

Graziela Klauck

**TERRITÓRIO, DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL: PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM
SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO**

Trabalho de Curso apresentado na Disciplina de
Trabalho de Curso II do curso de Psicologia da
Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Orientador: Prof. Dr. Moises Romanini

Santa Cruz do Sul

2017

Para todas às pessoas que tornaram possível a escrita deste trabalho, em especial aos meus amigos, familiares e participantes desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Ao concluir a escrita deste trabalho de curso, quero agradecer.

Aos meus pais, Libório [*in memoriam*] e Miriam, pelo amor e apoio incondicionais, pelo encorajamento, por vibrarem comigo nas pequenas conquistas e entenderem minhas ausências. Sem eles, nada disso seria possível, pois foram eles que investiram econômica e afetivamente na minha formação e me apoiaram na escolha desta profissão tão almejada. A eles, meu carinho e minha gratidão.

Ao meu namorado Leandro, pelo amor, pela paciência, por estar comigo apesar da distância geográfica e pela compreensão e apoio imensuráveis, tão essenciais na construção desta caminhada. Gratidão.

Aos meus queridos amigos, companheiros de caminhada e de luta, pelos encontros alegres, pelas discussões calorosas, pelas conversas demoradas, pelos abraços infindáveis e pela solidariedade.

Aos meus colegas do Curso de Psicologia, em especial aos que estiveram mais próximos a mim nas experiências de estágio, momento em que foram compartilhadas emoções, vivências e sentimentos.

Aos meus professores do Curso de Psicologia da UNISC, pelas importantes participações que tiveram em minha trajetória acadêmica. Em especial às professoras Simone Machado, Rosângela da Cruz, pela amizade, atenção e carinho de sempre e Teresinha Klafke, pelos ensinamentos, principalmente àqueles sobre a luta antimanicomial.

Ao meu orientador Moises, pela acolhida sempre carinhosa, pela dedicação, pelo importante e fundamental apoio e pela parceria na tessitura deste trabalho.

À coordenação do Serviço Residencial Terapêutico de Santa Cruz do Sul, por tão gentilmente abrirem as portas do serviço para que minha pesquisa se concretizasse e aos moradores com quem compartilhei experiências e sentimentos, pelos bonitos encontros e pelas importantes afetações que produziram e por me fazerem continuar a lutar pela Reforma Psiquiátrica.

Desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal, precisa ser inventado incessantemente. Trata-se de um exercício cotidiano de reflexão e crítica sobre valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros, que diminuem a vida e reproduzem a sociedade excludente na qual estaríamos inseridos (...). Trata-se de um outro modo de estar na vida e, como tal, de produzir práticas em saúde. Este é o desafio que enfrentamos: resistir a tudo aquilo que mutila a vida, que nos tornam subjetividades anestesiadas, sem liberdade de criação, destituídas de singularidade.

(ALEX R. ALVERGA; MAGDA D. B. DIMENSTEIN)

RESUMO

Os serviços Residenciais Terapêuticos surgem como estratégia para garantir a desinstitucionalização às pessoas internadas em instituições de longa permanência ou que não possuem vínculos sociais ou familiares, constituindo-se em um espaço de moradia que respeite suas necessidades e singularidades e promova a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania, possibilitando o envolvimento e a reconstrução das referências na comunidade. Esta pesquisa teve como objetivo compreender o processo de constituição do Serviço Residencial Terapêutico no município de Santa Cruz do Sul. Através de um estudo qualitativo realizado com técnicos e usuários deste Residencial, utilizou-se como metodologia principal a observação participante e o diário de campo. Faz parte do delineamento desta pesquisa a restituição ao serviço, no intuito de legitimar o que foi construído com os participantes. Os resultados e discussão foram escritos a partir de uma reorganização do que foi produzido nos diários de campo, através do qual foram criados três eixos para explicitar os resultados, mas que compõe assuntos comuns e que foram divididos apenas para fins de organização. Os eixos organizados tratam dos percursos da saúde mental que possibilitaram a constituição do Serviço Residencial Terapêutico em Santa Cruz do Sul; as implicações do morar, as práticas de cuidado e o processo de desinstitucionalização destes moradores; e os impasses e desafios na articulação do SRT com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial no município.

Palavras-chave: Serviço Residencial Terapêutico. Saúde Mental. Desinstitucionalização. Reabilitação Psicossocial.

ABSTRACT

The Residential Therapeutic Services emerge as a strategy to guarantee the deinstitutionalization to people hospitalized in long-term institutions or who does not have social or family bonds, constituting a living space that respects their needs and singularities and promotes psychosocial rehabilitation and rescue of citizenship, making possible the engagement and reconstruction of references in the community. This research aimed to understand the process of constituting the Residential Therapeutic Service in the city of Santa Cruz do Sul. Throughout a qualitative study performed with technicians and users of this service, the participant observation and the field diary were used as the main methodology. It is part of the design of this research the restitution to the service, in order to legitimize what was built with the participants. The results and discussion were written based on reorganizing what was produced in the field journals, creating three strands to explain the results, whereas they are composed by common subjects and were divided only for organizational purposes. The organized strands deal with the mental health pathways that made possible the constitution of Residential Therapeutic Service in Santa Cruz do Sul; The housing implications, care practices and the deinstitutionalization process of these residents; And the impasses and challenges in the articulation of the RTS with the other services of the Network of Psychosocial Attention in the city.

Keywords: Therapeutic Residential Service. Mental health. Deinstitutionalization. Psychosocial Rehabilitation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	11
2.1 O cuidado da loucura: do alienismo à reforma psiquiátrica	11
2.2. Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado no território.....	16
2.3. O SRT como dispositivo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.....	18
3. METODOLOGIA.....	24
3.1 Métodos e Procedimentos.....	24
3.2 Considerações Éticas	26
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 Viver enclausurado: percursos da Saúde Mental e constituição do Serviço Residencial Terapêutico em Santa Cruz do Sul	29
4.2 Uma casa chamada Serviço: implicações do morar, práticas de cuidado e processo de desinstitucionalização ao ex-morador de instituições asilares.....	39
4.3 Além dos portões da casa: o Serviço Residencial Terapêutico como dispositivo para a reabilitação psicossocial e sua articulação com a RAPS	52
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	69
ANEXO 1	75
Carta de aceite da Coordenação do Serviço Residencial Terapêutico.....	75
ANEXO 2	76
Carta de aceite da Secretaria Municipal de Saúde.....	76

1. INTRODUÇÃO

A prática de internamento em hospitais gerais, hospícios e prisões estigmatizaram e segregaram, desde o século XVII, diversos segmentos da população, como mendigos, desempregados, criminosos, deficientes físicos, tuberculosos, em suma, todos aqueles que não eram considerados dignos de conviver em sociedade. Milhares de pessoas morreram em hospitais psiquiátricos em todo o mundo, vítimas de formas de tratamentos morais desumanos e repressivos (FOUCAULT, 1999). É somente no século XX que se começa a refletir sobre a natureza humana, atentando para as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos. O Movimento Sanitário e o Processo de Reforma Psiquiátrica iniciam no Brasil nos anos 70, perante a crise do modelo assistencial hospitalocêntrico e diante da eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos das pessoas internadas (BRASIL, 2005).

As primeiras experiências de desinstitucionalização de moradores de manicômios iniciaram na década de 80 a partir da criação de serviços de atenção psicossocial, para (re)inserir os usuários em seus territórios. Hospitais psiquiátricos foram fechados à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise (BRASIL, 2013). Neste cenário, o Sistema Único de Saúde é criado com a Constituição de 1988, a partir da promulgação da lei n.º 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). A criação do SUS se configura como um grande avanço na regulamentação e implantação de serviços de atenção diária, bem como na fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Os princípios dos movimentos acima citados tornam-se uma Política de Estado com a promulgação da Política Nacional de Saúde Mental, lei n.º 10.216 de 2001. Nela ficam afirmados a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Portanto, a atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania. Com a organização de serviços abertos, cria-se a possibilidade de os usuários participarem ativamente do seu tratamento, formando redes com outras políticas públicas, como educação, moradia, trabalho e cultura (BRASIL, 2013). Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial está o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), instituído pela Portaria n.º 106, de 11 de fevereiro de 2000, que se configura como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem-se como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, no espaço urbano, para responder às necessidades de pessoas portadoras de transtornos mentais. Estes moradores podem ser egressos ou não de internações psiquiátricas de longa permanência e hospitais de custódia e que não possuam suporte social e laços familiares. As moradias servem de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental que, por diversos motivos, não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. Os SRTs devem ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania, respeitando suas necessidades, singularidades e hábitos, promovendo os laços afetivos, a reinserção e o envolvimento na comunidade e a reconstrução das referências familiares. Assim, a inserção de uma pessoa num SRT se dá através de um processo de desinstitucionalização e reabilitação, buscando a progressiva inclusão social deste morador. Cada moradia deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território (BRASIL, 2013).

No Brasil, o processo de implantação destes serviços ainda é recente, porém as perspectivas são de se ampliar cada vez mais nos próximos anos. Assim, a expansão dos SRTs se dá de maneira gradual e com ritmo próprio, e acompanham o processo de desativação de leitos psiquiátricos e hospitais de custódia. À medida que pessoas estão saindo de hospitais psiquiátricos, é necessária a condução destes para a readaptação de cada um na sociedade, através de um trabalho terapêutico e respeitando cada morador. Além disso, há aqueles que possuem laços familiares ou sociais fragilizados ou rompidos, necessitando de um local que possa acolhê-los.

Este trabalho teve como objetivo identificar os movimentos que constituem o percurso histórico da saúde mental que possibilitaram a criação do Serviço Residencial Terapêutico no município de Santa Cruz do Sul, bem como entender como é o cuidado a este morador desinstitucionalizado, tendo em vista o respeito de suas singularidades, necessidades e hábitos. Ainda, buscou analisar os impasses e desafios na articulação do SRT com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e compreender como o SRT promove o cuidado e se possibilita a progressiva inclusão e o envolvimento na comunidade dos seus moradores, viabilizando a construção de laços familiares e vínculos comunitários.

Para dar início à discussão, abordarei questões acerca do cuidado com a loucura, reforma psiquiátrica, política de saúde mental, Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado no

território. A seguir, explano o SRT como dispositivo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, problematizando alguns impasses e desafios.

Esta pesquisa sustentou-se no método qualitativo, baseando-se na pesquisa participante e utilizando como ferramenta de construção dos dados o diário de campo. Utiliza também a restituição como forma de validar o material produzido antes da finalização da pesquisa. Os resultados desta pesquisa foram escritos a partir de uma reorganização do que foi produzido nos diários de campo. Foram estruturados três eixos para explicitar os resultados, que compõe assuntos comuns e que foram divididos apenas para fins de organização. Estes eixos tratam dos percursos da saúde mental que possibilitaram a constituição do Serviço Residencial Terapêutico em Santa Cruz do Sul; as implicações do morar, as práticas de cuidado e o processo de desinstitucionalização destes moradores; e os impasses e desafios na articulação do SRT com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial no município.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O cuidado da loucura: do alienismo à reforma psiquiátrica

Em *História da Loucura* (1999), Foucault nos mostra que, na Idade Média, a concepção de loucura estava longe de ser associada à doença; ela atrelava-se a significações religiosas e mágicas, era resultado de possessão demoníaca e encantamento, ora condenada pela Igreja, ora ignorada pela sociedade. Durante o Renascimento, o louco foi objeto da literatura e das artes, e a loucura foi celebrada em festas populares.

Nos meados do século XVII, o cenário muda principalmente na Europa. O louco é proibido de andar no espaço público, porém não pode ser banido das cidades. Deste modo, o Hospital, antes conhecido como instituição de caridade e assistência religiosa, passa a cumprir outra função social e tem a finalidade de internação. Com o modelo hospitalocêntrico que norteava as políticas de asilamento e tratamento, surgem grandes manicômios, hospitais gerais, hospícios, prisões, casas de internação, que misturam os privilégios da Igreja com a preocupação burguesa de ordem pública (FOUCAULT, 1999). Em menos de um século, o internamento isolou e segregou os mais diversos segmentos da população, como

inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de ‘alteração’ (FOUCAULT, 1975, p. 54).

A prática de internamento se justifica numa dicotomia e a loucura é dividida segundo esta dualidade: aos bons pobres, tal prática tem valor de assistência e categoria beneficente; e aos maus, somente por serem maus, categoria de repressão e tratamento moral (FOUCAULT, 1999). É importante ressaltar que estas internações não tinham caráter algum de tratamento, os internos foram excluídos e afastados da sociedade porque não podiam ou não deviam mais fazer parte dela. O internamento esteve ligado nas suas origens e no seu sentido primordial à reestruturação do espaço social.

Com o passar do tempo, novas instituições assistenciais foram criadas, como orfanatos, reformatórios, casas de correção, centros de reabilitação. Desta forma, os hospitais foram perdendo sua função de caridade e controle social, e passam a assumir, a partir do século XVIII, outra finalidade: a de tratamento dos enfermos e das enfermidades, a partir de uma intervenção predominantemente médica. O autor nos mostra que este modelo médico

implicou uma relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito da experiência da doença. Neste contexto, o hospital tornou-se, ao mesmo tempo, espaço para exame de doentes e doenças, espaço de tratamento e uso das tecnologias terapêuticas e espaço de reprodução do saber médico (AMARANTE, 2008). O hospital passou a ter uma função de disciplinar os corpos, introjetar normas, ‘normalizar’ os cidadãos e a própria noção de cidadania. Internar tem por objetivo corrigir, isolar o indivíduo por um tempo indeterminado, e, ao invés de esperar do alienado um sinal de cura, espera-se dele um arrependimento, que neste longo tempo de internamento o castigo cumpra sua função (FOUCAULT, 1999).

Um dos grandes precursores da medicalização no hospital geral foi o médico francês Philippe Pinel. Ele propôs a liberdade dos loucos acorrentados, para posteriormente submetê-los a um tratamento asilar, em um regime de total isolamento, ação que caracteriza o fundamental princípio terapêutico de tratamento moral. Para Pinel, o isolamento é considerado fundamental para que o paciente seja tratado adequadamente em seu estado puro, e o tratamento moral pressupõe a ordem e a disciplina para que este sujeito desregrado pudesse encontrar-se novamente em seus pensamentos (PINEL, 2007).

Pinel também é responsável pelo conceito de alienação mental, entendida como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. Neste sentido, o conceito de alienação nasce associado à ideia de periculosidade, uma vez que alguém que perde o juízo, ou a capacidade de discernimento entre o erro e a realidade, representa um perigo à sociedade. Este conceito produziu, ao longo dos anos, uma atitude social de medo e discriminação dos alienados (AMARANTE, 2008).

A credibilidade do hospital psiquiátrico e da psiquiatria foi diminuindo ao longo do século XVIII, devido à marginalização de segmentos da população, as denúncias de violência contra os internos e a dificuldade de compreender a linha tênue entre loucura e sanidade. Na tentativa de resgatar o potencial terapêutico das instituições, nasce uma nova proposta: as colônias de alienados, construídas em áreas agrícolas, na qual os internos eram submetidos ao trabalho terapêutico, e que objetivava estimular a vontade e fazer desaparecer os delírios. Foucault (1999) critica tal trabalho, afirmando que essa atitude visava a mão-de-obra barata em tempos de emprego e de altos salários, e a reabsorção de ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas em períodos de desemprego. No entanto, estas colônias de alienados não diferem dos asilos tradicionais, na medida em que, mesmo sendo uma colônia de pessoas

livres, com sua própria cultura, ainda se apresentam como asilos de recuperação pelo trabalho – muitas vezes forçado.

No final dos anos 1950, o Brasil se encontrava na seguinte situação em relação à assistência psiquiátrica: hospitais superlotados, deficiência de pessoal, maus-tratos grosseiros, falta de vestuário e de alimentação, péssimas condições físicas, cuidados técnicos escassos. Até os anos 1970 proliferaram clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, o que ficou conhecido como ‘indústria da loucura’ (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Milhares de pessoas morreram em hospitais psiquiátricos em todo o mundo. A maioria destas mortes e das situações de violência praticada contra as pessoas em sofrimento mental não chegou ao conhecimento da população. Foi somente no período pós-guerras mundial que a sociedade passou a refletir sobre a natureza humana, atentando para a crueldade nos hospícios e as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos. Um período de transformação psiquiátrica se inicia no mundo todo, experiências que ficaram conhecidas como “reformas psiquiátricas”.

Os primeiros serviços substitutivos foram os Centros de Saúde Mental (CSM), todos regionalizados, ou seja, distribuídos pelas várias regiões da cidade. Porém, os CSM de Trieste, Itália, tinham uma lógica diferente: a partir do conceito de tomada de responsabilidade, os CSM assumiam a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território. Deste modo, constituíram-se como centros de base territorial, que atuavam no território e reconstruíam as formas como a comunidade lida com as pessoas em sofrimento mental, desestigmatizando a figura do louco, do perigoso, do doente e do incapaz e possibilitando um lugar social para a loucura. Nesta mesma direção, buscou-se a possibilidade de inclusão social, através de cooperativas de trabalho, de residências para os ex-internos dentro da própria cidade e de várias formas de participação e produção social, através de grupos, oficinas, dentre outros (AMARANTE, 2008).

No Brasil, durante o regime de Ditadura Militar, as possibilidades de avanços para o setor de saúde obtidos no período anterior sofrem um recuo significativo. A Constituição de 1967 não abrangeu na Carta Magna o direito à saúde como inerente à cidadania e o dever do Estado na garantia do seu gozo, e se não bastasse, a assistência médica foi garantida apenas aos trabalhadores e dependentes vinculados ao sistema previdenciário (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Ficam desassistidos uma quantidade significativa da população, como por exemplo, indígenas e trabalhadores sem vínculo empregatício.

Com o recuo da ditadura, passamos à construção do Estado Democrático de Direito, fase em que surge e se fortalece o Movimento da Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil na década de 70. O Movimento de Reforma Psiquiátrica surge com o interesse de modificar e superar o modelo psiquiátrico anterior, focado somente no processo saúde-doença, e tem como base teórica e ideológica um pensamento médico-social que aborda os problemas de saúde do país (BRASIL, 2005).

Dentre os diversos atores envolvidos com a formulação das políticas de saúde mental no Brasil, merece destaque o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Tal movimento tem seu estopim com o episódio conhecido como crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Com esta crise deflagrada, o MTSM denuncia a falta de recursos das unidades, as precárias condições de trabalho que se refletiam no atendimento à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e do trabalho no país. O MTSM teve por objetivo constituir-se em um espaço de luta não institucional, com propostas de transformação da assistência psiquiátrica, através de encontros no qual reuniam-se trabalhadores em saúde, associações de classe, assim como entidades e setores mais amplos da sociedade. No II Congresso Nacional do MTSM, em 1987 em Bauru, SP, surge o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, como uma crítica ao modelo hospitalocêntrico (AMARANTE, 1999).

Em 1978 acontece o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, importante evento na estratégia para o lançamento de uma nova sociedade psicanalítica, de orientação analítico-institucional. Este congresso permite a vinda ao Brasil dos principais mentores da Psiquiatria Democrática e da Antipsiquiatria, críticos em saúde mental, como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman. Em janeiro de 1979 organizou-se o I Congresso Nacional no Instituto Sedes Sapientia. Em 1980, é a vez do I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde discutem-se problemas relacionados à doença mental, à política nacional de saúde mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área e suas condições de trabalho (AMARANTE, 2008).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1987, o movimento sanitário estabelece a estratégia de lutar por uma Reforma Sanitária e novas possibilidades surgem no cenário brasileiro. Esta Conferência conta com o envolvimento efetivo da sociedade brasileira, como usuários do sistema, familiares, ativistas de organizações não governamentais e sindicatos, na discussão e formulação das políticas de saúde. O relatório final incluiu o tópico “A Saúde

como Direito”, fato que marca uma nova concepção de saúde ao cenário brasileiro, entendida agora não somente como ausência de doença, mas num sentido mais abrangente, sendo resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso a serviços de saúde, devendo ser garantida pelo Estado como direito da população (BRASIL, 1988).

Em desdobramento da 8ª Conferência, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que preconiza esforços dos trabalhadores de saúde mental com a sociedade civil, redirecionando as práticas e combatendo a psiquiatrização do social, a participação da população na elaboração e implementação das políticas de saúde mental, e a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 1988).

A participação da sociedade nas políticas de saúde foi fundamental para impulsionar o capítulo da saúde na Constituição de 1988, e, posteriormente, na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O SUS obedece a princípios previstos de acordo com as diretrizes da Constituição Federal, dentre eles: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde estimulou o controle social, a partir de instâncias colegiadas, que são a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde regulamentado pela Lei 8.142/90. A realização das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987, 1992, 2001 e 2010 possibilitaram a participação dos atores sociais na construção e discussão das políticas de saúde mental e atenção psicossocial. Os Conselhos de Saúde estaduais e municipais e as Comissões de Saúde Mental são encontros cuja participação e organização social é imprescindível, pois eles representam a cidadania e a defesa da vida.

Em 1989, Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei 3.657/89 que discorre sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação psiquiátrica compulsória, no qual ficou proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos, bem como a contratação e o financiamento de novos leitos em hospitais no Brasil (DELGADO, 1989). Este projeto foi modificado em 1999 e se torna a Lei n.º10.216, de 2001, vigente até hoje e que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Política Nacional de Saúde Mental consolida como direitos da pessoa portadora de transtorno mental: ser tratada com humanidade e respeito visando beneficiar sua saúde e alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; receber informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e em serviços comunitários de saúde mental sempre que possível (BRASIL, 2001).

2.2. Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado no território

A Política Nacional de Saúde Mental busca estabelecer um modelo de atenção aberto e de base comunitária, substitutivo ao modelo psiquiátrico tradicional, com a proposta de garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. Neste sentido, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e integra a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011 o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. A RAPS é ampliada a partir da necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, e que estes serviços sejam diversificados para atender as pessoas e seus familiares. São diretrizes importantes o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividade no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. São objetivos da RAPS ampliar e promover o acesso à atenção psicossocial das pessoas e seus familiares, garantindo a articulação e integração dos pontos de

atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011a).

A cartilha denominada “Redes de Produção de Saúde” (BRASIL, 2009), produzida pela Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS (PNH), assinala a construção de redes como uma estratégia indispensável para possibilitar saídas para o enfrentamento da produção saúde-doença. A rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico. A RAPS é constituída por níveis de Atenção Básica (como a Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura), Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial), Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial), Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas), Estratégia de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC)) e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais) (BRASIL, 2011a).

Entretanto, a construção de uma Rede implica mais do que a oferta de serviços num mesmo território geográfico; é necessário que, entendendo cada serviço como um nó de uma rede, façamos estes nós acontecerem. Isto se refere à articulação, comunicação entre as equipes e produção de encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes, e tem por finalidade processos de atenção e gestão mais eficazes e que construam a integralidade da atenção, propiciando que as redes de atenção sejam produtoras de saúde no seu território. (BRASIL, 2009). Neste sentido,

A rede transversal, que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território – ou seja, a rede heterogênea – é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes (BRASIL, 2009, p. 9).

A Política Nacional de Saúde Mental propõe um modelo de atenção psicossocial que tem como objeto de cuidado o sujeito, em atenção a toda sua complexidade e a partir de seu território social. Para a construção do cenário estratégico da saúde mental, a noção de

território se faz fundamental. O conceito de território vai além do espaço geográfico, ele compreende a capacidade de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade. O território é uma “força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam” (AMARANTE; GIOVANELLA, 1994, p. 145).

Rotelli (1994) propõe que do território façam parte os saberes dos usuários e dos familiares e que este saber deve ser incorporado nas práticas de saúde mental. Deste modo, os serviços devem sair da sede e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes, entrelaçando-se com a Rede de Atenção à Saúde Mental e no campo da saúde em geral ou das políticas públicas. Este modo de organização é o que se chama de rede: uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais (AMARANTE, 2008).

A partir das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da RAPS, que propõem serviços substitutivos ao modelo manicomial, de base comunitária, oferecendo cuidado integral e promoção da inclusão social com vistas à autonomia, numa Rede que articula seus pontos de atenção dos serviços de saúde a fim de possibilitar a relação dos usuários com os recursos existentes no território, se faz necessária uma discussão sobre as propostas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

2.3. O SRT como dispositivo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial

No Brasil, nos últimos anos, através da instituição pelo Ministério da Saúde de mecanismos para a redução de leitos no país, milhares de pessoas hospitalizadas e outras com transtornos mentais graves e sem suporte familiar se beneficiam da progressiva expansão de serviços substitutivos. As regiões de saúde que ainda dispõem de hospital psiquiátrico devem construir um projeto de desinstitucionalização de forma articulada com o plano de expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Neste sentido, os Serviços Residenciais Terapêuticos emergem como estratégia para garantir o princípio de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica e promover a reabilitação psicossocial, gerando avanços na lógica assistencial. Os SRTs são criados através das Portarias 106/2000 e 1.220/2000 e se caracterizam como moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos ou não de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e

laços familiares e para que estas moradias viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b). Assim, também podem se beneficiar egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), quando a questão da moradia for avaliada como fundamental ao desenvolvimento de projeto terapêutico condizente com as suas necessidades; e indivíduos em situação de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais, acompanhados nos CAPS (BRASIL, 2004).

Estes dispositivos podem ser constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador. O SRT Tipo I constitui-se de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores. Já os SRTs Tipo II são modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores (BRASIL, 2000a).

Segundo o Informativo Eletrônico Saúde Mental em Dados a rede de Residências Terapêuticas contava com 289 SRTs habilitados pelo Ministério da Saúde até dezembro de 2014, em suas duas modalidades (Tipo I e Tipo II), com aproximadamente 2.031 moradores. No entanto, no levantamento dos moradores de todos os SRTs cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), chega-se a uma estimativa de aproximadamente 3.475 moradores (as) nestes serviços (BRASIL, 2015).

Apesar do contrassenso de se chamar Serviço Residencial Terapêutico, este é um local de moradia com características semelhantes a um lar. Este lar deve propiciar a reconstrução e reapropriação das histórias de vida, estabelecer vínculos de afeto e cooperação, no qual compartilham-se vivências prazerosas e dolorosas e promove-se a desinstitucionalização e a reinserção na vida comunitária e social (ARGILES et al, 2013). Desinstitucionalizar tem sentido mais amplo que desospitalizar, remete-nos a um novo olhar sobre as práticas de cuidado e requer disponibilidade e investimento para afetar e ser afetado pelos sujeitos (ROMAGNOLI et al, 2009).

A proposta de desinstitucionalização enfrenta o desafio de transgredir a lógica de tratamento psiquiátrico e o exercício de tutela em instituições que capturam subjetividades. Ao deixar a instituição, o indivíduo carrega consigo algumas amarrações que precisam ser desfeitas. Como nos descreve Rotelli (1990),

Desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar do manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente, se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O que é, portanto, nesse sentido "a instituição" nessa nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos de códigos de referência e de relação de poder que se estruturam em torno da "doença". Mas se o objeto, ao invés de ser a "doença", torna-se "a existência-sofrimento do paciente" e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para reorientação de todos os elementos construtivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (p. 29).

Nos serviços substitutivos, a ênfase não está mais centrada no processo de cura, e sim no projeto de invenção de saúde, compreendendo aquele ser como dotado de valor e produtor de sentido. O tratamento já não se configura como a exclusão em espaços de violência e morte social, ele toma direção na criação de possibilidades de subjetivação e interação social na comunidade (PITTA, 2011).

Por isso, é fundamental criar estratégias para que o indivíduo possa viver em condições de usufruir o direito de escolher seus modos particulares de existência, empoderá-lo sobre o seu cotidiano e inseri-lo no espaço social do seu território. Aqui fica claro como a desinstitucionalização caminha de mãos dadas com a construção de práticas reabilitativas e da noção de inserção psicossocial: para gerenciar sua vida, é necessário que o indivíduo se desvencilhe das amarras da instituição e crie condições possibilidades de enfrentamento e de recursos.

Reabilitação ou reinserção psicossocial remete-nos a múltiplos sentidos e práticas, os quais não é nossa pretensão esgotarmos aqui, mas sim destacar alguns deles para ampliar a discussão acerca do tema. O vocábulo reinserir infere ocupar novamente um lugar, habitar; já reabilitar refere-se a restituir a alguém os direitos e prerrogativas que havia perdido; readquirir a estima ou o bom conceito na vida privada e na sociedade; integrar-se (pessoa incapaz física ou psiquicamente) novamente ao convívio social (MICHAELIS, 2015). Quando se põe em evidência a reabilitação psicossocial de internos de longa permanência, atravessam-se intervenções e interseções diversas, uma vez que o cuidado integral implica reconstrução das histórias de vida, rede social, emprego, lazer e outras necessidades que se sobressaem à nova reorganização dos serviços (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JÚNIOR, 2007). A reabilitação como uma prática e uma técnica deve entrelaçar os recursos do serviço e/ou comunidade com as necessidades dos usuários.

O olhar institucionalizante centrado na observação, no diagnóstico, tratamento e no prognóstico, reduzido às dificuldades e problemas, faz do manicômio uma instituição total, e apontam um sujeito embotado afetivamente, cronicado, agressivo (GOFFMAN, 2003). Contudo, quando o olhar a este sujeito é ampliado, possibilita-se a promoção de autonomia, trocas sociais, afetos, vínculos e resgate das potencialidades tanto deste quanto da equipe, proporcionando o empenho da família, da comunidade e do próprio usuário como protagonista de sua vida (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

De acordo com Saraceno, a reabilitação seria “um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também, de plena contratual idade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social” (2001, p. 16). A reflexão que se faz é como destruir a cronicidade e aumentar a capacidade do usuário na comunidade, proporcionando patamares cada vez maiores do gerenciamento de suas vidas, possibilidades de autonomia e de escolha (PITTA, 2001).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS, 2001). Para além deste conceito, Hirdes (2001) nos aponta que reabilitação psicossocial pode ser entendida como a aceitação de uma pessoa como ela é, do jeito que ela se apresenta, para se poder trabalhar em cima das suas dificuldades os aspectos necessários à sua vida. Neste sentido, a exclusão social pelo estigma da loucura ainda se faz presente nos dias atuais. Portanto, é fundamental para este sujeito a construção e o resgate de uma rede de apoio, com a finalidade de empoderá-lo para exercer em plenitude o seu direito à cidadania.

Para problematizar esta discussão, utilizo o trabalho de Guerra (2004), que assinala uma contextualização crítica da reabilitação psicossocial no Brasil, discutindo sua controversa concepção no processo de reforma no setor público da Saúde Mental. Propõem as controvérsias presentes no próprio termo reabilitação psicossocial: a noção de psicose como uma ruptura irrecuperável; a impossibilidade do sujeito retornar ao que era antes do desencadeamento psicótico; e a possibilidade de aprendizado de novas estratégias psicossociais ao invés de somente retorno ao estado anterior.

A partir desse contexto, a autora apresenta uma proposta que reúne três possíveis paradigmas na orientação do trabalho de inserção social com psicóticos: o modelo psicoeducativo, o modelo sociopolítico ou crítico e o modelo de orientação clínica. O

primeiro modelo – psicoeducativo – é baseado na aprendizagem de habilidades e manutenção de repertórios de comportamentos e respostas que facilitam a adequação entre indivíduo, família e comunidade, visando o restabelecimento de um estado de equilíbrio. O segundo modelo – sociopolítico ou crítico – considera como determinante de (redes de) intervenção as realidades e os recursos locais, que são indicadores de leitura e interpretação dos diferentes modelos de diagnóstico, medicação, tratamento e reabilitação. Este modelo visa romper com a lógica meramente produtiva, destacando-se “a dimensão política e social do processo reabilitador, orientada pela ideia de uma cidadania *possível* na psicose, sendo esse processo pensado em termos do aumento da capacidade contratual de cada sujeito” (p. 91). O último modelo – de orientação clínica – implica uma crítica radical à generalização das intervenções e a finalidade de remissão de sintomas ‘inadequados’. Aproxima-se da retomada da vida pública a partir das possibilidades de cada sujeito, trabalha-se com a singularidade deste e das intervenções e com a responsabilização dele pelas respostas que apresenta.

A autora problematiza que o trabalho de reabilitação na prática se dá numa perspectiva de construção de um modelo que mescla diferentes proposições sem sustentar um paradigma propriamente dito, que experimenta, avalia e cria suas ações a partir das consequências sobre os usuários nelas envolvidos, provocando enlaçamentos e apontando para um sujeito que é responsável pela construção de respostas pelos efeitos que provoca no tecido social. Deste modo, conclui que:

temos tentado articular as possibilidades concretas de saídas subjetivas com a defesa de um modelo de participação social e política como guia das práticas no campo da reabilitação, sem perder de vista a particularidade subjetiva que cada caso traz. Contando ou prescindindo da rede de cuidados, ainda que sem um formato ou modelo definido *a priori*, temos construído uma prática polimorfa que acompanha o traçado da história do sujeito, considerando sua inserção na vida social e cultural junto aos contextos locais por onde circula (GUERRA, 2004, p. 94).

Conforme visto, o tratamento ao louco/alienado ao longo da história perpassa longas internações em instituições asilares e manicomiais, através de práticas de isolamento, repressão e tratamentos desumanos. O movimento de Reforma Psiquiátrica emerge perante a crise do modelo assistencial e busca a redução destas instituições e a progressiva expansão de serviços substitutivos. Um novo modelo de atenção psicossocial é criado, propondo a inclusão dos usuários na comunidade e o exercício de autonomia. Neste contexto, os SRTs surgem como estratégia para garantir a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial às pessoas internadas em instituições de longa permanência ou que não possuem vínculos

sociais/familiares, empoderando-as a construírem possibilidades singulares de gerenciamento de suas vidas através da articulação com uma rede de atenção e cuidados no território.

3. METODOLOGIA

3.1 Métodos e Procedimentos

A fim de compreender o processo de constituição do Serviço Residencial Terapêutico, considerado como um importante dispositivo de reabilitação e desinstitucionalização, optamos por utilizar o método qualitativo. Tal escolha metodológica se deu pelo fato de que a pesquisa qualitativa possibilita o trabalho com o universo de significados, aspirações, valores e atitudes, isto é, um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2001). Assim, a pesquisa qualitativa se dá num contínuo processo de construção, é o pesquisar *com* os sujeitos.

O método principal que propomos para realização desta pesquisa é a pesquisa participante (ou participativa). Observar a realidade para construir conhecimento científico coloca a pesquisa participante como fundamental na discussão epistemológica e metodológica no âmbito das ciências humanas e sociais (FRIZZO, 2010). Tal método consiste no contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, processo constituinte de relações e trocas mútuas, na qual, ao mesmo tempo ele modifica e é modificado pelo contexto. Torna-se possível a aproximação com situações ou fenômenos que não seriam obtidos através de perguntas ou entrevistas, pois, ao observar diretamente a realidade, capturamos subjetividades e complexidades da vida e das relações humanas (NETO, 2001). Pretendeu-se nesta pesquisa a participação plena, que, ainda segundo Neto, caracteriza-se por um envolvimento por inteiro em todas as dimensões de vida do grupo a ser estudado.

Para que isto fosse possível, propomos uma observação participante/inserção no Serviço Residencial Terapêutico, localizado no Bairro Santa Vitória, município de Santa Cruz do Sul, a partir do consentimento da Coordenação do Serviço mediante apresentação prévia do Projeto e Carta de Aceite (Anexo 1), bem como da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul (Anexo 2). Este local abrange um Residencial Terapêutico constituído entre 2015/2016, um Residencial Inclusivo (SRI) e a Casa Irmãos Koch, porém esta pesquisa se aproximou apenas do Residencial Terapêutico. Esta inserção teve a duração de aproximadamente dois meses, entre 07 de março de 2017 e 09 de maio de 2017, com encontros semanais que permitiram o desenvolvimento de uma participação no cotidiano dos moradores, através de eventos e atividades diárias, bem como a interação com os profissionais da moradia e conversas informais, no sentido de aproximar-se dos processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Esta pesquisa constituiu-se através de

catorze visitas ao Residencial Terapêutico, caracterizadas como observações participantes, num total de trinta e quatro horas. Foram produzidos dezessete diários de campo. Dentre estas visitas foi possível acompanhar a rotina do Residencial, participar de reuniões entre os profissionais e os moradores, além de realizar conversas informais com a equipe e os usuários, o que possibilitou a construção coletiva dos caminhos do SRT, a partir de narrativas destas experiências registradas no diário de campo, bem como sentimentos e expectativas da pesquisadora. Estiveram envolvidos neste processo em torno de sete profissionais e onze moradores do Residencial.

Concomitante a esta inserção, utilizou-se como ferramenta de auxílio metodológico, frequentemente utilizado em pesquisas qualitativas, o diário de campo. Ele refere-se a uma técnica específica de registro de dados que tem como base a observação. Entende-se o diário de campo num sentido mais amplo do que simplesmente coletar dados; é o momento de contato com fontes de informação, sendo que esta não é substituta das ideias, pelo contrário, é sua facilitadora (FRIZZO, 2010).

De acordo com Neto, o diário de campo é “uma estratégia de registro de dados, onde o pesquisador coloca suas percepções, angústias, questionamentos e informações, tornando-se um ‘amigo silencioso’ que não pode ser subestimado quanto à sua importância” (2001, p. 63). O autor ainda infere que o pesquisador se debruça sobre o diário a fim de construir detalhes, desde o primeiro dia de ida ao campo até a fase final de investigação, a partir de suas inquietações, contato com a novidade e confronto com o que lhe causa estranheza, e que no somatório vai congregando os diferentes momentos da pesquisa. Assim, o relacionamento entre pesquisador e pesquisado representa um encontro de subjetividades, é a tomada de si mesmo e do outro. A ferramenta do diário de campo permitiu ainda a utilização de matérias de jornal e documentos relativos ao SRT para compreender como se deu a constituição deste dispositivo no município, seu percurso histórico e a articulação com a RAPS e com a comunidade.

A metodologia desta pesquisa contou ainda com a restituição ou validação comunicativa. Restituir os dados implica uma checagem com o participante da pesquisa, no sentido de perguntar se o pesquisador o entendeu corretamente e se correspondem ao que é experienciado, para, desta forma confirmar ou refutar as interpretações que o pesquisador fez acerca do cotidiano do grupo pesquisado (GÜNTHER, 2006). Em outras palavras, foi um retorno do pesquisador ao(s) participante(s) da pesquisa no intuito de legitimar o que foi construído. Este procedimento não teve caráter devolutivo e ocorreu antes do término da pesquisa, em encontro pré-agendado conforme a disponibilidade da equipe técnica. Esta

pesquisa valeu-se, após o mapeamento das informações construídas no SRT, de uma restituição à equipe que validou o material elaborado pelo pesquisador.

3.2 Considerações Éticas

Esta pesquisa teve como metodologia a pesquisa participante, que pretende a inserção e aproximação do pesquisador com o local e o grupo a ser pesquisado, na qual se planeja a participação nas atividades diárias dos moradores do SRT, bem como a interação com os profissionais do serviço através de conversas informais. Portanto, esta pesquisa, num primeiro momento, envolveu as pessoas do serviço de forma indireta, ou seja, os participantes foram abordados de modo indireto e informal. O delineamento desta pesquisa foi acontecendo conforme o pesquisador foi construindo seus dados, utilizando-se do diário de campo para descrever suas inquietações e guiando-se por pistas que vão sendo sentidas ao longo deste percurso.

De acordo com esta escolha teórica e metodológica, os participantes da pesquisa não receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este termo é comumente exigido nas pesquisas com seres humanos e refere-se à concordância do participante da pesquisa, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa e suas características. Assim, quando for inviável a realização do processo de Consentimento Livre e Esclarecido, a dispensa desse processo deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP para apreciação (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

As resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde salientam que uma pessoa ou grupo de pessoas podem ter reduzida a capacidade de tomar decisões e opor resistência na situação da pesquisa, em decorrência de fatores individuais, psicológicos, econômicos, culturais, sociais ou políticos. Deste modo, o consentimento do participante da pesquisa deverá ser particularmente garantido àquele que, embora plenamente capaz, esteja sujeito à relação de autoridade ou de dependência, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia. Os participantes desta pesquisa, pacientes desinstitucionalizados e portadores de transtornos mentais crônicos, fazem parte deste grupo de vulnerabilidade. De acordo com o CEP/CONEP, deverá haver justificativa da escolha de pessoas em situação de diminuição de sua capacidade de decisão no protocolo a ser aprovado pelo sistema. Nestes casos, deverão ser obtidos o assentimento do participante e o consentimento livre e

esclarecido, por meio dos representantes legais do participante da pesquisa, preservado o direito à informação e à autonomia do participante, de acordo com a sua capacidade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Todos esses direitos e cuidados foram preservados no decorrer da pesquisa. Contudo, como partimos de uma discussão no campo da Reforma Psiquiátrica e de uma defesa ética e política que busca consolidar os processos de reabilitação psicossocial e de desinstitucionalização, entendemos que, embora possam ser considerados vulneráveis, esses participantes podem e devem ser considerados sujeitos de direitos, autônomos e com capacidade de escolha para a participação na pesquisa. Como a pesquisa iniciará apenas após o consentimento do SRT e da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, entendemos que as cartas de aceite emitidas pelos referidos serviços já constituem o consentimento preconizado pelas resoluções.

O presente projeto foi desenvolvido mediante a emissão de carta de aceite do Serviço Residencial Terapêutico e da Secretaria Municipal de Saúde, ambos de Santa Cruz do Sul. A carta de aceite da instituição está anexada a este trabalho e a pesquisa somente iniciou mediante concordância da instituição e aprovação no Comitê de Ética, respeitando as diretrizes regulamentadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com o delineamento deste projeto, foram adotadas todas as medidas cabíveis para proteger o participante, cuja autonomia se encontra reduzida ou sujeita a relação de autoridade ou dependência que caracteriza situação de limitação da autonomia, reconhecendo sua situação peculiar de vulnerabilidade, no intuito de prevenir os riscos de causar danos maiores ao participante do que os existentes na vida cotidiana. Neste sentido, a pesquisa participante representa riscos graduados no nível mínimo, visto que o pesquisador se inseriu na moradia e aproximou-se do cotidiano destas pessoas por um período de aproximadamente dois meses; contudo, este contato foi de forma indireta e impessoal. Além disso, a acadêmica-pesquisadora se inseriu no cotidiano, não implicando aos participantes nada além do que eles já fazem no serviço. Portanto, foram utilizados dados que não identificam os sujeitos pesquisados e que mantem o sigilo, bem como a proteção da imagem e a não estigmatização dos mesmos, conforme previsto pelas resoluções (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Esta pesquisa teve como objetivo compreender o percurso histórico e os movimentos da saúde mental que possibilitaram o processo de constituição do Serviço Residencial

Terapêutico de Santa Cruz do Sul e os impasses e desafios na articulação do SRT com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial no município. Além disso, buscou compreender como o SRT promove o cuidado e se possibilita a progressiva inclusão e o envolvimento na comunidade dos seus moradores, viabilizando a construção de laços familiares e vínculos comunitários. Neste sentido, os benefícios desta pesquisa referem-se a contribuições atuais para os sujeitos, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade. É fundamental a produção de estudos que mostrem a constituição de residenciais terapêuticos no país, contribuindo para movimentos a favor da Reforma Psiquiátrica, na promoção dos direitos dos cidadãos e, mais especificamente, nos processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de pacientes internados em instituições de longa permanência ou que tiveram os vínculos sociais rompidos.

Esta pesquisa pretendeu, além de contribuir para a produção científica, trazer benefícios diretos para o próprio serviço acerca das práticas de desinstitucionalização, ampliando as discussões e refletindo sobre o cuidado singular a este paciente e podendo contribuir para aqueles que realizam este cuidado ao morador, colaborando para avanços no campo da saúde mental e fazendo observar os retrocessos. Problematizar que o sujeito se aproprie dos espaços públicos e tenha autonomia é imprescindível para desestigmatizar uma população que, por muito tempo, foi silenciada e invisibilizada. Deste modo, refletir sobre as práticas de inclusão progressiva deste morador na comunidade, sua construção de vínculos sociais, bem como verificar os impasses e desafios na articulação com a Rede e Atenção Psicossocial, podem, indiretamente, potencializar movimentos que facilitem a reabilitação psicossocial e o exercício da cidadania deste sujeito, propiciando espaços para que este possa habitar e conviver em seu território. Isto possibilita a promoção de qualidade digna de vida e o respeito aos direitos civis, sociais, culturais, conforme previstos nas resoluções do CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Esta pesquisa comprometeu-se em propiciar assistência a eventuais danos materiais e imateriais, decorrentes, direta ou indiretamente da participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, dos envolvidos na pesquisa, conforme o caso sempre e enquanto necessário. Comprometeu-se a confidencialidade das informações, a privacidade dos participantes e a proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz, conforme previsto pelas Resoluções (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a realização desta pesquisa, foram realizadas catorze visitas ao Serviço Residencial Terapêutico, caracterizadas como observações participantes, num total de trinta e quatro horas e foram produzidos dezessete diários de campo. Estiveram envolvidos neste processo em torno de sete profissionais e onze moradores do Residencial. Os resultados e discussão foram escritos a partir de uma reorganização do que foi produzido nos diários de campo, através do qual foram criados três eixos para explicitar os resultados, mas que compõe assuntos comuns e que foram divididos apenas para fins de organização. Assim, estes eixos não são categorias a serem analisadas separadamente; são caminhos que foram encontrados para falar das vivências e experiências do SRT.

A seguir, serão abordados eixos que retratam os percursos da saúde mental que possibilitaram a constituição do Serviço Residencial Terapêutico em Santa Cruz do Sul; as implicações do morar, as práticas de cuidado e o processo de desinstitucionalização destes moradores; e os impasses e desafios na articulação do SRT com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial no município.

4.1 Viver enclausurado: percursos da Saúde Mental e constituição do Serviço Residencial Terapêutico em Santa Cruz do Sul

No município de Santa Cruz do Sul os movimentos que buscaram a mudança de paradigma no que se refere à atenção em saúde mental remontam há mais de duas décadas. Na década de 1990, os portadores de transtornos psíquicos eram atendidos com base em um modelo estritamente hospitalocêntrico de assistência, os índices de internações psiquiátricas eram elevados e a ausência de uma política pública de saúde mental denunciava um panorama preocupante e que vinha se mantendo há mais de um século. Instituições privadas como o Sanatório Vida Nova e a Unidade de Tratamento e Recuperação do Alcoolismo do Vale do Rio Pardo (UTRAVARP) mantinham convênio com a prefeitura e abarcavam a responsabilidade pelo tratamento das pessoas com sofrimento psíquico da cidade e região como único recurso institucional disponível (NOAL, 2014).

Profissionais da saúde, que eram funcionários públicos na época, perceberam a fragilidade deste cuidado e se organizaram para mudar este cenário desafiador. O primeiro passo para uma intervenção sobre este padrão hospitalocêntrico foi a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1996, que possibilitou ao município ter uma política de saúde mental e ao próprio CAPS a apropriação do papel de gerenciar as ações em saúde

mental. Começa a emergir um modelo substitutivo de atenção à saúde mental, que visa a desinstitucionalização (ARGILES et al, 2013; ROMAGNOLI et al, 2009; ROTELLI, 1990; GOFFMAN, 2003; PITTA, 2011) e o cuidado do usuário no território, momento em que se inicia a Reforma Psiquiátrica no município. Contudo, esta mudança sociocultural exigiu coragem dos profissionais da saúde, um grupo deles buscou parcerias com outros profissionais da região, vinculados à área da saúde mental e engajados aos princípios da reforma psiquiátrica, que fortaleceram um movimento de mobilização municipal (NOAL, 2014).

A rede de atenção integral à saúde mental foi absorvendo com eficiência a demanda das internações na clínica psiquiátrica, culminando com o fechamento do Vida Nova em 1999. Neste sanatório viviam sete pessoas asiladas há anos, também sob a tutela e responsabilidade financeira do município, além das constantes internações de pessoas em situações clínicas agudas. As internações eram indicadas pelo psiquiatra da própria clínica, que também trabalhava no plantão de urgências da prefeitura. O seu fechamento se deu após uma intervenção municipal, que teve início a partir de visitas regulares de técnicos da equipe do CAPS à instituição, momento em que se fez um mapeamento preliminar das dificuldades encontradas. Tais observações foram encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, gerando uma auditoria municipal na clínica psiquiátrica. O fator determinante para a intervenção através da auditoria municipal foi a falta de uma equipe técnica capacitada (NOAL, 2014).

Os antigos moradores do sanatório, muitos já idosos, passaram a realizar tratamentos no CAPS e, por terem seus vínculos familiares e sociais rompidos, foram deslocados para residirem em uma nova instituição, a Casa Irