integração, voltado à população em geral e pessoas com necessidades especiais. Realiza oficinas e desenvolve projetos.
- República Terapêutica: destinadas a moradores de rua com transtornos mentais.
- Emergência Psiquiátrica: parte do pronto socorro de um hospital geral, funcionando 24 horas por dia, atende os casos de urgências psiquiátricas e os usuários em crises. Seus leitos devem ser ocupados por no máximo 72h e o usuário encaminhado para outros serviços.
- Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral: usuários que precisam ficar internados por um período médio de um mês.
- Programa de Volta para Casa: lei n. 10. 708/2002. Oferece auxílio – reabilitação psicossocial de R\$ 320,00 mensais para usuários que estiveram internados pelo menos por 2 anos e voltaram para casa.
- Residência Terapêutica- SRT(s): regulamentada pela portaria GM n. 106 de 2000. São moradias ou casas inseridas na comunidade com o intuito de cuidar de pessoas com transtornos mentais, egressos de longo período de internação de hospitais psiquiátricos.

O Ministério da Saúde tem perseguido a mudança do modelo hospitalocêntrico para um modelo de assistência extra-hospitalar priorizando o atendimento em CAPS e/ou a sua des-hospitalização e sua reinserção social através das residências terapêuticas. Contijo, Bandeira e Vidal (2007).

Dentre esses novos dispositivos assistências, iremos focar neste trabalho os serviços de residências terapêuticas - SRT(s), que são resultantes dessa política de Luta Antimanicomial.

É a partir desses parâmetros: constituição de sujeito, psicose, institucionalização, des-institucionalização, dispositivos para retomada da autonomia, e SRT; que procuraremos entender qual o papel das Residências Terapêuticas – SRT(s), como dispositivo da reforma psiquiátrica na luta pela exclusão dos manicômios, visando à autonomia e ressocialização das pessoas com comprometimentos mentais.

1.4- SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS – SRT(s):

A descrição das Residências Terapêuticas – SRT(s) foi organizada a partir de documentos oficiais do município, portarias, na observação e participação direta da pesquisadora no processo de des-hospitalização e implantação da residência terapêutica de Perdizes.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos fazem parte dos dispositivos da reforma psiquiátrica. Em 11 de fevereiro de 2000, o Ministério da Saúde editou a Portaria 106, criando os serviços residenciais terapêuticos e em 17 de fevereiro de 2005 o Governo Federal instituiu a portaria n. 246/GM de 17 de fevereiro de 2005, destinando incentivos financeiros para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

Entende-se como serviço residencial terapêutico, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria 106).

Para a inserção no serviço residencial terapêutico os usuários devem atender pelo menos um dos seguintes critérios.

- apresentar transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- ser egresso de internação psiquiátrica, tendo permanecido no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário;
- estar em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- ser morador de rua com transtornos mentais severos.

Para uma visão do processo de construção e efetivação deste dispositivo de assistência apresento as portarias e leis que regulamentam desde 2000 até 2005 as SRT(s):

- Portaria 106/2000 – dos serviços residenciais terapêuticos no SUS
- Portaria 1220/2000 – regulamenta a portaria 106 para cadastro SAI/SUS
- Lei federal 10.216/2001 – dos direitos dos portadores de transtornos mentais;
- Lei 10.708/2003 – programa de volta pra casa.
- Portaria GM 52 e 53/2004 – da redução progressiva de leitos
- Portaria 2068/GM – 24 de setembro de 2004 – destina incentivos financeiros para os SRT(s). Foi retomada na Portaria 246 descrita abaixo.
- Portaria 246/GM – 17 de fevereiro de 2005 – regulamenta o recebimento de incentivos financeiros para a implementação ou reforma das residências.

As SRT(s) foram criadas com o intuito de acelerar a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar da atenção à saúde mental em todas as unidades Federativas. As residências podem ser públicas e/ou privadas. As SRT(s) estão vinculadas ao CAPS, como serviço de saúde, que realiza a parte ambulatorial e de assistência médica.

As residências podem ser públicas e privadas. As SRT(s) estão vinculadas ao CAPS, como serviço de saúde, que realiza a parte ambulatorial e de assistência médica. Para a implementação de cada residência terapêutica é concedido um incentivo financeiro do Ministério da Saúde no valor de R\$ 10.000,00. Além desse incentivo, os residentes de cada moradia tem o direito ao Programa de Volta para Casa⁸, no valor atualmente de R\$ 320,00 (trezentos e vinte reais). Logo, os usuários das Residências Terapêuticas têm direito ao benefício de Volta pra Casa, já que todos são egressos de um período de longa permanência em hospital psiquiátrico. (VIDAL et al, 2007; OLIVEIRA, 2010; AMARANTE, 2007)

A residência tem como foco a reconstrução de relações de convivência semelhante às rotinas familiares nos lares. Desta forma, ela provê cuidados domésticos e de saúde mental que todo lar precisa, em princípios, ter. Os serviços

⁸ O programa De volta para casa, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa voltado para reinserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressa de longas internações que tem como parte integrante o auxílio reabilitação psicossocial, segundo critérios definidos na Lei n. 10.708 de 31 de junho de 2003.

residências terapêuticas são casas constituídas para responder às necessidades de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos e/ou que perderam vínculos familiares. (SULYAMA et al, 2007)

Este dispositivo objetiva retomar um laço social afetivo perdido pelo longo período de internação. Reinaugura um processo de singularização e subjetividade autônoma interrompida. Desta forma, como o próprio programa de governo se nomeia “De Volta para Casa”, é a inserção nova em uma residência que deverá constituir-se como “lar” para retomar um processo partido, interrompido. (GONÇALVES, 2002; AMARANTE, 2007; OLIVEIRA, 2010)

Cada casa deve funcionar com uma dinâmica própria, adequada aos seus moradores e compor as peças básicas de uma residência, com seus devidos mobiliários e utensílios. Deve abrigar por dormitório no máximo três moradores onde a vida cotidiana é organizada o mais próximo possível do cotidiano de uma família. (GONÇALVES, 2002)

O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de no máximo oito pessoas, que deverão contar sempre com um suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. O suporte de caráter interdisciplinar (seja CAPS de referência, seja uma equipe de atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento de um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado. (BRASIL, 2004, p. 6).

Segundo Vidal (2007), a equipe técnica deve ser composta por no mínimo um profissional da área da saúde mental, que ficará responsável pela coordenação ou supervisão, sendo a referência técnica da casa; e dois profissionais de nível médio, nomeados de Acompanhantes Comunitários (A.C).

O Acompanhante Comunitário deve ter experiência ou capacitação específica na área de reabilitação psicossocial, e atuar como cuidadores e auxiliares diretos na inserção social. Sua função é o de realizar um acompanhamento sistemático conforme a necessidade de cada morador, ser porta-voz, facilitador de construções particulares na vida dessas pessoas, em sua reintegração social.

Segundo o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28/01/2010; cuidador é a pessoa adulta, membro ou não da família, que cuida da pessoa com incapacidade

psicossocial, com ou sem remuneração, no sentido de realizar e proporcionar as atividades da vida diária com vista a minorizar ou até mesmo suprir o déficit de autocuidado da pessoa que cuida. (BRASIL, 2010)

São pessoas que trabalham em equipe, no cuidado e acompanhamento dos moradores que passaram por um longo período de internação em hospitais psiquiátricos, com vínculos familiares frágeis ou inexistentes. Tendo como formação mínima ensino fundamental completo, e preferencialmente ter experiência anterior em saúde mental e/ou em cuidados envolvendo pessoas com problemas de saúde.

Com a função:

- participar com toda equipe de funcionários da construção do funcionamento da casa e do projeto de vida de cada um dos usuários;
- oferecer companhia, apoiar, fazer com, através da escuta, de conversas e de atividades da casa, externas e lazer, respeitando os valores e a narrativa de vida de cada um que compõe o serviço residencial terapêutico;
- oferecer ajuda nos cuidados pessoais, nas atividades de higiene pessoal, com o local da moradia, nas atividades de limpeza da casa e das roupas;
- colaborar em atividades externas: supermercado, farmácia, bancos, benefícios sociais, lazer, etc.;
- articular os recursos existentes na comunidade para a construção de rede social para o usuário;
- cumprir horário de trabalho estabelecido no contrato;
- preencher formulários, impressos, livro ata, e outros a serem estabelecidos pela equipe, sempre que necessário;
- remeter toda nova informação e intercorrências sobre os usuários à coordenadora .

Os funcionários não utilizam jalecos nos seus plantões, não é realizada nenhuma consulta médica, a não ser em caso de urgência, onde quando necessário é acionado o Samu. Vidal (2007) afirma que no processo de seleção dos acompanhantes comunitários é levado em conta o critério de não terem nenhuma experiência prévia em hospital psiquiátrico, a fim de não trazer para as residências os hábitos institucionais adquiridos no trabalho hospitalar.

As SRT(s) buscam não manter semelhança com nenhuma referência do tratamento realizado nos hospitais psiquiátricos. Segundo Elia (2008), a sustentação de uma postura profissional na equipe de cuidadores é essencial, requer a prática da supervisão clínica como uma condição, para sua capacitação em serviço.

A abordagem utilizada pelos acompanhantes comunitários deve ser centrada na assertividade, ou seja, buscando envolver os moradores nas atividades da rotina da SRT(s), sendo motivados a participar, estimulando o protagonismo constituído nas relações. O trabalho do acompanhante comunitário deve estar centrado na narrativa de vida de cada usuário do SRT, para agir a partir do entendimento dos comportamentos, tendo assim uma visão integral do mesmo, viabilizando relações abertas, criativas, e menos estigmatizado. *“A narrativa pode se contrapor à evidência da internação.”* (OLIVEIRA, 2009, p. 75)

Vidal (2007) afirma que nessa abordagem o que se busca é a responsabilidade do próprio morador por suas atitudes, dando-lhe condição de entender as regras sociais e de como elas funcionam, discutindo com ele alternativas e ajudando-o a estabelecer novas condutas, desenvolvendo sua autonomia e cidadania. É importante termos em mente que as experiências de implementações de SRTs são apenas um ponto de partida, que temos a necessidade de irmos em busca e desejo para continuar na construção da autonomia e protagonismo que envolve a todos: equipe técnica, usuários e comunidade.

1.5- SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO COMO POSSIBILITADOR DE AUTONOMIA: INTERVENÇÕES E PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO:

Se quisermos estudar as residências terapêuticas como um dispositivo facilitador de autonomia na vida de pessoas acometidas por grave sofrimento psíquico, devemos primeiramente apresentar os parâmetros e indicadores do que seria Autonomia, que se refere a uma proposta de ideal do humano, ideal este pensada a partir das possibilidades hoje disponíveis enquanto a melhor das condições onde se pode chegar ao processo de humanização e subjetivação.

1.5.1- Sobre a Autonomia:

Como já apontado o SRT propõe-se a retomar o processo de subjetivação interrompido, fragmentado, que as pessoas que viveram anos de isolamento em hospitais sofreram. Retomar um processo de constituição de sujeito requer delimitarmos aonde se quer chegar. Neste sentido objetiva-se a constituição de um sujeito autônomo, protagonista do seu viver. Assim, iremos tentar entender o que significa ser autônomo como essa categoria analítica que insere-se na saúde mental.

Kinoshita (1996) entende a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens, para a sua vida mediante as diversas realidades que venha a vivenciar, onde a ampliação dessas vivências nos possibilita desempenhar melhor nossa autonomia.

Segundo o *Dicionário Aurélio Século XXI*, temos como conceito de autonomia "... faculdade de se governar por si mesmo; direito ou faculdade de reger (uma nação) por leis próprias; liberdade ou independência moral e intelectual [...] propriedade pela qual o homem pretende escolher as leis que regem sua conduta" (FERREIRA, 1999, p. 163).

Após um longo período de internação hospitalar - asilar, o sujeito é impedido de se comportar com autonomia; quando retorna e/ou é inserido no meio social, familiar, essas limitações à sua autonomia ficam bem evidenciados. Fica

muito claro que ele apresenta dificuldade de gerir-se, desde autocuidados básicos de saúde e higiene até decisões sobre o que fazer de sua vida. Assim, a autonomia implica em decidir, pôr em prática, agir, conforme os seus desejos de escolhas e decisões.

Como afirma Ewald e Silva (2006), a fim de resgatar, com os egressos dos asilos - manicomiais, a autonomia, é necessário construir vínculos, ampliar a rede de relações com os vizinhos, com a Unidade Básica de Saúde, com o comércio da comunidade, circular pelas ruas, clubes, supermercados, parques, utilizar o transporte público, entre outras coisas.

O convívio efetivo com outras pessoas, sem um regime de clausura e exclusão social, parece ser o método mais eficaz para que as pessoas possam resgatar sua dignidade e possam readquirir os hábitos do cotidiano e novamente conquistarem espaço na comunidade. O sujeito autônomo é aquele que consegue estabelecer relações pessoais e sociais em diversas instâncias, que não se mantém dependente de outras pessoas em todas as ações que governa o seu modo de viver. (Castel, 2000; Lane, 1995; Kahhale, 2003; Sawaia, 1999; Mesquita, 2008).

Assim, a autonomia acontece quando o individuo é capaz de, através das trocas relacionais com o Outro, realizar sua construção subjetiva; adaptar-se ao meio social, e ter condições de autogerenciamento das suas Atividades da Vida Diária – AVDs. Assim, o usuário, dentro dos novos dispositivos da saúde mental, é acolhido pelos profissionais, levando em conta esses três patamares citados acima.

Na organização desta pesquisa traremos essas trocas de autonomia divididas em três grandes categorias: *Autoconceito*: que envolve a concepção que o usuário tem das suas possibilidades de ações e dos seus limites; *Relações Afetivas*: que se apresenta no respeito que eu tenho pelo outro, nas expressões dos sentimentos, nas possibilidades de negociar sentimentos e nas praticas afetivas e/ou sexuais; e *Inserção Social*: nas possibilidades de inserção no meio familiar, escolar, lazer e trabalho; onde discutiremos essas sub-categorias adiante.

No entanto temos que levar em conta que ninguém é totalmente autônomo, já que vivemos em sociedade, com uma cultura pré-estabelecida, com regras de organizações sociais, que geram um grau de submissão a ser respeitado.

Na SRT a contratualidade, que é o processo de restituição do poder contratual do usuário, poder de trocas, se dá pela relação entre profissionais e os usuários, através de capacidades de elaborar projetos, ações que modifiquem as

condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se, e as condições de autonomia citadas acima possam ser exploradas.

É utilizando desses preceitos de autoconceito, trocas afetivas, e relações sociais; que o Serviço Residencial Terapêutico - SRT se apresenta como um dispositivo facilitador de autonomia na vida de pessoas que passaram tanto tempo excluídas de trocas relacionais, tornando-se cúmplice de fantasias, desejos de ser e fazer parte da sociedade.

1.5.2- Reabilitação Psicossocial:

De acordo com Vidal (2007), a reabilitação psicossocial refere-se ao conjunto de intervenções sociais, educacionais, ocupacionais, comportamentais e cognitivas que são utilizados para melhorar o desempenho da pessoa e facilitar sua reinserção na sociedade, tornando o usuário um sujeito autônomo.

Andrade e Moreira (2003) nos apresentam a produção de autonomia como sendo o processo em que o sujeito passa a se relacionar e interagir com a comunidade de maneira que requer menos dispositivos assistenciais, mantendo-se numa rede de relações sociais que possibilitam viver em comunidade.

É necessário que as pessoas com graves sofrimentos psíquicos possam transitar e utilizar espaços outrora a eles proibidos: parque, ruas, lojas, ou seja, desmanchar todo e qualquer preconceito e isolamento em relação aos que passam pela experiência da loucura, desmontando também os manicômios invisíveis, aqueles criados pela própria comunidade devido ao preconceito; só assim poderemos contribuir efetivamente nesse restabelecimento de vida autônoma na realidade desses indivíduos (EWALD; SILVA, 2006).

E é mediante essas desconstruções dos preconceitos e isolamento das pessoas que sofrem de algum transtorno mental que o SRT tem como um dos seus fundamentos a reabilitação psicossocial. Vejamos o que isso significa:

A reabilitação psicossocial é uma ética de solidariedade que facilita aos sujeitos acometidos por transtornos mentais severos o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível de autonomia para a vida em comunidade. Para o desenvolvimento dessa autonomia, que é o objeto primário da

reabilitação, devemos envolver, neste processo, profissionais da saúde, familiares, usuários e a comunidade, tecendo uma rede de cuidados em três cenários: o habitat, as trocas e o trabalho. (SARACENO,1996).

Para Saraceno a reabilitação não substitui a desabilitação pela habilitação, mas organiza um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos e afetos, visando à construção da plena cidadania. “É somente no interior de tais dinâmicas das trocas que se cria um efeito habilitador.” (SARACENO, 1996)

A reabilitação psicossocial é uma das propostas da área da saúde mental. Visa á produção de autonomia dos sujeitos; intervindo então, numa assistência que permita integrar relações vinculares produzindo inserção social.

Nesse processo as trocas seriam o fator habilitador, necessitando de espaços de negociação para o usuário, para sua família, comunidade, e para os serviços que se ocupam dele; onde através dessa troca a pessoa pode exercer o direito à relação.

Nos manicômios as relações de trocas não ocorrem. Os internos não possuem poder de decisão ou simbólicos da sua rotina vindos a ser um ambiente controlador, excludente, já que todos são tratados do mesmo modos e obrigados a fazer as mesmas coisas. Sabendo que a reabilitação deve ocupar-se da casa e do habitar, as SRT(s) apresentam-se como um espaço habilitador, onde as relações de trocas afetivas, materiais e a contratualidade ocorrem num grau elevado, possibilitando a ampliação da rede social: família, comunidade e trabalho.

A assistência habilitadora enfoca o sujeito, resgatando sua subjetividade, seus pensamentos, emoções e ações. No caso dos psicóticos esta subjetividade apresenta peculiaridades que os discrimina socialmente e os isola. Não apresentam padrões reconhecidos hegemonicamente na sociedade. É necessário que no processo de assistência estas pessoas desenvolvam habilidades e passem a manejar os processos de pensamentos alucinatórios de tal maneira que lhes possibilite constituírem-se como sujeitos e inserir-se nos espaços sociais (família, trabalho, lazer...).

Dessa forma, a reabilitação, tendo na SRT um dispositivo, facilita ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade, buscando reduzir o poder desabilitador e cronificador dos tratamentos tradicionais. (PITA,1996)

As residências terapêuticas entram como esse dispositivo contra o modelo asilar visando à reintegração na comunidade e o retorno da autonomia na vida dessas pessoas com graves comprometimentos psíquicos.

Dentro da rotina de uma SRT(s), os acompanhantes comunitários buscam a todo o momento incluir os moradores nas atividades, nunca fazendo por eles, mas com eles, restabelecendo dessa forma a confiança nas suas ações, demonstrando que eles são capazes de fazer atividades como: cozinhar, limpar, passear, fazer compras, dentre outras... Satisfazendo seus próprios desejos (MESQUITA, 2008).

Essas intervenções buscam redução dos sintomas psiquiátricos, o ajustamento social, prevenção de recaídas, a aderência ao tratamento e a diminuição no número de internações psiquiátricas. Quando dentro de uma SRT um morador apresenta uma crise, procuram-se atitudes de tratamento interno, e somente em casos graves é acionada a internação desse usuário. Sendo o acompanhante comunitário que desempenha esse papel de cuidador, onde ele cuida da higiene, dos documentos pessoais, do passeio, da organização do cotidiano, das banalidades que a vida nos sujeita; com olhar voltado à individualidade de cada morador.

1.5.3- Cuidador na saúde mental:

De acordo com decreto Lei 8/2010, cuidador é a pessoa adulta, membro ou não da família, que cuida da pessoa com incapacidade psicossocial, com ou sem remuneração, no sentido de realizar e proporcionar as atividades da vida diária com vista a minorar ou até mesmo suprir o déficit de autocuidado da pessoa.

Esse cuidador tem que desempenhar o que chamamos de cuidados continuados integrados de saúde mental, que seria o conjunto de intervenções de saúde mental e/ou de apoio social, decorrente de avaliação contínua, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial. A promoção da autonomia seria através do treino de competências, que vise o autocuidado em saúde e possibilite a inserção na vida cotidiana.

Os acompanhantes comunitários e a coordenadora da SRT, no planejamento de busca da retomada da autonomia dessas pessoas, leva em conta a singularidade de cada morador, a sua história de vida e o contexto em que estão inseridas as ações de reabilitação psicossocial para cada residente, sempre tendo o cuidado de não transformar esse espaço em local de tratamento. Já que o projeto proposto por esse serviço deve ser centrado nas necessidades dos usuários, objetivando a progressiva construção da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana.

Para a construção dessa autonomia, devemos levar em consideração a rede de apoio ao serviço residencial terapêutico que, segundo Saraceno (1996), deve ser focado em três pilares: um suporte constante e severo aos usuários da residência; uma política de interação com a comunidade, e uma relação familiar envolvendo-as nas experiências de vida autônoma do usuário.

As SRT(s) apresentando-se como um espaço complexo de experiências concretas de requalificação-reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo seguindo linhas não institucionais, das oportunidades da vida cotidiana, além de revisitar a própria memória da vida passada. Apresenta-se como um espaço complexo, por mais que se tente se aproximar de uma casa de família, ela necessita de cuidados de saúde especializados na área de saúde mental. A organização desses espaços – habitat, não deve ser rígida e/ou limitada, mas deve oferecer possibilidades de ações e práticas, levando em consideração as preferências dos usuários.

Com o objetivo de organizar o funcionamento do SRT e devido o complexidade do serviço, que busca a viabilização da autonomia, na casa ocorrem semanalmente reuniões da coordenadora com os moradores, e com os cuidadores aonde cada morador pode falar - expor, seu desejo, angústia, opiniões, resolver conflitos, sendo um espaço para treinamento de habilidade da fala e escuta, conseqüentemente aprende a elaborar suas dificuldades, medos diante da nova situação vivenciada.

Estas experiências de implantação das SRT são recentes e ainda não se dispõe de modelos consolidados. Assim, faz-se necessário acompanhamento e avaliação das experiências em andamento e as que estão em fase de implantação e consolidação.

Acreditando no processo de reabilitação psicossocial acima citado, e no SRT como um dispositivo facilitador desse processo, que analisamos se as pessoas desospitalizadas, ingressas no programa de SRT(s), apresentam melhora no grau de autonomia, na interação social, no nível global de funcionamento e na sua qualidade de vida.

2- OBJETIVOS:

2.1- GERAL:

- Analisar o processo de autonomia e dependência promovidas pelo dispositivo SRT, num período de um ano de implantação deste serviço.

2.2- ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o nível de autonomia e de dependência dos usuários das residências terapêuticas;
- Identificar os comportamentos de autogerenciamento e não gerenciamento de si dos moradores de um SRT.
- Caracterizar as atividades dos acompanhantes comunitários que favorecem a autonomia e dependência na reinserção social, vinculados ao desenvolvimento do autogerenciamento dos usuários.
- Comparar os usuários que aderem às atividades em busca de autonomia àqueles que não aderem, a fim de estabelecer possíveis determinantes da não adesão.

3- MÉTODO

3.1- Metodologia:

Segundo Allonnes et al (2004), situações que podem parecer patogênicas no campo exclusivo da prática adquirem uma nova clareza quando o profissional as aborda com as referências teóricas e clínicas realizadas quando da condução de uma pesquisa.

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de uma revisão bibliográfica de literatura sobre SRT como recurso de assistência à psicose, focalizando autores que de alguma forma pensaram sobre a reforma psiquiátrica, e sobre as novas possibilidades de assistências em saúde mental, aprofundando esse estudo nas residências terapêuticas, como facilitadora de autonomia dos ex - moradores de hospitais psiquiátricos.

Para levantar o nível de autonomia após um ano de implantação de um SRT foi utilizada a abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social, trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação. (MAANEN, 1979a, p. 520). Os pesquisadores, ao empregarem métodos qualitativos, estão mais preocupados com o processo social do que com a estrutura social, buscando visualizar o contexto e ter uma integração empática com o fenômeno estudado. Godoy (1995a, p. 62), enumera as características essenciais da pesquisa qualitativa, a saber: o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; o caráter descritivo; o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador e o enfoque indutivo. A pesquisa qualitativa desenvolvida formou-se com o parâmetro da pesquisa – ação.

É concedida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo. O pesquisador é participante, está envolvido de modo cooperativo ou participativo.

Esse método foi escolhido pela explícita relação desempenhada pela pesquisadora, já que a mesma desempenhava a função de acompanhante

comunitária, onde a partir da interação entre pesquisadora e o objetivo da pesquisa, pode-se analisar a situação social e os problemas de diferentes naturezas encontradas nessa situação. Ao fazê-lo, o pesquisador colocou-se como um observador participante.

Para Queiroz et al (2007), se trata de uma técnica usada na pesquisa qualitativa onde a ação do pesquisador é modificada a partir da interação e integração do pesquisador ao grupo que vivencia a realidade social, que propicia a mudança de comportamento do grupo observado de forma não intencional.

Na observação participante o pesquisador analisa a realidade social que o rodeia, tentando captar os conflitos e tensões existentes e identificar grupos sociais que tem em si a sensibilidade e motivação para as mudanças necessárias. (QUEIROZ et al, 2007, p. 2)

Todo esse processo de pesquisa-ação configurou-se como um estudo de caso de um SRT misto. O estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real. “a essência de um estudo de caso é tentar esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados.” (SCHRAMM, 1971, p. 1)

É quando procede à observação de fatos e fenômenos exatamente como ocorre no real, onde tem como base fundamental a explicação desses fenômenos estudados.

Assim, nessa pesquisa foi realizado um estudo de caso, focando os moradores de uma residência terapêutica, na cidade de São Paulo, com a proposta de investigar a inserção dessas pessoas nesse serviço, por meio de observação participante, entrevistas com os residentes, acompanhantes comunitários e coordenadora - pessoas que participaram da implementação da residência; e da história de vida desses indivíduos, com o objetivo de analisar qual o papel de produção de autonomia no modelo terapêutico SRT.

O estudo de caso teve como foco as ações desenvolvidas no serviço residencial terapêutico que favorece na retomada de autonomia na vida de ex-internos de hospital psiquiátrico. Analisou-se desde a implantação da SRT em estudo no período de janeiro a dezembro de 2009.

3.2- Local de estudo:

Residência Terapêutica na cidade de São Paulo inaugurada em janeiro de 2009; mantida pela Associação Saúde da Família, conveniada com a Prefeitura do Estado de São Paulo.

- Rotina:

A SRT mista consta de uma casa com 8 moradores, advindo de hospital psiquiátrico, onde trabalham 6 Acompanhantes Comunitários, que se revezam em plantões de 12h x 36h, num sistema de 40h semanais de trabalho. A função do Acompanhante Comunitário é de auxiliar, acompanhar os moradores nas suas atividades diárias, de higiene, alimentação, medicação, acompanhamento a compras, dentre outras, buscando não fazer por, mas fazer “com eles”, buscando a autonomia dessas pessoas acometida por transtornos mentais crônicos. Semanalmente ocorre, com duração de 2 horas, uma reunião dos acompanhantes Comunitários e da coordenadora da casa, para discutir sobre o andamento das atividades realizadas na residência. Ocorre ainda uma reunião semanal às segundas-feiras, entre a coordenadora e moradores da residência, e a presença também de acompanhantes que estejam no plantão, com objetivo de ouvir, dar voz às vontades, desejos, solicitações dos residentes.

3.3- Participantes:

Os participantes desse estudo, que compõem o quadro de protagonistas da SRT mista, são: moradores, acompanhantes e coordenadora. Todos foram convidados a participar, após o convite e o aceite para conversar foram organizados horários diferentes para realização das entrevistas. Assim tivemos:

- 1) Todos os moradores da SRT, onde 3 do sexo masculino e 5 são do sexo feminino; com idade entre 35 e 60 anos, todos advindos do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, no bairro Jaçanã da cidade de São Paulo, que atualmente residem na residência terapêutica de Perdizes. Quanto ao

diagnóstico, os usuários apresentam: transtornos psicóticos, deficiência mental e transtornos neuróticos, alguns usuários apresentam mais de um desses transtornos associados.⁹ Entre estes 8 moradores há um casal heterossexual que se constituiu no Hospital Vera Cruz, e que assim permaneceu quando vieram para SRT atual:

- 2) Acompanhantes Comunitários: 6 acompanhantes comunitários que se revezavam, no sistema de plantão 12hx36h, nos turno integral e noturno. Com formação em psicologia e técnico de enfermagem.
- 3) Pessoal da Administração: Coordenadora da SRT

3.4- Instrumentos:

Foram usados como instrumentos de coleta: Observação etnográfica, prontuário clínico, entrevista livre aberta, diário de campo, livro ata da residência e depoimentos de profissionais (acompanhantes e coordenadora) envolvidos com o processo de implementação da SRT.

Descrição dos Instrumentos:

1- Entrevistas:

Foi adotada a entrevista como instrumento, pelo reconhecimento de que a análise do material coletado pode fornecer-nos ricas informações a respeito do sujeito que é submetido a ela. Além da entrevista, foi realizada também observação participante com o intuito de captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meios de perguntas.

⁸ O termo psicose tradicionalmente significa a perda do teste da realidade e comprometimento do funcionamento mental, manifestando-se por delírios, alucinações, confusão e comprometimento da memória. Neurose: Trata-se de uma reação exagerada do sistema nervoso em relação a uma experiência vivida. Deficiência intelectual é a redução da capacidade intelectual.

I - Entrevistas com os usuários do serviço: teve como objetivo levantar a história de vida de cada usuário, o que eles estão achando da SRT como sua nova moradia, e qual os seus projetos de vida futura:

- *Quais mudanças você sente que ocorreram na sua vida depois que veio morar na SRT.* Esta pergunta teve como objetivo analisar a percepção do usuário diante da sua nova realidade de moradia, se eles percebem que a sua subjetividade esta sendo colocada em destaque em relação às questões estruturais do serviço.
- *Você se sente mais dono de sua vida hoje do que quando morava num Hospital Psiquiátrico?* Esta pergunta tem como objetivo verificar como os usuários do serviço residencial terapêutico percebem as intervenções e vivências na residência que favorece a sua sociabilidade, ou seja, ações que favorecem a retomada da gerência de sua vida cotidiana/vida da casa.
- *Quais ações realizadas na residência terapêutica favorecem ou não sua participação na comunidade?* Esta pergunta teve como objetivo observar o quanto o usuário se apropriou durante um ano de serviço residencial terapêutico, de atividades diárias que favoreceram a retomada da autonomia de seus desejos, de suas vontades.
- *Como você imagina sua vida daqui pra frente?* Esta pergunta teve como objetivo verificar quais as perspectivas em relação ao futuro, em relação ao despertar das suas subjetividades.

II - Entrevista com os acompanhantes comunitários da residência SRT; buscando discutir as possibilidades de um trabalho que vise à reinserção dessas pessoas na comunidade e na busca de autonomia:

- *Qual a rotina do A.C, e dessa rotina, o que favorece ou dificulta a sua atuação?* Esta pergunta teve como objetivo verificar como o acompanhante comunitário percebe dentro da sua rotina de trabalho, quais intervenções favorecem e/ou dificultam a realização da sua função.

- *Como o A.C percebe e considera o autogerenciamento?* Esta pergunta teve como objetivo verificar a disponibilização dos acompanhantes comunitários na realização da sua função se estão disponíveis para a aproximação de pessoas acometidas por problemas de saúde física e mental, e com seu entorno, numa relação de intimidade e afeto e de quais atividades dentro do serviço eles utilizam para o autocuidado.
- *Quais ações de atuação dentro das residências vocês acham que favorecem ou não a adesão à tomada de autonomia dos moradores das SRT(s)?* Esta pergunta teve como objetivo verificar como eles se vêem diante da realização dos seus serviços, como co-participante da construção do funcionamento da casa e do projeto de vida de cada um dos moradores

III – Entrevista com coordenadora: discutir qual a importância das atividades desenvolvidas na SRT para desenvolvimento da autonomia na vida dos moradores:

- *Quais atividades realizadas na rotina da SRT você acredita que tenham sido de suma importância para desenvolvimento de autonomia dos moradores para com sua vida?* Esta pergunta teve como objetivo verificar quais atividades e intervenções que ocorrem no Serviço Residencial Terapêutico, a qual a coordenadora percebe de suma importância para a re-construção da subjetividade e da rede social para usuário do serviço.

2- Diário de Campo:

Foco diário de campo: registro sistemático da pesquisadora das observações no seu dia a dia de trabalho, já que também cumpria o papel de A.C (Acompanhante Comunitária) sobre as atividades, hábitos do cotidiano e grau de autonomia, relação com os demais usuários e relação com a comunidade; além dos sentimentos dentro da perspectiva etnográfica.

3- Observação Etnográfica:

É a principal forma de registro da observação participante, foi realizado como primeira etapa da coleta de dados visando situar o pesquisador sobre o ambiente, informando as condições de coleta de dados. Analisa o Ambiente: conteúdo e localização, a relação entre ambiente externo e interno, a relação das pessoas no espaço, à distância com relação ao observador, as modificações na espacialidade ao longo do período de observação. As maneiras de agir e interagir: os acontecimentos representativos, conflitos recorrentes e os que estes nos dizem acerca das normas e valores morais implícitos, as formas típicas de se relacionar entre si (hierarquia de poder e suas transformações), e de se relacionar com os pares. Tipo de Linguagem: verbal, não-verbal, tom de voz.

4- Livro Ata:

Consta de um livro onde todos os acompanhantes comunitários, ao final de cada plantão, devem relatar os principais acontecimentos ocorridos dentro do seu plantão. Neste livro está a descrição de todas as atividades desenvolvidas na SRT e as intercorrências, sob responsabilidades dos Acompanhantes Comunitários, com o objetivo de registrar os acontecimentos da SRT para facilitar a comunicação e continuação das atividades desenvolvidas na residência.

5- Procedimentos:

I – Cuidados Éticos:

- **Comissão de Ética:** O projeto foi encaminhado para o comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, já que as SRT são uma parceria entre SMS-SP, e Associação Saúde da Família, e logo após para o Comitê de ética da PUC-SP, sendo aprovado sob o protocolo CAAE: 0138.0.162.000-09 do CEP/SMS-SP.
- **Responsável Legal:** Termo de consentimento: a coordenadora da residência terapêutica, por ser responsável legalmente pelos moradores

assinará juntamente com os mesmos o termo de consentimento de cada residente.

- **Usuários:** após a leitura e explicação do termo de consentimento livre e esclarecido, o usuário assinou ou rubricou algo que represente seu nome.
- **Acompanhantes Comunitários:** o foco foi centrado no trabalho da equipe, que é voltado a um mesmo interesse, onde após levantar os registros das reuniões dos A.C, sistematizou e discutiu com eles os principais pontos a serem focados na pesquisa. Assim, a produção do conhecimento foi dirigida por mim, mas acertada e discutida com a coletividade da equipe.
- **Administração:** Foi entrevistada a coordenadora da SRT. Foi feita uma pergunta aberta, visando observar o olhar da coordenadora em relação às ações desempenhadas na SRT, que favorecem a autonomia dos seus moradores.

II- Nenhum participante foi forçado, mas convidado a participar gentilmente.

III- As entrevistas com os moradores ocorreram no horário mais adequado, levando em consideração a rotina de cada um. A pesquisadora teve o cuidado em utilizar um espaço agradável onde pudesse ser possível resguardar o sigilo das informações prestadas, não vindo a ser divulgada a identificação de nenhum dos participantes.

IV- Caso o sujeito ficasse angustiado, agitado, não quisesse mais responder à entrevista, sendo observado pela pesquisadora tamanho desconforto; foi oferecida uma atenção específica com: diálogo, técnica de relaxamento – respiração, que possibilitasse que o sujeito ficasse mais confortável.

V- Foi respeitada a sua temporalidade, vindo assim a pesquisadora a observar a qualidade das informações já prestadas, analisando se é necessário ou não outro horário para continuar com a entrevista.

VI- Com os Acompanhantes Comunitários foi inicialmente feito o convite para participarem da pesquisa. A pesquisadora analisará os registros das reuniões dos A. C, sistematizou as principais questões levantadas nas reuniões, depois discutiu em reunião com todos os Acompanhantes quais informações eram relevantes a ser centrada a pesquisa.

Procedimentos

II – De Coleta de Dados:

- 1º. Foi realizada a observação participante etnográfica da rotina da SRT;
 - 2º. Levantamento do Livro Ata e Consulta nos Prontuários que vieram do Hospital Vera Cruz;
 - 3º. Análise do diário de campo;
 - 4º. Entrevista com os residentes;
 - 5º. Reunião com os acompanhantes;
 - 6º. Sistematização das reuniões;
 - 7º. Nova reunião com os acompanhantes comunitários e coordenação
- Os dados foram analisados qualitativamente, com análise de discurso.¹⁰

A fala dos usuários do serviço residencial terapêutico foi analisada através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que se trata de uma técnica qualitativa, onde se analisa depoimentos provenientes de questões abertas, onde se agrupa os estratos das falas de sentidos semelhantes em discurso - síntese redigida sempre em primeira pessoa do singular, como se uma coletividade estivesse falando, ou seja, a reconstrução de um ser ou entidade empírica coletiva, opinante em forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular. (LEVEFRE; LEVEFRE, 2006). “As expressões chaves, as idéias centrais, e os discursos dos sujeitos coletivos são os principais operadores metodológicos do DSC.” (LEVEFRE; LEVEFRE, 2006, p. 3)

¹⁰ Nenhum dado bruto obtido a partir destes instrumentos estará em anexo para evitar a identificação dos participantes.

4- Lócus do Trabalho de Campo – Observação Etnográfica:

4.1.1- Caracterização do local onde foi desenvolvido o trabalho:

Para constituir o lócus do trabalho de campo desta pesquisa foi feita uma sistematização a partir de observação etnográfica. Optou-se por observar a rotina de trabalho dos acompanhantes comunitários da SRT, durante o plantão e como essa rotina favorece ou não a autonomia dos moradores com graves comprometimentos psíquicos.

A SRT - localizada em uma casa de dois andares, sendo que no primeiro andar encontram-se uma sala de convivência, uma sala de refeições, uma cozinha e um banheiro. No segundo pavimento da casa, localizam-se quatro quartos, onde um é suíte, e um banheiro para uso dos moradores. Na parte externa há um anexo com dois andares, onde no térreo estão localizadas a lavanderia e quarto de depósito. No segundo andar do anexo encontra-se a parte administrativa, sala de reunião dos acompanhantes e coordenação, um banheiro dos funcionários.

Quanto aos recursos humanos observou-se que a SRT conta com a seguinte equipe técnica: uma coordenadora – psicóloga, e seis acompanhante comunitários, onde dois são psicólogos, três são técnicos de enfermagem e uma técnica geral. Além do CAPS composto por psiquiatras e psicólogos que dá assistência ambulatorial e oficinas para esses usuários. Além da equipe técnica gerenciada pela Associação Saúde da Família, três dos moradores contam com o suporte de um acompanhante terapêutico particular. Esses acompanhantes terapêuticos já vieram desde o hospital psiquiátrico, foi um vínculo afetivo, que os próprios usuários quiseram manter e foi respeitada sua vontade.

4.1.2- Caracterização da população e rotina institucional

A SRT é uma residência mista, oito ex-internos do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, onde cinco são mulheres e três homens. Seus usuários são de diferentes níveis sócio-econômicos e de diferentes localidades do país. A SRT é composta só de adultos entre 35 e 60 anos. Destes residentes há um casal heterossexual que se constituiu na época da hospitalização. Este casal foi alocado num quarto separado para eles independente dos outros moradores. O casal constituiu-se desde a convivência no Hospital Vera Cruz, ambos faziam parte da Vila de Moradores, instalada dentro do hospital psiquiátrico, onde favorecia a aproximação e socialização entre seus moradores. Ao virem morar na casa, eles já namoravam a um ano, mais a SRT possibilitou para o casal a privacidade de um local-quarto.

Os usuários chegaram ao Serviço através da reforma psiquiátrica que determinou a criação das SRT, onde cada casa receberia oito ex-internos de hospital psiquiátrico. Boa parte dos moradores está na SRT, por não possuírem familiares ou nenhum convívio social e por apresentarem graves comprometimentos psíquicos. Assim, três moradores estão na SRT por terem sido recolhidos na rua pela Polícia Militar, e internados no hospital psiquiátrico, não terem rede familiar de cuidado ou por não saberem onde estão seus familiares. Os outros cinco tem família identificadas, mas com problemas de relacionamento.

O usuário é acompanhado através dos acompanhantes comunitários, que desempenham a função de acompanhar os moradores na sua rotina diária, facilitando as suas atividades, que visam à autonomia dessas pessoas.

A cada dia da semana existe uma rotina específica de ações na SRT, como idas ao banco, passeios, visitas ao CAPS, compras no supermercado, panificadoras, consultas ambulatoriais, afazeres da casa, etc., conforme a necessidade da casa e principalmente de cada morador.

A medicação de cada usuário do serviço tem hora determinada na consulta médica, ou seja, às 08:00 horas e às 20:00 horas. Todos moradores tomam remédios, alguns tomam medicação às 14:00 horas. Essas medicações são prescritas pelo medico do CAPS e/ou pelo médico clinico geral.

Para os agendamentos das consultas médica existem procedimentos diferentes, no CAPS os próprios médicos responsáveis pelos moradores já as

agendam após cada consulta, pois cada médico tem uma forma de administrar a sua agenda; em outra especialidade a consulta é marcada pela coordenadora, ou por um dos acompanhantes comunitários, e é sempre um A.C que acompanha os moradores às consultas.

A Instituição oferece medicamentos gratuitos além dos que devem ser retirados mensalmente no CAPS ou em alguma UBS pelos acompanhantes comunitários, sendo que outras pessoas (parentes, companheiros ou amigos) podem também trazer a medicação de alto custo, basta para isso informar a coordenadora da residência e se comprometer a trazer na data certa.

Toda a documentação de cada morador está sob responsabilidade da coordenadora e disponível aos acompanhantes comunitários, contendo o histórico deles como: documentos financeiros, a medicação utilizada e a última data de retirada da medicação.

✓ **O ambiente da SRT**

A sala de convivência tem como mobília quatro cadeiras, uma mesa, uma TV, um ventilador, uma mesa para TV, dois conjuntos de poltronas, quadros na parede. Existem espalhadas pela sala várias revistas “Caras”, jornais e “revistas do bairro” que são trazidas pelos acompanhantes. Na mesa temos um jogo de dominó, que é utilizado pelos moradores e acompanhantes, como forma de integração e lazer. É por essa sala que se dá a entrada principal à residência, que é composta de uma porta de madeira e uma de ferro, uma janela grande, que fica quase sempre aberta, porque os moradores fumam na sala. Na copa, encontramos uma mesa com oito cadeiras, uma mesa de plástico e quatro cadeiras de plástico, um armário, onde ficam guardados conjunto de xícaras e o livro ATA da SRT, e um calendário. Próximo a esta sala há um banheiro social, que é utilizado pelos acompanhantes e visitas. A Copa fica entre a sala de TV e a cozinha, a copa é utilizado tanto para alimentação, como também é o local onde os acompanhantes preparam (separam) a medicação. Na cozinha temos um fogão, uma geladeira, armários embutidos, um elevador que não está ativado, que dá acesso a uma das suítes do andar de cima.

Entre a sala de TV e a Copa temos a escada que dá acesso ao andar de cima, a escada possui fita adesiva antiderrapante, e corrimão de proteção, além de ficar sempre iluminada à noite, para segurança dos moradores.

Em cima temos uma suíte, um banheiro social, quatro quartos, onde dois são interligados por uma porta, e é onde ficam duas moradoras por quarto. No corredor temos mais um quarto onde dormem os dois moradores masculinos e no fim do corredor do lado esquerdo fica o quarto do casal. Cada quarto contém duas camas de solteiro e dois guarda-roupas. No quarto das mulheres temos duas cômodas em cada quarto. Em um dos quartos feminino temos uma cortina estampada, comprada com recurso da própria SRT, mas escolhido pelas moradoras do quarto. O do casal é composto por uma TV, um rádio, um rack de TV, comprado com o dinheiro da própria moradora, além da cama e guarda – roupa.

A sala é o local de convivência, trocas interpessoais e lazer entre moradores - moradores, moradores- acompanhantes. Durante a observação, os profissionais, e visitas que chegavam ou saíam da residência, passavam pelo meio da sala de TV. Portanto, é visível ao usuário do serviço quando chega alguém na residência.

Tive oportunidade de trabalhar na residência como acompanhante comunitária tanto no turno do dia como da noite. Pude perceber que a demanda da casa nesses períodos se diferenciam muito. Pela manhã são realizados os afazeres da casa, café da manhã, almoço e jantar preparado atualmente pelas próprias moradoras; são realizadas também saídas ao CAPS, ao supermercado, panificadora, passeios, quatro dos oito moradores já realizam essas atividades sozinhos. Os acompanhantes diurnos têm direito à uma hora de folga, descanso por plantão. Já no plantão noturno, as atividades da SRT quase sempre são: administração da medicação, troca de experiências do dia entre acompanhantes comunitários e moradores, conversas informais, e a observação por parte do acompanhante comunitário do estado de saúde e comportamento de todos os moradores e, principalmente, dos com maiores transtornos mentais.

Após sete meses de implementação da residência a casa passou por uma reforma; foi totalmente pintada. Colocou-se um portão na frente, portão esse que não existia, e a partir disso se gerou uma maior segurança para todos que estão na residência e um maior aproveitamento externo da área da casa, que não era utilizada pela exposição que causava. Os moradores não foram ouvidos de início

quanto à cor que deveria ser pintada a casa, na parte externa isso tudo foi decidido pela administração da ASF, a coordenadora da casa colocou a importância de se ouvir os moradores, mas a ASF já tinha comprado as tintas; a partir disso tiveram o cuidado de saber que cor eles queriam pintar os seus quartos e os cômodos da casa.

Sempre que uma acompanhante comunitária saía durante o dia para resolver alguma questão relacionada a casa era feito o convite aos moradores para acompanhá-la, apenas duas moradoras não saíam com frequência por dificuldade de locomoção.

Os acompanhantes comunitários são formados por uma equipe multiprofissional, composta de quatro técnicas de enfermagem e dois psicólogos. As quatro técnicas de enfermagem se revezam no turno da manhã, e os dois psicólogos se revezam no plantão noturno. A coordenadora da residência é psicóloga.

✓ ***As maneiras de agir e interagir na SRT***

Quando cheguei à instituição, há doze meses, juntamente com os moradores, observei que no início eles permaneciam mais nos quartos, sempre que perguntávamos o motivo, muitos deles afirmavam que era por causa da escada, que os cansava; atualmente todos passam bom tempo do dia e da noite na sala, usando os quartos somente para descanso e para dormir. Apenas o casal permanece no quarto até hoje por mais tempo, já que eles possuem televisão e som próprios, comprados com o próprio dinheiro.

Durante esses dozes meses de implementação da SRT - Perdizes, pude perceber muitas mudanças na maneira de agir e interagir, tanto dos moradores como dos profissionais que compõem a residência. Semanalmente ocorre reunião dos moradores e coordenadora da SRT. No início do funcionamento da casa as reuniões eram marcadas sempre pela falta de algum morador e mais pela fala da coordenadora e dos acompanhantes que estavam presente na reunião do que pela fala dos moradores. Após seis meses de implementação todos os moradores participavam da reunião, falam das suas vontades, desejos, dos conflitos, buscando resolvê-los. Nesse período também ocorreu uma maior apropriação por parte dos acompanhantes de como agir em situações de conflitos e dificuldades na casa, visando sempre a resolução e pacificação dos conflitos.

Em alguns casos percebe-se uma relação de maior intimidade entre algum acompanhante e os usuários. Esta intimidade apresenta-se como uma abertura para uma conversa amigável, voltada para perguntas e interesse pela vida do outro. Essa situação por um lado causava ciúmes em uma das moradoras, que sempre busca contato, e não quer dividir a atenção e exige que seja colocado limites para suas ações.

Percebia-se também uma relação de proximidade com a coordenadora e todos os moradores da SRT, que se dirige aos usuários sempre como alguém próximo, mantendo uma relação de confiança e respeito.

✓ *A(s) linguagem (ns)*

Segundo Lane (1995), as trocas afetivas - emoções vivenciadas, ao lado da linguagem e do pensamento, são de suma importância na constituição do psiquismo humano.

Do primeiro dia de funcionamento até completar um ano de vivência na SRT as linguagens ocorriam da seguinte maneira: havia grupos de moradores que estabeleciam em pares uma conversa. Estes pares mantinham a conversa na privacidade, falavam com a voz baixa e não compartilhavam com o grupo todo.

Havia um grupo de moradores que ficava quase sempre em silêncio, verbalizando só quando indagado. Porém podia-se perceber que estavam participando através de suas expressões faciais e gestos. Alguns davam umas risadas baixas, outros balançavam a cabeça concordando ou discordando, alguns franziam a testa como se achassem a fala do colega absurda.

Essas demonstrações eram mais fáceis de serem identificadas nas reuniões entre os moradores e coordenadora da residência, sempre com a presença dos Acompanhantes Comunitários no dia da reunião.

Assim, de acordo com Fassheber e Vidal (2007), a linguagem apresenta um dos principais focos da análise dentro da perspectiva construtivista, uma vez que englobam escolhas, seleções, ações e contextos que representam caminho de compreensão para a produção de sentidos no cotidiano. Os construtivistas sociais consideram a narrativa como princípio organizador da ação humana, através das descrições e explicações que as pessoas constroem através da linguagem.

4.1.3- Normas para o funcionamento do SRT

- **Reuniões de Equipe:**

Reuniões que acontecem uma vez por semana entre coordenadora e acompanhantes para decidir, discutir sobre o funcionamento, rotina, afazeres, relações de convivência com os moradores, compartilhar medos, anseios, conquistas e alegrias das pessoas que vivem e trabalham na residência. Onde todas as decisões, regras e ações foram decididas no dia a dia de convivência da equipe na residência terapêutica, analisando acertos e erros das ações, nesse novo dispositivo da reforma psiquiátrica.

Assim as reuniões de equipe são o momento para expor nossas angústias, medos, trocas de vivências e experiências para a equipe de funcionários. São reuniões que ocorrem semanalmente para a troca de informação dos acontecimentos da residência e em que pactuamos as condutas necessárias e os eventuais encaminhamentos quanto aos cuidados dos usuários. Ainda de acordo com a coordenadora da residência, *“as reuniões de equipe corroboraram no desenvolvimento da autonomia dos moradores, na medida em que os conflitos na relação com os moradores, entre acompanhantes comunitários eram discutidas, esclarecidas e condutas eram estabelecidas.”*

As assembléias com os moradores, assim como as reuniões de equipe, ocorrem uma vez por semana, com duração de 2 horas aproximadamente, com participação dos usuários e da coordenadora, juntamente com os acompanhantes do plantão. Nessas assembléias os usuários expressam suas angústias e criam acordos para uma melhor convivência. No início da residência boa parte dos usuários não se manifestavam, quase sempre ficavam apenas escutando, como também alguns nem sequer participava. Para exemplificar melhor o objetivo das assembléias podemos citar a fala da coordenadora da residência:

A assembléia foi a atividade que possibilitou a manifestação de queixas, desejos, de propostas, resolução de conflitos de convivência, de pactuação de acordos, enfim; que possibilitou decidirmos no coletivo as questões cotidianas. É nas assembléias que foi possível retomar as razões da

mudança do Hospital para as SRTs, as escolhas de com quem queriam morar, as expectativas e medos despertados por uma mudança tão grande. É nela também que se fala do medo de ser expulso, o medo do novo, da liberdade. Mesmo após um ano, são questões que retomam.

Após oito meses de funcionamento da residência foi pensado em realizar rodízio das duplas de acompanhantes comunitários do dia, com o objetivo de diminuir pré-conceitos na equipe, resultando numa maior discriminação (no sentido da clareza) do que é papel de cada um, tanto na relação com o morador como na relação com o colega de equipe, como também quanto a relação com a coordenadora. Esse rodízio favoreceu o fortalecimento dos vínculos entre toda a equipe, resultando numa maior integração e vinculação de todos da SRT. Principais decisões e regras, das reuniões:

I - Decisões/ regras:

- Organizado dia e horário para que todos ajudem nos afazeres da casa, limpeza e alimentação; dois usuários responsáveis por dia;
- Decidido sobre reunião dos moradores com a coordenadora e presença dos acompanhantes comunitários do plantão; semanalmente às segundas – feiras, das 14:00 horas às 15:30 horas,
- Decidido sobre o horário e a frequência da reunião dos acompanhantes comunitários e coordenadora, uma vez por semana – às quartas-feiras das 19:00 horas às 21:00 horas,
- Avaliação da quantidade da medicação tomada vinda do hospital Vera Cruz, sempre que necessário, ocorria a diminuição da medicação mediante consulta e indicação dos psiquiatras do CAPS; logo em toda consulta médica os moradores têm que ir acompanhados de um acompanhante comunitário, para avaliar e acompanhar o ajuste de sua medicação;
- Rodízio das duplas de acompanhantes, para melhor integração da equipe;

II - Regras de Funcionamento:

- Toda saída dos usuários, acompanhado ou não, deve ser avisada ao acompanhante de plantão;
- Medicação não pode ficar ao alcance dos usuários;
- Nenhum usuário pode sair levando a chave da residência, e sem avisar ao acompanhante de plantão; a chave da residência é de responsabilidade do acompanhante comunitário de plantão;
- Organização administrativa – cadernos, gasto financeiro da residência; gasto financeiro de cada morador, folga de plantonista, ou troca de plantão, deve ser registrado nos livros administrativos;
- Disponibilizar tempo para troca de plantão: diurno/noturno;
- Livro Ata deve ser atualizado a cada plantão com principais decisões e acontecimentos de cada plantão;
- Realizar a troca de plantão, relato dos principais acontecimentos de casa plantão;
- Fundamentar e dar informações aos usuários, sempre que uma medicação for solicitada e não for dada, ou em relação a qualquer dúvida do usuário em relação à sua vida e às decisões tomadas na residência.
- Diálogo sempre presente na relação entre acompanhantes e usuários, entender o porquê das angústias e medos frente à nova realidade em que essas pessoas estão inseridas.

A implementação dessas regras é um processo diante da necessidade da casa. É um processo de construção de cidadania e espaço como em qualquer casa de família, onde surgem problemas, e esses problemas podem ser gerenciados.

O gerenciamento dessas dificuldades que se apresentam pode provocar na equipe de funcionários e na coordenadora da residência aflições e angústias sobre como agir e quais regras colocar em ação para solucionar tais problemas.

Mediante as limitações pessoais como ser humano, e à vulnerabilidade emocional da equipe de funcionários, em alguns momentos é que se fazia possível

ocorrer dificuldades na execução de algumas regras. Segundo Santos et al (2010) o trabalho em saúde mental exige um contato direto com situações que levam à vulnerabilidade emocional.

Hoje foi bem difícil o plantão, cheguei na residência estavam todos jantando e E. estava no quarto deitada, quando subi para dar a medicação e conversar sobre nossa ida ao médico, ela me agrediu e me empurrou, nesse momento senti medo, pela reação dela e me retirei do quarto, vim escrever um pouco para descarregar o que estou sentindo: medo, meus limites como profissional e ser humano. (LIVRO ATA, 2009)

Assim, podemos citar como principais dificuldades na execução do trabalho por parte da equipe de acompanhantes comunitários da SRT, os problemas abaixo:

III - Problemas recorrentes na casa:

- Falta de medicação dos usuários: em alguns momentos os acompanhantes comunitários não se organizam para ir buscar a medicação de alto custo nos postos de entrega; muitas vezes devido à demanda interna de atenção e de cuidados, impossibilitando a saída de um dos acompanhantes para realizar tal ação.
- Administração dos documentos dos usuários, que depois de utilizados têm que ser guardados na pasta de cada um, na sala do administrativo, e que ainda é recorrente encontrarmos espalhados pela sala da residência;
- Organização dos afazeres da residência pelos usuários, onde alguns não querem cumprir com suas tarefas da residência, de limpeza principalmente.

Conforme citados acima, os acompanhantes comunitários, na efetivação de suas ações, se apresentam como um dispositivo do SRT, que pode promover a autonomia e/ou a dependência na vida dos usuários, através da maneira que efetiva as ações propostas pelo Serviço Residencial Terapêutico, pois possuem limitações como seres humanos e profissionais, que acabam influenciando no bom funcionamento da residência e no comportamento dos usuários do serviço, onde podemos citar:

Acompanhantes e a promoção de autonomia:

I - Ações de Autonomia:

- Possibilitam que os usuários saiam sozinhos da residência para fazerem compras, caminhadas, próximos à residência,
- Ensinam como devem fazer as coisas para uma boa manutenção da residência: alimentação, limpar a casa, lavar louças, ligar a TV, etc., ao invés de fazer por eles.
- Ensinar a lidar com ansiedade e dificuldades pessoais, já que os usuários passaram por um longo período de internação hospitalar.

II – Ações de dependência:

- Dificuldade em administrar a medicação e os documentos dos usuários,
- Falta de conhecimento técnico da área de saúde mental; gerando um sofrimento psíquico para alguns dos acompanhantes,
- Desmotivação por parte dos acompanhantes por não conseguir inserir os usuários em atividades ocupacionais e de atividades físicas na comunidade,
- Dificuldade em lidar com medo e ansiedade por trabalharem com pessoas com comprometimentos mentais, que gera preocupação e limites à ação dos usuários,
- Dificuldades em lidar com as vivências pessoais e a realidade de cada narrativa de vida dos usuários e dos acompanhantes comunitários,
- Os acompanhantes nem sempre têm uma mesma linguagem: combinar acordos para que não prejudique o funcionamento da rotina da residência;

O que facilita lidar com essas dificuldades de ações e angústias do profissional – acompanhante comunitário, numa função tão recente na saúde mental, é a boa relação entre funcionários e coordenação, e a administração da residência. Além do suporte técnico dos profissionais do CAPS de referência para residência, sempre abertos ao diálogo e à troca de informações. Também são facilitadores para o trabalho dos A.C a temporalidade, as folgas e repouso, ou

seja: “o tempo de convivência, ajuda a conhecer cada usuário e companheiro de trabalho”; “folgas e repouso, permitem o descanso necessário para repor as energias e o desgaste psíquico do trabalho.” (ENTREVISTA COM A.C, 2009)

E assim como fatores que amenizam as dificuldades no dia a dia do funcionamento da residência, temos também um fator que dificultou esse processo de implantação e ações dos funcionários da residência. Com a Reforma Psiquiátrica, foi instituída a função de Acompanhante Terapêutico, tornando-se recente, vindo a ser construído o papel do acompanhante na cidade de São Paulo, a partir da implementação da primeira residência terapêutica no bairro da Lapa em 2004.

O fato da equipe não passar, antes de assumir a sua função, por uma capacitação, dificultou a realização das suas competências, por falta de conhecimento e manejo das mesmas. No entanto, esse estudo serve como base de conhecimento para novas equipes e as que já estão atuando no dia a dia das residências terapêuticas.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

Análise da autonomia e dependência da SRT

O conjunto dos dados coletados a partir dos diversos instrumentos (livro ata, consulta dos prontuários, entrevistas com acompanhantes comunitário, coordenadora e moradores) foram organizados segundo indicadores de autonomia ou de dependência. Considerou-se indicadores de autonomia: cuidados pessoais e alimentação, relações afetivas, interação social, convívio familiar, trabalho e perspectivas de futuro. Considerou-se indicadores de dependência: a falta de relação de trabalho, afetivo - ruptura com a família e a dificuldade de administração do dinheiro.

Entendendo que autonomia, segundo o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28/01/2010; é o conjunto de capacidades, aptidão para realização das atividades de vida diárias, relacional e social, bem como a tomada de decisões, escolhas ao longo da vida, iremos apresentar os indicadores de autonomia após um ano de mudança para as residências terapêuticas, das pessoas que passaram por um longo período de institucionalização psiquiátrica.

As categorias indicadoras de autonomia analisadas foram:

- 1- Cuidados Pessoais – Higienização: tomar banho sozinho; cuidar da própria roupa; limpeza do quarto
- 2- Alimentação: envolve preparo de alimentos e providenciar a matéria prima para fazê-los;
- 3- Relações Afetivas: exprimir sentimentos; práticas sexuais
- 4- Inserção Social: saídas lazer: festas, parques; relações com vizinhos; participação eventos da comunidade; ir ao CAPS sozinho; abrir conta no Banco;
- 5- Convívio Familiar: pedir para ligar para família; reencontrar com a família;
- 6- Trabalho: ocupação autônoma, dentro das suas habilidades e/ou retorno ao mercado de trabalho
- 7- Perspectiva Futuro

Na fase de implementação da residência todos os moradores apresentavam dificuldades em relação à automanutenção, como alimentação, banho, cuidados pessoais e cuidados com a casa. Os acompanhantes comunitários, assim como a coordenadora, desenvolviam um trabalho voltado desde a um auxílio verbal que funcionava como um estímulo até uma participação mais ativa, cuidando efetivamente dessas atividades, até que foi organizada uma rotina de afazeres dentro das capacidades de cada um, onde os Acompanhantes Comunitários priorizaram o seu trabalho em identificar os desejos singulares de cada um dos moradores, seus projeto de vida, o que gostam de fazer, de que maneira, para onde querem ir, dentre outros.

De acordo com Fassheber e Vidal (2007), as narrativas de vida e o cotidiano de moradores de residências terapêuticas estão permeadas por uma subjetividade que emerge a partir das relações que estes estabelecem com seu novo meio social.

Com a convivência e a narrativa de vida de cada usuário, respeitando os desejos e suas capacidades, eles foram se apropriando do seu autocuidado e do preparo da sua alimentação. “Ao narrar sua trajetória pessoal, o sujeito organiza a sua experiência e evidencia o modo através do qual concebe o seu novo espaço de moradia.” (FASSAHEBER; VIDAL, 2007)

Esse foi o ponto de partida, o contexto, para analisarmos as conquistas propiciadas pelo trabalho da equipe desenvolvido na SRT, visando à cidadania e ao protagonismo dos usuários.

I - Cuidados Pessoais – Higiene

O cuidado com a higiene é um dos marcos de preocupação desde os hospitais psiquiátricos da população que sofre de transtornos mentais. Foi um dos principais fatores de autonomia que desde o primeiro dia de funcionamento da residência foi estimulado pela equipe de profissionais da residência terapêutica a ser mantido e reforçado na vida diária de cada usuário. Desde como lavar os cabelos com xampu pelo menos 3x por semana, como a importância da troca de peças íntimas com frequência, dentre outros citados no quadro 1. No início alguns usuários tinham resistência a tomar pelo menos um banho por dia, mediante conversas,

acompanhamentos, orientações da importância do banho, da higiene bucal, e física como um todo. A introdução na sua rotina diária da higienização foi simplificando e ainda hoje é um trabalho de orientação, diálogo realizado pela equipe diariamente.

Quadro 1 - Indicadores de Autonomia na categoria Cuidados Pessoais - Higienização: número de usuários envolvidos em cada atividade ao longo de seis bimestres do ano de 2009, conforme registro dos Acompanhante Comunitário.

Indicadores de Autonomia	1º Bim.	2º Bim.	3º Bim.	4º Bim.	5º Bim.	6º Bim.
Tomar banho sozinho	1	2	3	3	4	4
Cuidar da própria roupa	2	2	3	5	5	7
Limpeza do quarto	2	2	8	8	8	8

Fonte: Livro Ata/2009

Quadro 2 - Indicadores de Autonomia na categoria Cuidados Pessoais - Higienização: percepção-fala dos usuários.

- *Aqui tomo banho quando quero, lá no Vera Cruz eles mandavam, tinha horário, aqui como na hora que quero, aqui tem pudim, lá não tinha não!*
- *Aqui ajudo um pouquinho, ajudo a varrer, limpar, passar o pano;*
- *Aqui os acompanhantes me ensinaram a colocar minha roupa na máquina de lavar.*
- *Aqui aprendi que devo lavar meus cabelos com xampu e não com sabão.*
- *Os acompanhantes têm obrigação de limpar meu quarto, eles são meus empregados!*

Fonte: entrevista com moradores/2009

Assim como a higienização, outro fator presente de retomada de autonomia foi o da vaidade, os usuários passaram a se vestir melhor, a se cuidar com a aparência do cabelo (cor, corte, penteado), pediam para ir ao barbeiro, cortar as unhas, comprar esmaltes para pintar, como podemos verificar no quadro 3, abaixo:

Quadro 3 - Indicadores de Autonomia na categoria Cuidados Pessoais - Higienização: segundo relato dos Acompanhantes Comunitários.

- Pede para trocar seus lençóis por que estão sujos.
- Reclama quando usam seu banheiro e o deixam sujo;
- Acorda cedo para se arrumar, escolhem roupas para ir ao CAPS, participar das Oficinas.

Fonte: livro Ata/2009

Apesar de ter ocorrido uma grande melhora no critério higiene pessoal, metade dos moradores ainda não tomam banho por iniciativa própria, há necessidade de cobrança dos acompanhantes comunitários, uns alegam o tempo frio, outra não sabe se higienizar direito (utiliza detergente líquido para lavar o corpo e cabelo), necessitando da intervenção de um dos acompanhantes. Provavelmente esta metade dos usuários que não tem higiene pessoal incorporada no seu processo de subjetividade demanda uma investigação sobre seus processos simbólicos; pois têm uma distanciação do seu próprio corpo, que pode ser devido a marcas e rupturas no seu passado.

II – Alimentação

As residências terapêuticas têm como finalidade a reintegração social, com atividades de socialização, retomada da autonomia nas atividades da vida diária que promove a integração sócio-ocupacional. Durante a análise da coleta de dados podemos iniciar relatando a retomada da autonomia a partir dos afazeres envolvidos na alimentação diária de cada usuário do serviço, que dia após dia,

aprendendo e fazendo junto com os acompanhantes comunitários, retomaram os seus desejos e escolhas alimentares, que se concretizaram na compra de ingredientes e no preparo dos alimentos que consumiriam.

No Quadro 4, verificamos avanços nos indicadores de autonomia alimentar, como preparo do próprio alimento e saídas para compras e escolhas alimentares, a partir da análise do livro ata da residência terapêutica. No quadro 2 verificamos relato dos próprios usuários sobre sua percepção a cerca das mudanças nos hábitos alimentares.

Quadro 4 – Indicadores de Autonomia na categoria de alimentação: número de usuários envolvidos ao longo de seis bimestres do ano de 2009, segundo registro dos Acompanhantes Comunitários.

Indicadores de Autonomia	1º Bim.	2º Bim.	3º Bim.	4º Bim.	5º Bim.	6º Bim.
Preparo de Alimentos	1	3	5	5	5	6
Saídas para compras em panificadoras e supermercado	2	2	8	8	8	8

Fonte: Livro Ata/2009

Quadro 5 - Indicadores de Autonomia na categoria de alimentação: de acordo com a fala dos usuários.

- *Tudo pra melhor, tudo pra melhor, alimentação, comida, cama, quarto, sossego. Aqui na casa posso preparar minha alimentação, aquilo que gosto de comer.*
- *Aqui você tem alguma obrigação, função na casa? “B” Ajudo na limpeza e alimentação.*
- *Aqui posso cozinhar o que gosto de comer.*
- *Aqui tenho outra vida, eu acho que deu tudo certo, fia. Aqui tenho comida caseira, bebida caseiro, temos frutas, verduras e etc. Comida de qualidade né!. Por que aqui eu posso comer e fazer o que eu quero, na hora que eu quero, lá no Vera Cruz, tinha de tudo mas na hora certa, na hora deles, hora pra tudo, aqui é diferente; o bairro é mais chique, bonito.*
- *“ me recuso a tomar vitamina, por que ela está me engordando”
“não gosto de comer peixe frito, vou fazer carne para mim”
“ não quero jantar estou engordando, vou tomar só o meu chá”*

Fonte: Entrevista com moradores/2009

Quadro 6 - Indicadores de Autonomia na categoria de alimentação: relato dos Acompanhantes Comunitários.

- Escolhas alimentares: os usuários dizem do que gostam e do que não gostam:
- “N” – moradora reclama que os demais moradores estão gastando muito na alimentação e limpeza da casa;
- Vão ao supermercado fazer compras para residência acompanhado de uma acompanhante comunitária, e observam que os preços estão caros;
- Reclama do café fraco e do almoço (frango);

Fonte: Livro Ata(2009)

Comparando os três quadros notamos um movimento de aquisição de autonomia em relação tanto no preparo como na aquisição das suas necessidades alimentares. Pararam de reclamar e criaram ações para a realização de seus desejos. No entanto, ainda temos dois moradores que não se envolvem diretamente na confecção da alimentação. Isso pode ocorrer por essas pessoas não possuírem habilidades no preparo de alimento. Ou talvez por uma questão do processo de envelhecimento, e/ou de gênero, já que são os dois senhores (homens) da residência, onde na cultura ocidental o homem só realiza o ato de cozinhar quando se encontra envolvido num processo de sedução. Já que o homem do casal presente na residência participa do preparo e escolhas da rotina alimentar.

As referências bibliográficas nos trazem também que, na fase de desospitalização, as áreas que se apresentavam mais afetadas são os itens de aparência pessoal, higiene e interação social. Esses resultados são esperados como demonstram pesquisas que estudam hospitais psiquiátricos brasileiros (DIAS et al, 2002; ABELHA et al, 2006; FLECK et al, 2007) em pessoas com longo tempo de internação e sem vínculos familiares e sociais. No processo de reabilitação psicossocial na comunidade, através das SRT(s), pode se perceber mudanças significativas nessa área para melhor, como demonstraremos a seguir, a partir de um olhar voltado ao respeito e à singularidade de cada usuário.

III – Relações Afetivas e/ou Relações Sociais:

De acordo com Bernal (2004), saber quem somos, de onde viemos, nossas origens, são questionamentos que nos acompanham por toda a vida. Pessoas que sofrem de transtornos mentais, quando institucionalizadas, acabam perdendo essas referências, o afastamento de seus familiares gera ansiedades, inseguranças e questionamentos.

Quando se fala de relações afetivas da pessoa vivendo com transtorno mental, pensamos apenas em relações de carinho e amizade. Quase sempre pelo preconceito não nos permitimos pensar que essas pessoas têm desejos sexuais aflorados quanto qualquer outra pessoa.

De acordo com Bernal (2004), deixamos de levar em consideração os vínculos desenvolvidos desde os períodos de institucionalização entre essas

peessoas, que significados tiveram em seus planos de vida os rompimentos familiares e os novos relacionamentos, provocados pela situação de socialização com outras pessoas institucionalizadas. Isso nos leva a compreender que laços de amizade fizeram na sociedade interna, como as instituições.

Esses tipos de relações eram as constituições familiares e afetivas que essas pessoas tinham, diante de uma vida marcada por várias rupturas e abandonos. Como toda relação afetiva, a relação pode ser marcada por momentos de alegrias, cumplicidades, como também de raiva e ciúmes, principalmente quando é marcada por fragmentações na sua constituição subjetiva.

A residência, como já foi citado, por ser uma casa mista, tem entre seus moradores um casal. A relação afetiva desse casal, que divide o mesmo quarto, que se conheceram e desenvolveram esse vínculo afetivo desde o hospital psiquiátrico, era marcada por crises de ciúmes, da mulher em relação ao seu namorado, com as acompanhantes comunitárias. Após longo período de intervenção no CAPS, com oficinas, medicação e o trabalho desempenhado dentro da residência terapêutica, esta senhora conseguiu melhorar sua relação de ciúmes com o seu parceiro e a convivência com todos na residência, ou seja, essa melhora apresentada na sintomatologia psiquiátrica pode ser resultado da mudança do local do tratamento e do efeito dos modelos de intervenções realizadas na SRT.

Na fase de implantação da residência, eles não mantinham nenhuma prática sexual, quando indagado ao homem do porquê, este respondia que não queria fazer barulho e nem sujar nada. Com o tempo e o fortalecimento do vínculo de confiança e de diálogo com a equipe, o casal foi sendo trabalhado quanto à privacidade, vindo a concretizar a intimidade sexual após oito meses de moradia na SRT.

Assim como todo ambiente familiar, se um dos outros usuários quiser trazer um “companheiro” para namorar na residência, a aceitação será decidida em reunião, com todos que compõem o serviço: usuários, acompanhantes e coordenadora. Isso ocorre porque vivemos em sociedade, que é gerida por normas para boa convivência interpessoal, baseada no respeito ao outro. Podemos fazer a analogia do serviço residencial terapêutico a uma república de estudantes, que para bom funcionamento tem como base os princípios do respeito a comunidade, soberania e a democracia; onde as decisões são geralmente tomadas por

unanimidade e todos os membros responsabilizados na gestão da casa. Como podemos verificar no quadro 7:

Quadro 7 - Indicadores de Autonomia, categoria Relações Afetivas: número de usuários envolvidos ao longo de seis bimestres do ano de 2009

Indicadores de Autonomia	1º Bim.	2º Bim.	3º Bim.	4º Bim.	5º Bim.	6º Bim.
Relações afetivas-carinho	2	3	4	6	8	8
Práticas sexuais	0	0	0	2	2	2

Fonte: Livro Ata/2009

Não podemos deixar de ressaltar as mudanças no comportamento afetivo entre eles e deles com os acompanhantes. No início da mudança do hospital para a residência era presente comportamentos de insultos, preconceitos. Com o passar dos meses e da convivência, do fortalecimento do vínculo entre usuários do serviço e acompanhantes comunitários, esses preconceitos e insultos foram ficando cada vez menos presente. Como podemos presenciar no quadro 8.

Quadro 8 - Indicadores de Autonomia, categoria Relações Afetivas: registro dos Acompanhantes Comunitários.

- Seu P, hoje brigou com N : *“Ele me chamou de tagarela, que eu gero briga na casa”!* Sendo necessária a intervenção do acompanhante para não se agredirem.
- Após um período de preconceito, X ajoelha-se para uma moradora e pede desculpa por chamá-la de negra e de suja.
- Y pede desculpa para um acompanhante comunitário, dias depois de uma cena de ciúmes, que gerou discussão entre alguns dos moradores.
- Z compra CD de músicas que gosta, e a noite pede para ouvir e dança com

uma acompanhante comunitária.

- Alguns usuários presenteiam algum funcionário.
- Alguns usuários pedem para fazer ligações para outro morador de outra residência terapêutica, para saber como ele está.
- Receberam doação de roupas, e juntamente com os acompanhantes, dividiram entre si, e as roupas que não quiseram pediram para mandar para outras pessoas que necessitam

Fonte: livro ata/2009

Alguns relatos de preconceito e agressões verbais são específicos de um usuário da SRT, bem ranzinzo e agressivo, mas após seis meses de moradia na SRT e de uma vinculação com a equipe tentando entender a narrativa de vida desse usuário, ele foi modificando seu comportamento, vindo a compartilhar financeiramente compras - alimentação e companhias com todos os moradores e funcionários da residência, até sua aparência estava mais feliz. Wanderley (1999) nos traz que no mundo das relações sociais a fragilidade dos vínculos (família, comunidade, vizinhança, instituições) pode produzir rupturas que conduzem ao isolamento e à solidão, desenvolvendo comportamentos de agressividade – preconceitos no indivíduo.

Por isso que um dos princípios que o serviço residencial terapêutico através das suas ações considera de suma importância na cidadania de seus usuários é a interação social. Nas residências terapêuticas, esses usuários são integrados em atividades de socialização, na melhoria da qualidade de vida, maior participação em atividades da comunidade interna e externa, na manutenção e desenvolvimento das competências do usuário, objetivando resgatar as “rupturas” na vida desses usuários que propiciaram a exclusão dos mesmos.

No quadro 9 e 10 podemos perceber quais tipos de atividades são desempenhadas e motivadas nas residências terapêuticas que favorecem a reinserção social das pessoas acometidas por transtornos mentais, e como se deu a adesão dos usuários a essas atividades da residência em análise durante um ano de funcionamento da mesma.

Quadro 9 - Indicadores de Autonomia na categoria Interação Social: número de usuários envolvidos nas diferentes atividades ao longo de seis bimestres do ano de 2009.

Indicadores de Autonomia	1º Bim.	2º Bim.	3º Bim.	4º Bim.	5º Bim.	6º Bim.
Saídas lazer: festas, parques	1	2	3	3	4	4
Relações com vizinhos	0	0	3	5	5	7
Participação eventos da comunidade interna e externa	2	2	8	8	8	8
ir ao CAPS sozinho:	0	2	2	4	4	4
Abrir conta no Banco com ajuda	0	3	7	7	7	7

Fonte: Livro Ata/2009

Esse indicador de ir ao CAPS sozinho foi proposto a partir da terapêutica montada em reunião de equipe técnica entre coordenadora, acompanhantes e profissionais do CAPS, para três dos moradores da residência, onde um morador ia apenas acompanhando os três demais, por gostar de passear pelo bairro, já os três necessitavam participar de oficinas semanais, que possibilitasse uma retomada da autonomia de suas AVD(s) – atividades de vida diária, como também as suas relações interpessoais na SRT. Essas decisões eram formuladas levando em conta um: PTS - Proposta Terapêutica Singular, de cada usuário do serviço.

Quadro 10 - Indicadores de Autonomia na categoria Inserção Social: relato dos Acompanhantes Comunitários.

- Saídas para fazer compras sem a presença de um acompanhante comunitário, indo à padaria, supermercado e lojinhas brechós;
- Idas ao CAPS sozinhos para consultas e oficinas;
- Festa junina - convidava pessoas da comunidade, momento de trocas relacionais, integração psicossocial

Fonte: livro ata/2009

Assim, podemos perceber que uma das mudanças significativas de autonomia durante esse período está relacionada a habilidades de relações sociais da vida diária. Os moradores adquiriram nesse ano habilidades no uso dos serviços comunitários, e aumentaram a proporção de contatos sociais, apresentando assim uma redução dos sintomas psiquiátricos.

Seu P. todo dia pela manhã acorda às 6:00 horas para ir a panificadora do bairro comprar sozinho os pães para todos da residência tomam café; apenas pede o dinheiro para a acompanhante que está no plantão, mas traz a nota fiscal e o troco corretamente. (LIVRO ATA, 2009)

Todos da residência, após um ano de funcionamento, já saem para ir ao supermercado, comprar alimentos e utensílios que a casa necessita, sem o acompanhamento dos acompanhantes comunitários, alguns ainda tem medo de irem sozinhos, então vão acompanhados por outro morador que tem mais autonomia. Podemos verificar tais indicadores na fala dos próprios usuários do serviço através da entrevista com os mesmos, citada no quadro 11.

Saraceno (1999) nos traz que o negócio precede o ócio, onde, somente a partir do direito ativo do exercício do negócio o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito da relação. No entanto, se quatro (50%) usuários do SRT não gostam de sair para atividades de lazer, mas permanecem na residência realizando

atividades ocupacionais de serviços domésticos, devemos ampliar nosso olhar para entendermos o significado do lazer na vida dessas pessoas.

Sabemos que a sociedade valoriza a relação de trabalho e a contribuição com o outro e não o lazer na constituição do sujeito, na valorização social da pessoa. Assim, podemos levantar como hipótese que os moradores que não aderiram a saídas de lazer podem vir a ter essa concepção de desvalorização, de desocupado por se permitir passear, necessitando de uma melhor investigação da equipe de funcionários do SRT o porquê dessa recusa, entendimento este que não foi possível ser realizado dentro de um ano de funcionamento deste serviço.

Quadro 11 - Indicadores de Autonomia na categoria Inserção Social: fala dos usuários.

- Supermercado, ida ao supermercado, *vou bem no supermercado sozinha mesmo.*
- *Hoje eu vou na Barra Funda, e faço compras sozinhas. Lá no Vera Cruz eles davam roupas, e aqui a “Cida” me dá dinheiro e eu vou comprar sozinha. Eu vou na Maria Alice, na lojinha e no supermercado.*
- “J” eu me lembro que uma vez a vizinha veio pedir ajuda para você e uma acompanhante, me conta como foi isso? J- *Ela deu 50 reais, pra mim e pra “L-A.C”, pra gente levar umas caixas, e passar uma fita, empacotar a caixa. E eu ajudando ela. Ganhando um dinheirinho né?*
- *A minha Acompanhante Terapêutica vai comigo pegar meu dinheiro, comprar as coisas que eu preciso, quando falta aqui na residência, ou quando os acompanhantes comunitários não podem ir comigo.*

Fonte: entrevista com os moradores/2009

Mesmo com a dificuldade de alguns moradores não saírem para atividades de lazer, de despertar neles que o lazer é de suma importância para a saúde mental e para o desenvolvimento psíquico, o SRT conseguiu despertar o processo de socialização em alguns de seus usuários nesse período de um ano.

Esse processo de socialização foi se tornando possível a partir do treinamento da competência social, ou seja, das saídas com os acompanhantes, passeios pelo bairro, compras, pela demonstração do desejo de sair só, dessas pessoas e pela criação dos vínculos de confiança entre os moradores e acompanhantes. Isso era fortalecido nas reuniões de equipe para discussão de qual morador tinha autonomia para sair sozinho da residência. O treinamento dessas competências sociais pela equipe de acompanhantes e coordenadora têm sido de grande eficácia para ajudar esses usuários a adquirir e manter habilidades necessárias à sua reinserção social, resgatando sua autoestima e confiança nas competências sociais que “esqueceram”, que já tinham adquirido ao longo de suas vidas

Com o passar dos meses e de todos esses cuidados tomados entre equipe da residência (acompanhantes comunitários e coordenadora) e do CAPS parceiro da residência, os moradores que no PTS - Projeto Terapêutico Singular, proposto estava participar do CAPS, começaram a ir sozinhos, em dia de oficinas, já que três dos moradores freqüentavam o CAPS três vezes por semana. O acompanhante só ia acompanhando-os em dia de consulta médica para poder repassar a medicação que eles tomavam e como estava seu comportamento na residência.

Podemos relatar também o resgate dos seus desejos, trocas afetivas, quando uma das moradoras vai sozinha a uma feira no metrô, próximo ao SRT, fazer compras pessoais: roupas, bijuterias; com o dinheiro que recebe de uma outra usuária do serviço, quando realiza alguma atividade para a mesma, como: limpar o quarto desta usuária, ajudá-la no preparo da refeição no dia que a usuária é responsável pela alimentação, desenvolvendo, assim, uma relação de autonomia: trabalho através de troca relacionais – rede de negociação.

IV- Vinculo Familiar

De acordo com Covero (2004), família é um grupo que constitui um campo de relações entre pessoas que compartilham significados de suas experiências existenciais. Onde esse grupo familiar, através dos tempos vivenciados, assume papéis sociais de procriar e criar filhos saudáveis e prepará-los para o mercado profissional e a vida na coletividade

O vínculo familiar é um dos fatores de maior ruptura na vida dessas pessoas, vidas marcadas por perdas, desencontros, fragilidades e rupturas da convivência familiar, permeada pela não aceitação, rejeição por parte da família ao transtorno mental. Diante de um contexto de discussão e necessidades de serviços de saúde mental que pudessem dar vez e voz a essas famílias, percebendo assim, que era necessário ampliar o olhar sobre o familiar do usuário de saúde mental, diminuindo o julgamento sobre os mesmos. Isso foi possível a partir da aproximação do usuário à sua família e à comunidade.

Dos oito usuários do serviço, três dos que estão na residência não tem suporte familiar. Com essas rupturas essas pessoas vieram a habitar as ruas da cidade, em meio à estigmatização que a loucura provoca, e assim foram recolhidos e levados ao hospital psiquiátrico.

Os profissionais do SRT, através do diálogo e da busca de entender a narrativa de vida de cada usuário, conseguiram retomar o contato com as famílias de alguns dos usuários, buscando conhecer que tipos de relações essas famílias tinham com seu familiar adoecido, formas de sobrevivências, de afetividades, de situações vivenciadas, até o momento da ruptura desses vínculos.

Segundo Silva et al (2010) a aproximação da família ao seu sujeito adoecido se faz de suma importância, já que não podemos pensar num processo de atenção psicossocial se não houver outros agentes envolvidos e comprometidos com o sujeito que sofre, onde essas famílias nos possibilitam entender os significados do adoecimento psíquico para aqueles que convivem com essa experiência e as mudanças vividas e sentidas pela família. Wagner (2002) defende ainda que a família, independentemente da estrutura, configuração e contexto, é o cenário onde se vivenciam as mais intensas e marcantes vivências, promovendo assim o desenvolvimento de seus membros.

Um dos pontos mais delicados a ser resgatado de todos os usuários do SRT era o da relação familiar, a relação de como esses vínculos foram perdidos ou/e prejudicados no processo de institucionalização e tratamento. Podemos citar como exemplo o caso de duas das senhoras do SRT que num período de oito anos de internação psiquiátrica nenhum de seu familiar ia visitá-las, familiares esses que residiam na mesma cidade em que elas estavam internadas. Qual seria o significado para essas famílias desse membro com problemas psíquicos?

Cada família é singular, tem rotinas, rituais, crenças, sendo fundamental buscarmos conhecer tais pontos para podermos aproximar-nos desta realidade e identificarmos como esses fatores podem contribuir e/ou prejudicar o processo de cuidado, cura e acompanhamento de um de seus membros.

Essas singularidades fazem com que as famílias de pacientes psiquiátricos muitas vezes não consigam conviver com o seu familiar doente. As dificuldades de lidar com as crises vividas, com a culpa, com os conflitos familiares emergentes, com o pessimismo de não conseguir enxergar uma saída para o seu familiar, pela complexidade do tratamento e pela expectativa frustrada de cura, são os principais fatores que tornam a convivência com o seu familiar doente quase sempre impossível. (COVERO, 2004).

A família é muito estigmatizada pela sociedade: comunidade, profissionais de saúde, que não leva em consideração a fragilidade, a sobrecarga, a falta de recursos econômicos e sociais, a debilitação da sua própria saúde, a falta de apoio para questões do seu dia a dia com o familiar doente. Onde muitas das vezes a família, por toda essa demanda, acaba por abandonar ou institucionalizar o seu familiar portador de transtorno mental ou, ainda, recusando-se a levar seu familiar para casa.

Segundo Bernal (2004), o mundo familiar se mostra numa vibrante variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas na busca de soluções para as vicissitudes que a vida vai trazendo. Algumas vezes essas organizações familiares não conseguem se organizar para lidar com o seu familiar com transtorno mental.

Atualmente na SRT cinco mantém contato com sua família, por meio de visitas dos familiares à residência, com frequência semanal ou apenas em atividades festivas. Esse contato com a família é visto como um fator facilitador da retomada de autonomia na vida dessas pessoas, através do afeto, carinho e da presença da família, ou seja, das referências afetivas delas, na tentativa de retomar vínculos afetivos mais remotos. Como podemos verificar no quadro 12 e 13 abaixo:

Quadro 12 - Indicadores de Autonomia na categoria Convívio Familiar: número de usuários envolvidos ao longo de seis bimestres do ano de 2009

Indicadores de Autonomia	1º Bim.	2º Bim.	3º Bim.	4º Bim.	5º Bim.	6º Bim.
Pedir para ligar para família:	0	0	3	6	6	6
Reencontrar com a família:	1	1	2	4	4	5

Fonte: Livro Ata/2009

Quadro 13 - Indicadores de Autonomia na categoria Convívio Familiar: relato dos Acompanhantes Comunitários.

- Pede para telefonar para seus filhos, durante a ligação se emociona e fica feliz.
- Ligam para familiares, onde se emocionam e/ou ficam tranquilos;
- Recebem visitas de familiares nos finais de semana;
- Uma moradora não gosta quando o familiar de outra vem visitá-los;
- Emociona-se com a presença dos familiares;
- Socializam-se com os familiares dos outros;
- A ausência da visita de um parente por um período de dois meses provoca agitação e agressividade em um dos moradores, onde ele pede um chá para se acalmar porque está muito confuso, “perturbado”.

Fonte livro ata/2009

Mas para dois dos usuários é visto como um fator de dependência, usuários esses que tiveram rupturas nas relações familiares no seu passado, e que atualmente, quando recebem visitas de familiares de outros usuários os mesmos se incomodam, e se isolam desse contato social. Como também temos um caso de uma usuária que expressa o desejo de retomar por conta própria a convivência no seio familiar. No entanto, esta família não aceita o retorno de “E”, seio este que

exclui o seu doente mental, e que não o aceita quase sempre por não saber como lidar com esses tipos de transtornos, não possuir condição objetiva: materiais, financeiras, para suprir as necessidades do seu familiar. “Quero ir morar com minha irmã, porque vou ter meu quarto sozinho, e minha família de verdade.” (ENTREVISTA COM MORADOR, 2009)

Com essa expressão presenciamos em alguns usuários o desejo de habitar um local considerado “normal”, a casa da sua família, deixando de fazer parte da casa dos “loucos”, como é visto o SRT.

Podemos dar como exemplo o de uma usuária do serviço que perdeu todos os contatos familiares. Sua família residia em outro estado, e numa história de rupturas de quase 30 anos de afastamento familiar não foi possível localizá-los. Esta usuária desenvolveu vínculos afetivos com moradores da comunidade, em momento de lazer no parque do bairro em que fica a residência terapêutica, mas não traz esses novos “amigos” para conhecer sua “casa” afirmando que não convida os amigos porque não quer que eles vejam que a mesma reside na casa de pessoas doentes, marcando encontro com os mesmos num parque da comunidade. Essa usuária não se aceita como constituinte do ambiente familiar que é o SRT, por se sentir não fazendo parte do contingente de pessoas com transtornos psiquiátricos. Já que veio habitar esse espaço “manicômio”, devido a ter perdido todo o contato com sua família de origem, vindo a morar na “rua” em São Paulo, durante três anos, até ser recolhida pela Polícia Civil e levada ao Hospital Vera Cruz.

O SRT constitui uma grande família. Já que segue os princípios de um seio familiar que são: respeito ao próximo, respeito aos direitos de cidadania, privacidade, possuindo normas para boa convivência de todos. Mas isso não impede da equipe ver na família de origem um parceiro singular e fundamental na reabilitação dos usuários do serviço. Dos oito moradores, três retomaram o contato com seus familiares, contato este que estavam 100% prejudicados e que, por conseguinte, apresentaram uma melhora significativa no humor, nas relações de afeto com os demais usuários do serviço e com os profissionais.

Família é um espaço de pessoas empenhadas umas com as outras, com relações familiares constituídas a partir das trocas com outras esferas: Estado, mercado, associações, movimentos, lugar melhor inventado para fazer gente. (MIOTO, 2003, p. 14)

A família favorece e potencializa a troca da narrativa de vida dessas pessoas. Este familiar possui o saber das experiências de vida, quase sempre calada pelo portador de transtorno mental pelo sofrimento psíquico que o acomete. Assim, baseada na Nova Política de Saúde Mental, nas perspectivas das idéias de Basaglia, as práticas de reabilitação das pessoas que sofrem de transtorno mental deve ter na comunidade: família, um protagonista do cuidado reabilitador.

Assim ver a família como um facilitador da reabilitação de eu familiar é percebê-la como um espaço de afeto e relações personalizadas significativas, que não envolvem somente a troca de amor, mas também necessita de condições concretas para o mesmo. Onde muitas vezes essa falta de condição gera nos membros da família culpa, raiva, vergonha e desamparo. Necessitando assim de uma política de apoio inserido no contexto de cuidado ao portador de transtorno mental.

Os outros usuários do serviço que não conseguiram retomar o contato com seus familiares foi devido à dificuldade financeira por parte da família, que reside em outro estado para vir visitar, e/ou por quebras nessas relações familiares, que até o presente momento desse trabalho não foi possível ser investido pela equipe de profissionais, o entendimento e contorno desse processo, visando se possível, o resgate desses vínculos.

Assim, Saraceno (1999) afirma que a doença não reside isolada e culpabilizante dentro do sujeito, mas no território virtual quer é a interação entre os membros da família, ou seja, os transtornos psíquicos são potencialmente geradores de sofrimentos e/ou modificadores de papéis nas relações familiares, onde o doente não é somente o paciente, a família adocece junto e sofre junto.

VI - Perspectiva Futuro:

Sabemos que a proposta das residências terapêuticas é o de devolver dignidade na vida das pessoas portadoras de transtornos mentais. O direito a essa dignidade ocorre através da reconstrução do direito de moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos ou não, direito a relações de trabalho, como também da sua reinserção social na comunidade. Para isso é importante entender a narrativa de vida dessas pessoas e quais seus anseios de vida futura, reconstruindo

junto com eles novos sonhos. No quadro podemos verifica anseios, desejos de planos de vidas dessas pessoas que, através das residências terapêuticas, tiveram a oportunidade de voltar a sonhar e acreditar nos seus sonhos.

Percebemos também que a manifestação desses sonhos se apresenta de uma forma difusa, sem uma perspectiva real de projeto. Podemos citar exemplo de um dos moradores do sexo masculino, que através do seu processo alucinatório, e pelo contato social com profissionais do CAPS, manifesta o seu desejo de ser médico. De realizar atividades de trabalho: artesanato, já que esse paciente participa da oficina de reciclagem onde cria objetos, com os materiais da reciclagem.

Como também de ver na possibilidade de ir morar com suas famílias a possibilidade da retomada dos vínculos familiares, da afetividade, da sua reabilitação psicossocial. Assim, pensar em reabilitação que desenvolva a autonomia é ampliar o olhar das possibilidades das ações na subjetividade de cada usuário, não os limitando. Onde toda a sociedade: família, comunidade e profissionais de saúde, devem se unir, ampliando seu olhar.

Quadro 14 Indicadores de Autonomia, categoria perspectiva futuras: percepção dos usuários.

* Como você imagina que vai ser sua vida daqui pra frente? *N- Com o Alexandre, e meus documentos, quero tirar meus documentos.*

- *Pra melhor, cada vez pra melhor, se não melhorar pelo menos ficar como está.*
- *Embora, quero ir embora pra casa da minha irmã*
- *Pra melhor né, melhorar das minhas pernas.*

Fonte: entrevista com moradores/2009

Quadro 15- Indicadores de Autonomia, categoria perspectivas futuro: relato dos Acompanhantes Comunitários.

- X compra CD de músicas que gosta, e a noite pede para ouvir e dança com uma acompanhante comunitária, para perder peso.
- Juntamente com uma acompanhante terapêutica, vão ajudar a uma vizinha fazer a mudança, ganha cada um R\$ 50,00 por isso, e algumas plantas para a residência terapêutica, manifesta vontade de trabalhar.
- Todos os usuários vão ao banco abrir conta poupança, juntamente com acompanhante comunitária.

Fonte: livro ata/2009

Não podemos deixar de ressaltar que algumas perspectivas futuras que seriam esperadas de serem manifestada por qualquer individuo podem ser entendidas que não são manifestadas, pelo processo natural de envelhecimento dos usuários do serviço. Apenas três dos oito moradores estão entre 38 á 50 anos, os demais possuem mais de 50 anos. Assim, há limitação do SRT em relação à real autonomia da categoria perspectivas de futuro. Como exemplo dessa sub categoria: o desejo de um dia todos os seus usuários virem a se gerir sozinhos, morar só; não seria possível, pelo processo de envelhecimento onde a maioria do seus usuários se encontra, que os impossibilitam de trabalhar – realizar seu autosustento.

Logo, tendo como conceito de dependência, o momento em que se encontra uma pessoa com incapacidade psíquica, física ou intelectual, resultante de transtorno mental grave, que não consegue realizar as atividades da vida diária, analisou-se os indicadores de dependência dos usuários das residências terapêuticas. Esses indicadores estão associados ao grau de limitação do transtorno psiquiátrico que o usuário apresenta, ao tempo de internação no hospital psiquiátrico e ao processo de envelhecimento que 70% dos usuários do serviço se encontram.

Os moradores nesse processo de desospitalização apresentavam-se mais dependentes, necessitando de apoio, no cuidado com a saúde, na ajuda para preparar sua alimentação, nos cuidados pessoais: como tomar banho, escovar os

dentes, na administração do dinheiro, e na demonstração de suas vontades e desejos.

Nos dois primeiros meses de implementação da residência, eles permaneciam a maior parte do tempo nos quartos, fumando e só desciam para almoçar e jantar, demonstrando a sua limitação pelo longo tempo de internação, já que essas atividades são desempenhadas de forma sistemática pelos funcionários dos hospitais, prejudicando o desenvolvimento da autonomia dos internos, como podemos verificar no quadro 16 através da fala dos próprios usuários do serviço, através da entrevista com os mesmos, como também no quadro 17 no relato diário dos acompanhantes comunitários.

Um dos cuidados que a equipe de acompanhantes procurava ter na sua rotina de trabalho era de não fazer por eles e sim com eles, estimulando-os continuamente, visando desenvolver essa capacidade de autogerenciamento das atividades da vida cotidiana.

Dentre os principais indicadores de dependência verificados no início do funcionamento do SRT podemos citar: a não decisão sobre o local de moradia, e/ou com quem queria dividir o quarto que iriam habitar na SRT, não fazer compras sozinho, não sair sozinho, não conseguir criar vínculos sociais e/ou com locais na comunidade, não conseguir se inserir em uma ocupação dentro da SRT ou até mesmo em espaços da comunidade, como também a ruptura dos vínculos com a família, onde nesse período de um ano de funcionamento da SRT podemos citar os seguintes exemplos:

Quadro 16- Indicadores de Dependência no processo de adaptação ao SRT:

- *“Foi o Luis que escolheu, quem ia morar em qual SRT de São Paulo, marcou lá, ele viu mais ou menos quem morava juntos, se dava melhor”. (L)*
Foi o psicólogo do hospital Vera Cruz que decidiu quem ia dividir quarto com quem, e quem iria para cada SRT, depois ele ouvia cada morador sobre a escolha definida por ele.
- *“Tudo que eu preciso ela (acompanhante terapêutica, privada) faz por mim – como compras pessoais.”*

- A senhora não pensa em fazer fisioterapia não dona “L”? L- *“não, minhas pernas não vão agüentar caminhar até lá”* – medo e limitações por tanto tempo institucionalizada.
- *“Posso sair tia! Mais não saio porque tenho medo de me perder ai saio com “N” ou “E”. É que elas são rodadas na vida, ai saio com elas.”*
- *“Eu não quero estudar não, eu não vou conseguir acompanhar as outras pessoas da turma”*

Fonte: entrevista com moradores/2009

Quadro 17- Indicadores de Dependência: relato dos Acompanhantes Comunitários.

Relacionado à Higiene:

- X pede para ajudá-lo a lavar suas roupas, ensiná-lo como funciona a máquina de lavar;

Relacionado à administração do dinheiro:

- Y mantém a Presença de Acompanhante Terapêutico, que vieram desde o Hospital Vera Cruz;

Relacionado à Alimentação:

- Ao ser limitado a quantidade de café por dia, afirma que a residência é uma prisão que o controla.

Relacionado ao longo período de internação:

- Alguns dos oito moradores têm medos de saírem sozinhos, cair na rua, devido sofrer de epilepsia, medo da policia; de macumba (crenças).

Fonte: livro ata/2009

V – Relações de Trabalho e Administração de dinheiro

No transtorno mental, no longo período de internação e pelo uso sistemático de psicotrópicos, os fatores de autonomia mais prejudicados são atenção e concentração. O controle do próprio recurso financeiro é limitado, apenas dois dos oito moradores têm condição de gerenciar seus próprios recursos, os demais têm dificuldades desde reconhecerem os valores das notas, como em fazer uso das mesmas, como demonstra a análise do livro ata no quadro 18.

Quadro 18 - Indicadores de Dependência, categoria Administração de dinheiro: percepção dos usuários.

- *“A Célia guarda meu dinheiro, vou acompanhada com a Juracy no banco.”*
- *Na reciclagem tia posso fazer coisas para vender e ganhar vinte e trinta reais para por na minha carteira, que já dá 50,00, para tirar as Xerox, dos registro, no meu nome, e colocar na minha bolsa os documentos né... uma caixinha pra guardar minhas coisinhas”. (nesse momento “j” fala de suas criações a partir de matérias recolhidos nas oficinas de reciclagem do CAPS, onde ele colhe materiais e cria coisas para seu próprio uso, como também relata os armários e cuidados que os acompanhantes tem com os documentos pertencente aos moradores).*

Fonte: entrevista com os moradores/2009

O trabalho como um dos princípios reabilitadores da autonomia é algo que durante um ano de implementação do SRT não foi possível ser completamente explorado, devido a outras demandas mais urgentes do serviço e dos usuários. Mas, podemos citar como exemplo, um usuário do serviço que possui o potencial para ser reinserido no mercado de trabalho. J é um morador com quadro alucinatório, para diminuir seu grau de dependência e favorecer o contato, criação de vínculo, foi utilizado como estratégia de aproximação o recurso de incluí-lo na oficina de reciclagem do CAPS para buscarmos um contato com o seu mundo e aproximá-lo

do mundo real, da ocupação e contato sociais. Onde atualmente desenvolve trabalho de criação de objetos, a partir de materiais reciclados, para uso próprio e para presentear outros usuários do serviço.

Já o controle financeiro é realizado através de um livro de anotações de cada morador, onde tudo que é comprado é anotado e conversado com eles, como podemos conferir no quadro 19. Isso ocorre porque apenas um dos usuários possui a habilidade da administração financeira, onde os demais necessitam de orientação e controle por parte da equipe de funcionários do serviço. Assim, a coordenadora da casa juntamente com os acompanhantes comunitários fazem o controle financeiro, onde cada morador possui uma conta bancária.

Quadro 19 - Indicadores de Dependência, categoria Administração de dinheiro: relato dos Acompanhantes Comunitários.

- Administração do dinheiro, gasto com coisas desnecessárias, gastam excessivamente, onde a coordenadora da casa faz o controle desses gastos;

Fonte: livro ata/2009

CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O processo de reabilitação psicossocial busca de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços da comunidade. Desse modo, a inserção em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Iniciaremos a nossa discussão demonstrando o grau de autonomia e de dependência em um ano de implementação da SRT.

Comparação do grau de dependência dos usuários depois de um ano de implementação da SRT – Perdizes

Os quadros abaixo mostram o grau de dependência que moradores da SRT apresentavam quando chegaram à residência terapêutica, e as mudanças, após um ano de implementação da mesma. Podemos verificar que logo após a mudança (dado esse advindo do Hospital Vera Cruz) os moradores apresentavam grau de independência nos quesitos: banho, vestuário, alimentação, que ao ser verificado pela equipe, não era de total independência já que necessitava de auxílio dos acompanhantes para um banho efetivo. Devemos, a partir de tal dado, ampliar o olhar sobre a questão do significado do corpo para esses usuários, que recusam-se a tomar banho - que significação simbólica tem o banhar, será que foram pessoas marcadas por algum tipo de violação do corpo? Hipótese que devem ser valorizadas e ampliadas pelo olhar por parte da equipe que compõe o SRT.

GRAU DE DEPÊNDENCIA – DEZ/ 2008	Banho	Vestuário	Alimentação	Socialização	Comunicação	Sit. Familiar	End. Conhecido
Fofinha	indep.	indep.	indep.	boa	boa	s/família	Não
Cris	dep.	indep.	indep.	boa	boa	c/família	Sim
Paulinha	indep.	indep.	indep.	precária	precária	s/família	Não
Miguel	indep.	indep.	indep.	boa	boa	s/família	Sim
Silvia	indep.	indep.	indep.	boa	boa	abandono	Não

Neusa	dep.	indep.	indep.	boa	boa	s/família	Não
Thiago	dep.	indep.	indep.	boa	boa	c/família	Sim
Marcelo	dep.	indep.	indep.	boa	boa	abandono	Sim

GRAU DE DEPÊNDENCIA – DEZ/ 2009	Banho	Vestuário	Alimentação	Socialização	Comunicação	Sit. Familiar	End. Conhecido
Fofinha	indep.	indep.	indep.	boa	boa	c/família	Sim
Cris	dep.	indep.	indep.	boa	boa	c/família	Sim
Paulinha	indep.	indep.	indep.	boa	boa	s/família	Não
Miguel	indep.	indep.	indep.	boa	boa	s/família	Sim
Silvia	indep.	indep.	indep.	boa	boa	c/família	Sim
Neusa	dep.	indep.	indep.	boa	boa	s/família	Não
Thiago	dep.	indep.	indep.	boa	boa	c/família	Sim
Marcelo	dep.	indep.	indep.	boa	boa	c/família	Sim

O comportamento de dependência apresentado na residência terapêutica pelos usuários do serviço, no período de mudança para a SRT, pode estar relacionado ao longo tempo de permanência - internação que estiveram submetidos no Hospital Vera Cruz. Esse longo período de internação leva ao alheamento, perda de autonomia, identidade e singularidades na vida dessas pessoas, onde os moradores apresentavam importantes limitações nas habilidades de vida cotidiana. Segundo Oliveira (2009) o hospício cerceia a liberdade de tal modo que não se sabe mais viver livre.

Assim a análise dos livros ATA, anotações da pesquisadora e relato dos acompanhantes comunitários, bem como de entrevista com os moradores, demonstra que o grau de evolução da autonomia ou de dependência está relacionado ao tempo de experiência, de oportunidade de experiência do novo, situações que favorecem o dispositivo de assistência, onde essas ações devem ser levadas em consideração na hora de pensar estratégias de como favorecer a retomada de autonomia na vida de cada usuário.

De acordo com Fassheber e Vidal (2007), inseridos nesse novo cenário, o sujeito se engaja em um projeto individual de vida que construirá

subjetivamente, através de seus desejos pessoais. A cidadania que lhe fora roubada pelo longo período de institucionalização é, enfim, recuperada. O morador readquire seu poder contratual e sua autonomia, passando a ser sujeito de sua própria história.

Uma característica importante dessa retomada de poder contratual e de autonomia que foi levantada nas entrevistas com os acompanhantes e a coordenadora é o acesso a um ambiente comunitário que estimule a participação dos usuários em atividades cotidianas como ir ao supermercado, compras na panificadora e a organização dos trabalhos da casa, mediante um plano de intervenção individualizado, que proporciona a retomada das habilidades básicas para a vida em comunidade.

Saraceno (1999) diferencia o “estar” no manicômio do “habitar” em uma casa. Na primeira condição, o sujeito se coloca de forma passiva perante a instituição, enquanto, no segundo caso, há a construção de uma nova realidade, na qual o sujeito atua de forma ativa em seu novo espaço de moradia. O SRT representa esse habitar, uma casa como qualquer outro ambiente familiar, permeado por princípios, normas para uma boa convivência e formação de pessoas cidadãs, com direitos e deveres.

Como exemplo de uma das regras podemos citar a organização dos quartos. Para melhor adaptação dos usuários a essa nova realidade de vida, eles foram organizados nos quartos pelos vínculos afetivos criados já desde o hospital psiquiátrico. Eles estão divididos em dois moradores por quarto. A divisão foi pensada junto com a equipe de trabalho da SRT e a equipe do hospital Vera Cruz, levando em consideração as afinidades que eles apresentavam.

Os cuidadores assumiram o papel de facilitadores dessa nova realidade de vida, colocando ordem de prioridades, onde começava uma individualidade de verdade. Os usuários escolhiam com quem queriam dividir o quarto, o que gostariam de comer no almoço, no jantar; que horas iriam acordar, que roupa vestir, quem iriam convidar da família e/ou da comunidade para participar de eventos comemorativos na casa, quando receber ligações e vistas de familiares, sempre que achassem necessário.

Dos oitos moradores cinco mantém contato com sua família, por meio de visitas dos familiares à residência, com frequência semanal ou apenas em atividades festivas. Esse contato com a família é visto como um fator facilitador da

retomada de autonomia na vida dessas pessoas, através do afeto, carinho e da presença. As famílias representam as raízes das histórias passadas de cada indivíduo, suas dimensões singulares, suas culturas, sendo as referências, onde, através dos contatos com as mesmas, facilitou a ressignificação do olhar da equipe de profissionais e ampliou o entendimento de boa parte dos comportamentos e da história de vida dos usuários. “A família é o elemento que liga o indivíduo solto no mundo a alguma forma de comunidade social.” (SOUZA, 2009, p. 44)

Souza (2009) nos mostra ainda que, o que os pais, ou figuras que os substituem, transmitem a seus filhos, quer tenham consciência disso ou não, é toda uma visão de mundo e de ser gente, que é peculiar à classe que eles pertencem. Onde esse aprendizado é transmitido afetiva e silenciosamente no refúgio dos lares.

A aproximação com as suas famílias apresentavam o contato e enfrentamentos de um passado marcado por perdas e rupturas nesses vínculos. Pessoas que vinham de um passado de esquecimento, quebras dos modelos familiares, abandonos onde até mesmo havia falta de registro, “pessoas que nem sequer existiam em registros”, na residência foram retomadas as suas histórias de vida, o porquê deles terem perdidos os contatos com seus familiares, a reaproximação, como também o retorno a direitos de cidadania, onde uma das usuárias, que não possuía documento, por ter perdido contato total com sua família (não foi localizada, já que residia em outro estado há mais de 40 anos) pode pelo menos retomar seu direito de cidadã, readquirindo um nome, seus documentos.

Durante os primeiros dias de funcionamento da residência o que mais me marcou como pesquisadora e funcionária foram a adesão à proposta de vida própria, com todos os anseios e medos que uma nova fase de vida apresenta. Adesão vista como uma possibilidade de escapar da vida imposta pelo hospital psiquiátrico, de retomar a vida que fora perdida, na institucionalização, retomando o aprendizado afetivo, num espaço de dependência e identificação emotiva e incondicional dessas pessoas com um habitar – SRT.

No geral todos os moradores nesse processo de desospitalização apresentavam-se mais dependentes, necessitando de apoio, no cuidado com a saúde, na ajuda para preparar sua alimentação, nos cuidados pessoais: como tomar banho, escovar os dentes; na administração do dinheiro e na demonstração de suas vontades e desejos, ou seja, no re-aprendizado das habilidades individuais e sociais.

Durante um ano de implementação desse serviço, as relações interpessoais desempenhada pelos usuários se apresentam de uma forma satisfatória, mesmo com alguns conflitos de interesses, de espaços, eles têm um bom diálogo e convívio, fato esse que pode estar relacionado ao critério de antes de vir morar na residência, eles já faziam parte de uma vila no Hospital Vera Cruz – “O Moradia”; esta vila proporcionava interação entre os internos, desempenhava essa função de casa – habitar.

O “Moradia – A Vila” possuía o campo psicossocial como referência teórica-prática e servia de espaço coletivo de convivência, nos modelos de uma casa, para que os pacientes, após longo período de internação, possam se aproximar outra vez da rotina em uma residência terapêutica ou junto de familiares. É preciso refazer os laços afetivos antes de devolver os pacientes para suas casas ou residências terapêuticas. (LOURENÇO, 2009)

Assim a equipe de funcionários do SRT desempenhava a função familiar, do aprendizado afetivo, da transmissão de conhecimento silenciosa, relações interpessoais e afetivas, muitas vezes marcadas por algumas dificuldades. Dificuldades impostas pelas limitações como pessoa dos profissionais que atuam na área de saúde mental. Segundo Santos et al (2010) o trabalho em saúde mental, que quase sempre acomete o contato com pessoas que alucinam, deliram, vivem num mundo de fantasias, perseguições, acaba exigindo do profissional um contato direto com situações que levam à vulnerabilidade emocional.

Para a minimização dessas limitações, algumas estratégias foram pensadas e colocadas em práticas. Após oito meses de funcionamento da residência foi pensado em realizar rodízio das duplas de acompanhantes comunitários do dia, com o objetivo de diminuir pré-conceitos na equipe, resultando numa maior clareza do que é papel de cada um, tanto na relação com o morador como com o colega de equipe, como também quanto à relação com a coordenadora.

Esse rodízio favoreceu o fortalecimento dos vínculos entre toda a equipe, resultando numa maior integração e vinculação de todos da SRT. A partir do treinamento da competência social, ou seja, das saídas com os acompanhantes, passeios pelo bairro, compras, pela demonstração do desejo de sair só, e pelo fortalecimento dos vínculos de confiança entre os moradores e acompanhantes, é que a vulnerabilidade emocional foi sendo amenizada.

Temos que ter em mente que a mudança dos cuidados do hospital para a comunidade por si só não garante a modificação no desempenho dos usuários. É a organização do serviço, o treinamento e constante capacitação da equipe e as intervenções realizadas de reabilitação psicossocial que estão diretamente relacionadas com as mudanças observadas nos moradores, independente do grau de limitação psicossocial dos usuários do serviço.

Este processo de reabilitação psicossocial na comunidade através das SRT(s) possibilita aos usuários do serviço a reconstituição de seu cotidiano, onde a equipe técnica deve estar atenta às necessidades de cada um, às suas capacidades, resgatando a sua cidadania e a aquisição de autonomia para desempenho de tarefas ocupacionais, até então aprisionadas e perdidas nos manicômios.

Assim, as residências terapêuticas são um dispositivo repleto de sentido na reconstrução da vida dessas pessoas acometidas por transtornos mentais, onde eles têm a possibilidade de reconstruir seus projetos de vida.

CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados anteriormente apresentados e nos objetivos desta pesquisa, pode-se concluir, que o processo de constituição e implementação de um SRT requer a superação de muitos desafios. A complexidade dos problemas causados pelo sofrimento psíquico e pela exclusão social requer manejos de uma rede de serviço na área da saúde mental.

Dentre esses desafios esta o de conhecer a narrativa e o cotidiano desses usuários que compõe o SRT, cotidianos permeados por uma subjetividade que emerge das relações com um novo meio social. Meio social este que possibilita trocas afetivas, relações de trabalho, direitos e deveres como cidadãos. Assim, a construção da cidadania na vida dessas pessoas acometidas por algum transtorno mental depende de uma combinação de técnicas de apoio individual (fármacos, processos psicoterápicos, reabilitação física) com outras de feições mais sócias – culturais como a socialização, a capacitação para o trabalho, para a convivência, para vida em sociedade. Os Serviços Residenciais Terapêutico apresentam-se como um dispositivo pensado, em retomar essas técnicas, permitindo que o usuário do serviço tenha o apoio – a acolhida, mas que também possa ter o comando, da sua própria vida – liberdade de escolhas.

Ao Analisar o processo de autonomia e dependência promovidas pelo dispositivo SRT, num período de um ano de implantação deste serviço, levantamos três categorias que foram e devem continuar a serem estimuladas na rotina do SRT, para possibilitar a autonomia na vida dos usuários, que são: o *Auto-Conceito*: que o usuário tem das suas possibilidades de ações e dos seus limites; *Relações Afetivas*: o respeito que eu tenho pelo o outro, nas expressões dos sentimentos, e nas praticas afetivas e/ou sexuais; e a *Inserção Social*: nas possibilidades de inserção na comunidade: família, lazer e trabalho.

A residência terapêutica atua como dispositivo facilitador para tais reconstruções, propiciando a criação de novos vínculos sociais através da proposta de plena integração do indivíduo à sociedade. Assim, o direito à cidadania que lhe fora roubada pelo longo período de institucionalização é, enfim, recuperada. O usuário readquire o seu poder contratual e sua autonomia, passando a ser sujeito de sua própria história.

É preciso atentar para o caráter residencial desse dispositivo de cuidado. A residência terapêutica é, acima de tudo, um lar que estimula a convivência social, a liberdade e a construção de novas possibilidades de vida, diferenciando-se, assim, dos demais serviços substitutos de saúde mental oferecidos atualmente; onde assume efetivamente a função de moradia, permitindo aos usuários a construção de um novo espaço subjetivo. Nesses locais, às histórias e vivências de cada um são permeadas pelas experiências com os colegas da casa, com os vizinhos e com toda uma nova gama de laços sociais que serão estabelecidos.

Assim ao analisar os níveis de autonomia e de dependência dos usuários das residências terapêuticas e os comportamentos de autogerenciamento e não gerenciamento dos usuários verificou que a atitude da equipe de funcionários juntamente com o entendimento e ressignificação da narrativa de vida de cada usuário, fez a diferença para alcançar alguns dos níveis de autonomia. Em relação à dependência, foi possível percebermos que não é somente o quadro clínico do usuário que limita as habilidades e suas capacidades, mas sim algumas características da atuação do A.C, em ter dificuldades de entender o processo simbólico da história de vida dos usuários, mediado pelo despreparo dos profissionais, a falta de investimento em treinamento das habilidades cotidianas, e a estigmatização dos pacientes. .

Assim, a construção subjetiva do cotidiano, onde os usuários recuperam a identidade social deteriorada pelos anos de confinamento no manicômio, possibilita a retomada de autonomia nas categorias citadas: auto-conceito, relações afetivas, e inserção social. Ou seja, a casa assume a função de abrigo, mas, ao mesmo tempo, atua como o espaço onde o sujeito resgata a sua cidadania e passa a ser sujeito ativo na reconstrução de sua identidade contemplando a complexidade e as demandas particulares de cada pessoa, num constante processo de reconstrução/superação, nos quais são produzidas possibilidades sempre novas e plurais.

Há a necessidade de se avançar nas construções das possibilidades de ocupação – trabalho e das práticas afetivas, na vida dessas pessoas, dentro das condições de saúde e de habilidades de cada usuários, já que não possuímos regras, normatização de inclusão dessas pessoas no mercado de trabalho, como

também o das práticas afetivas já que, em qualquer lar, existem interdições, normatizações para que seja possível uma boa convivência. Podemos fazer analogia as Repúblicas Estudantis, onde jovens que deixam a casa de seus pais, sem laços consangüíneos, vão morar juntos, para ganhar independência, onde tem que apreender a conviver com pessoas de hábitos diferentes e passam a ter obrigações na execuções de tarefas, para que a convivência seja possível.

Será que em alguns anos os SRT(s) poderão constituírem-se como uma República? Onde essas pessoas possam se organizar, de forma a gerir seus próprios recursos, sem necessidade de algum profissional da saúde. A autonomia dos usuários do SRT estudado poderia ser bem mais desenvolvida se houvesse um maior investimento na participação da vida familiar e comunitária. Para isso, se faz necessário, um trabalho junto a estas instâncias, já que a produção de autonomia não se dá em si para si. Ocorre no encontro, nas interfaces psicossociais. A conclusão deste trabalho não se esgota aqui. Ainda há muito que extrair das falas deste e de tantos outros usuários que participam hoje do programa de residências terapêuticas. A conquista do novo lar, de novos laços sociais e de novas experiências no cotidiano representam processos extremamente complexos, especialmente por envolverem a subjetividade de cada usuário, da equipe de profissionais que a compõe, e da comunidade onde o SRT esta inserido.

Reconstruí os projetos de vida de pessoas marcadas por rupturas, percas, de acordo com suas expectativas de vida e referências, deve ser o pilar das estratégias da equipe que compõe um serviço residencial terapêutico, ou seja, a constituição do sujeito de direitos, cidadãos. É preciso que os profissionais em saúde mental estejam atentos as suas práticas para que não reproduzam a cultura manicomial.

A residência terapêutica é um dispositivo assistencial de grande relevância para a atenção em saúde mental, não representa o fim da Luta Antimanicomial, mas uma possibilidade de luta, contra marginalização, estigmatização das diferenças na sociedade atual. Uma vez que permite a emergência de novas e ricas experiências para o sujeito, sejam elas de alegrias, saudades, desencontros, conquistas. A vida é tudo isso, e não cabe a nós decidir quem pode e quem não pode vivê-la em plenitude.

Tais experiências continuarão a ser vivenciadas pelos usuários dia após dia, o que indica que, no momento em que se encerra esta pesquisa, novas referências e possibilidades continuarão a ser construídas.

Apesar de algumas dependências se manterem, no período de um ano, a transferência do local de tratamento e da assistência de reabilitação utilizada, mostrou-se satisfatória para maioria deles. Espera-se que mudanças significativas possam continuar a ocorrer a partir de investimento contínuo dos profissionais de saúde e da sociedade, em ações de reabilitação psicossocial na vida dessas pessoas.

BIBLIOGRAFIA

ALLONNES, R. V. et al. *Os Procedimentos Clínicos nas Ciências Humanas - Documentos, métodos, problemas*. São Paulo: Dunod, 2004.

AMARANTE, P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania, e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. *Revista Saúde em Debate*. Dez/1994.

ANDRADE, A. N.; MOREIRA, M. I. B. Ouvindo Loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. *Revista Psicologia, Saúde e Doença*, 2003 - 4(2), p. 249-266.

BASAGLIA, F. *Psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BERNAL, E. M. B. *Arquivos do Abandono*. São Paulo: Ed. Cortez, 2004.

BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. *Pesquisa Qualitativa de serviço de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Decreto Lei nº. 8/2010. Diário da república. 1º Série. nº 19. 28 de Janeiro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental*. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Documentação e Informação. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residências Terapêuticas O Que São, Para Que Servem*. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde. 1º Edição. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Lei n. 8/2010 de 28 de janeiro. Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA N. 106 de 11 de fevereiro de 2000. Brasília.

BRASIL. Ministério do Estado da Saúde. Portaria n. 246/GM de 17 de fevereiro de 2005. Brasília.

CAMARGO, L. G. *A Clínica e um Clínico no CAPS*. Dissertação (Mestrado). Psicologia Clínica. PUC-SP. 2006.

CASTEL, R. *Desigualdade e a questão social*. Org. Wanderley, M. B; Bogus, L; Yazbek, M. C. Ed: EDUC, 2000. São Paulo.

CEBES. Carta da Saúde: Por uma Reforma Sanitária contra a exclusão social e pela dignidade da vida humana. *Revista Saúde em Debate*. n. 43. p.7. Junho de 1994.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C; ROLIM, M. A. *Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença*. *Revista Escola Enfermagem. USP*. 38(2): 197-205; 2004.

COSTA, F.J. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 5º. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Garamound, 2007.

ELIA, L. *O Serviço Residencial Terapêutico - razões para dar suporte clínico a uma residencial*. Trabalho apresentado na Mesa: Serviço Residencial Terapêutico: razões para dar um suporte clínico a uma residência. III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2008.

EWALD, A. P.; SILVA, C. M. *Políticas em saúde mental - o que vem sendo produzido?* *Mnemosine*, v. 2, nº 1, p. 36 – 44; 2006.

FASSHEBER, V. B.; VIDAL, C. E. L. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Revista Psicologia Ciência Profissão*. v. 27 n.2, jun 2007, Brasília.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Aurélio Século XXI*. 3º. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GALLETTI, M. C. *Oficinas em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Dissertação (Mestrado). Psicologia Clínica. PUC-SP. 2001.

GODOY, Arilda S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresa*. v. 35, nº 2, Mar/Abr 1995, p.57-63.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7ª. Edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.

GONÇALVES, S. Lar de Acolhimento: implantação de um módulo residencial. *Jornal Brasileiro de psiquiatria*. Rio de Janeiro. v. 51, nº. 6, p. 391 - 396, Nov/dez 2002.

KINOSHITA, Tykanori. *Reabilitação Psicossocial no Brasil: Contratualidade e Reabilitação Psicossocial*. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1996.

KIRSCHBAUM, R. I. D; MOSTAZO, R. R. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. v. 11, n. 6, Ribeirão Preto, Nov/dez 2003.

LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. *Novas Veredas da psicologia social*. São Paulo: Ed. Brasiliense/EDUC, 1995.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. Cavalcanti. O sujeito coletivo que fala. *Revista Interface-Comunicação Saúde. Educ.* v. 10, nº 20, p. 517, Jul/Dez 2006.

MAANEN, Jonh Van. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface. *Administrative Science Quarterly*. vol. 24, nº 4. Dez. 1979, p. 539-550.

MESQUITA, J. F. *Quem disse que lugar de louco é no hospício? Um estudo sobre os serviços residenciais terapêuticos*. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú, 03 out. 2008.

MOREIRA, M. I. B.; ANDRADE, A. N. Habitar a cidade: análise de serviços residenciais terapêuticos. *Revista Psicologia e & Sociedade*. 19 (3): 46-54, 2007.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades. *Caderno de Pesquisa em Administração*. São Paulo, v.1, nº 3, 2º. Sem. De 1996.

OLIVEIRA, E. *Ouvindo Vozes: história do hospício e lendas do Encantado*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

OLIVEIRA, W. F. 0088/2008 – Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. *Rev. Saúde em Debate*, p. 13, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental, nova concepção, nova esperança*. Geneva: OMS, 2001.

PITTA, A. M. Fernandes. *Reabilitação Psicossocial no Brasil: O que é reabilitação social no Brasil, hoje?* São Paulo: Ed: HUCITEC, 1996.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev. Enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro. 15(2): 276-83, abr/jun 2007.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In TUDIS, S.A; COSTA, N.R. (Org.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987. p.15-73.

ROTELLI, F. *Desinstitucionalização*. Trad. Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, W. E. Reforma Psiquiátrica e o II Fórum Internacional. *Cad. Bras. Saúde Mental*, vol. 1, nº 1, jan/abril 2009.

SARACENO B. *Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SAWAIA, B. *As armadilhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.

SCHRAMM, W. Notes on case studies of instructional media projects. *Working paper, the Academy for Educational Development*. Washihgton, DC, 1971.

SILVA, C. S; DALMOLIN, B. O cotidiano familiar de quem vivencia o transtorno mental. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 34, nº 86, p. 549-558, jul/set 2010.

SILVA, M. V. O. *Como anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira? Avaliação, Perspectiva e Prioridades*. Conselho Federal de Psicologia, 2000.

SOUZA, J. *A ralé brasileira - quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SULYAMA, R. C. B; ROLIM, M. A.; COLVERO, L. A. Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? *Revista Saúde Social*. São Paulo, v.16, nº 3, p.102-110, 2007.

TENÓRIO, F. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: Historia e conceitos. *História, Ciências, Saúde Manguinho*. 19(1). Jan/abril 2002.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 7º ed. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

VASCONCELOS, Eduardo et al. *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. Rio de Janeiro/São Paulo: Encant Arte/Hucitec, 2005.

VIDAL, Cel.; BANDEIRA, M.; CONTIJO Ed. *Reforma psiquiátrica e serviços residências terapêuticos*. Minas Gerais: Artigo de revisão, 2007.

WAGNER, A. *Família em cena: tramas, dramas e transformações*. Petrópolis: Vozes, 2002.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. *As armadilhas da exclusão*. Petrópolis: Vozes, 1999.

1- ANEXOS:

- 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Usuários**
- 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Acompanhantes Comunitários**
- 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Coordenadora**

2- ANEXOS:**Parecer Comitê de Ética: PUC-SP****1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Usuários**

Voçê está sendo convidado(a) à participar, como voluntário em uma pesquisa. Sua participação se dará ao responder quatro perguntas, onde poderemos conversar aproximadamente por meia hora (30 minutos), sobre sua experiência como morador de uma residência terapêutica.

Sua participação será muito importante para entendermos como ocorre a rotina das residências terapêuticas, e quais atividades da residência favorecem a retomada de autonomia para sua vida.

Coloco-me a disposição como pesquisadora para retirar dúvidas. Gostaria de dizer ainda, que você tem o direito de se negar a participar da pesquisa, como também, depois de realizada as perguntas; de se negar a deixar utilizá-las para o estudo, sem nenhum prejuízo.

Se no momento que estivermos conversando você não se sentir bem, irei parar com a conversa, e tentaremos juntos entender o porquê dessa sua agitação, onde posso realizar um relaxamento para você se acalmar.

As informações que você der, serão mantidas em segredo não sendo divulgado o seu nome. Comprometo-me a utilizar tudo que você falar somente para esta pesquisa.

Meu nome é: Tammya Tercia O. R. da Silva; sou vinculada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: PUC-SP, Pós-Graduação em Psicologia Clínica, sob orientação da Dra. Edna P. Kahhale, onde você poderá manter contato pelos telefones: 7985-9123, ou 3670-8531.

Qualquer dúvida ou denúncia, quanto às questões éticas você ou algum responsável, pode procurar o CEP: SMS-SP, no endereço: Rua General Jardim, 36, São Paulo, telefone: 3397-2504; ou o CEP da PUCSP, Rua Ministro de Godoy, 969, subsolo, email: cometica@pucsp.br, fone: 3670 8466.

Autorização:

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa como voluntário.

Local e data _____/_____/_____/_____

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador responsável

2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Acompanhantes Comunitários

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo denominado: A Reforma Psiquiátrica e a Implantação de uma Residência Terapêutica na cidade de São Paulo, 2009; cujos objetivos e justificativas são: levantar qual o nível de autonomia e dependência dos residentes do SRT, num período de um ano de implantação deste serviço.

A sua participação no referido estudo se dará em dois momentos: no primeiro: autorizando a leitura e sistematização do livro ATA, onde constam todas as anotações da rotina da SRT; e num segundo momento, após sistematizado essas informações, iremos em equipe decidir quais os pontos mais relevantes a serem analisados na pesquisa; objetivando a construção de uma reflexão juntamente com a pesquisadora sobre as ações do trabalho dos Acompanhantes Comunitários, no processo de facilitação da busca de autonomia dos residentes da SRT. Assim, necessito que você autorize a consulta ao registro das reuniões dos acompanhantes comunitários.

Gostaria de informá-lo (a) ainda, sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrente do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Caso queira desistir da pesquisa a qualquer momento, será respeitada a sua vontade, podendo retirar seu consentimento a qualquer momento, sem sofrer nenhum prejuízo à sua função no trabalho.

As informações que você der, serão mantidas em segredo não sendo divulgado o seu nome. Comprometo-me a utilizar tudo que você falar somente para esta pesquisa.

Eu, Tammya Tercia Oliveira Ribeiro da Silva; pesquisadora vinculada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: PUC-SP, Pós-Graduação em Psicologia Clínica, sob orientação da Dra. Edna Peters Kahhale, colocamo-nos à disposição para tirar dúvidas no seguinte contato: 7985-9123, ou 3670-8531.

Será assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências.

Qualquer dúvida ou denúncia quanto as questões éticas você pode procurar o CEP: SMS-SP, Rua General Jardim, 36- SP, telefone: 33972504; ou o CEP da PUCSP, Rua Ministro de Godoy, 969, subsolo, email: cometica@pucsp.br, fone: 3670 8466.

Autorização:

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa como voluntário.

São Paulo,..... de.....de 2009

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador responsável

3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Coordenadora

Voçê está sendo convidada a participar de um estudo denominado: A Reforma Psiquiátrica e a Implantação de uma Residência Terapêutica na cidade de São Paulo, 2009. Cujos objetivos e justificativas são: levantar qual o nível de autonomia e dependência dos residentes do SRT, num período de um ano de implantação deste serviço.

A sua participação no referido estudo será no sentido de construir uma reflexão juntamente com a pesquisadora sobre as ações do trabalho como coordenadora, no processo de facilitação ou não, na busca de autonomia dos residentes de uma SRT, buscando contribuir com a pesquisa no sentido de entender quais destas ações favorecem a adesão ou não às atividades que possibilitam o desenvolvimento da autonomia dessas pessoas com transtornos mentais crônicos. Objetiva-se o desenvolvimento de um processo reflexivo conjunto entre pesquisadora e coordenadora, na perspectiva de se construir indicadores e parâmetros para facilitar o sucesso nas implementações das SRT(s).

Gostaria de informá-la que neste processo dialógico da pesquisa, poder-se-á esperar alguns benefícios, tais como: melhor integração da equipe de trabalho, maior esclarecimento das funções como coordenadora, que favorecem a tomada de decisões na direção da autonomia de todas as pessoas envolvidas, como também desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização; durante a entrevista pode ocorrer algum mal-estar e ou ansiedade ao se deparar ou tomar consciência de alguns limites próprios do processo de implantação de uma SRT. Caso a ansiedade for alta, a entrevista poderá ser interrompida por qualquer uma das partes, evitando-se constrangimentos e perda da autoridade que o cargo lhe confere.

As informações que você der, serão mantidas em segredo não sendo divulgado o seu nome. Comprometo-me a utilizar tudo que você falar somente para esta pesquisa.

Como coordenadora, será assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e

esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências; podendo acompanhar de perto todas as fases da pesquisa. Após a defesa do mestrado, onde se insere esta pesquisa, será entregue um relatório completo.

Eu, Tammya Tercia Oliveira Ribeiro da Silva; pesquisadora vinculada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: PUC-SP, Pós-Graduação em Psicologia Clínica, sob orientação da Dra. Edna Peters Kahhale, colocamo-nos à disposição para tirar dúvidas, a qualquer momento, no seguinte contato: 7985-9123, ou 3670-8531.

Qualquer dúvida ou denúncia, quanto às questões éticas você pode procurar o CEP: SMS-SP, no endereço: Rua General Jardim, 36, São Paulo, telefone: 33972504. ou o CEP da PUCSP, Rua Ministro de Godoy, 969, subsolo, email: cometica@pucsp.br, fone: 3670 8466.

São Paulo,..... de.....de 2009

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador responsável

São Paulo, 21 de Setembro de 2009
PARECER Nº 360/09 – CEP/SMS
CAAE: 0138.0.162.000-09

Para
Tammya Tércia Oliveira Ribeiro Da Silva
Sr(a) Pesquisadora

Projeto de Pesquisa: A Reforma Psiquiátrica e a Implantação de Uma Residência Terapêutica na Cidade de São Paulo, Bairro de Perdizes: 2009
Pesquisador Responsável: Tammya Tércia Oliveira Ribeiro Da Silva
Instituição: Pontifícia Universidade Católica De São Paulo – PUC-SP
Local onde os dados serão coletados: Serviço Residência Terapêutica (SRT) vinculado ao CAPS Perdizes
Observações: Trata-se de projeto de dissertação de mestrado na PUC-SP, Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, sob orientação da Prof.^a Edna Maria S. P. Kahhale.

Sumário Geral Do Protocolo

Será realizado um estudo de caso, focando os moradores de uma residência terapêutica - SRT, no bairro Perdizes, em São Paulo - SP, com a proposta de investigar a inserção dessas pessoas nesse serviço, por meio de observação participante, entrevistas com os residentes e pessoas que participarão da implementação da residência, e da história de vida desses indivíduos; com o objetivo de analisar qual o papel de produção de autonomia no modelo terapêutico proposto. (palavras da pesquisadora).

Objetivo Geral – Levantar qual o nível de autonomia dos residentes do SRT Perdizes, num período de seis meses de implantação deste serviço.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar os moradores dos SRT.
2. Identificar os comportamentos de autogerenciamento e não gerenciamento de si mesmo dos moradores do SRT.
3. Caracterizar as atividades dos acompanhantes comunitários vinculados ao autogerenciamento.
4. Comparar os residentes que aderem às atividades em busca de autonomia àqueles que não aderem, a fim de estabelecer possíveis determinantes da não adesão.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, com observação participante.

Como técnica de coleta de dados serão utilizadas:

1. Observação participante;
2. Entrevistas com moradores e história de vida desses indivíduos (não fica claro no texto se é dos moradores ou das pessoas que participarão da implementação dos SRT).
3. Entrevista aberta e depoimento de profissionais envolvidos no processo;

Serão também utilizados: diário de anotações (de campo) e livro de ata do SRT.

O estudo de caso terá como foco o período de janeiro a julho de 2009.

Os sujeitos do estudo são:

1. Oito moradores da SRT Perdizes;
2. Acompanhantes comunitários;
3. Pessoal de administração.

CAAE: 0138.0.162.000-09

Considerações

O presente projeto será realizado em um único serviço da Secretaria Municipal de Saúde da PMSP. A pesquisadora é funcionária do SRT em questão.

A metodologia impõe riscos e desconfortos mínimos.

Orçamento, cronograma e currículo das pesquisadoras estão adequados.

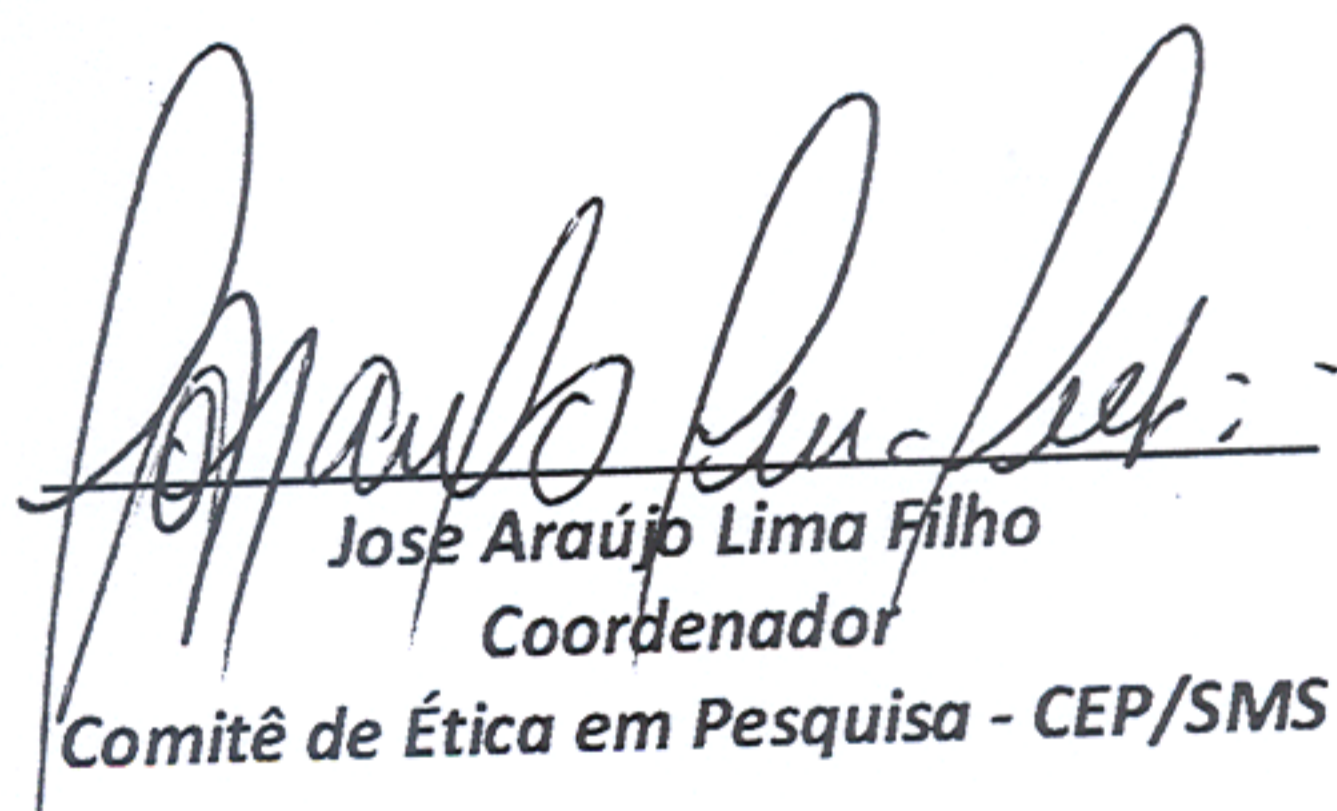
III - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Lembramos que, conforme a res. 196/96, inciso IX, item 2c, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este CEP, relatórios parciais e final sobre a pesquisa.

Atenciosamente,



José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS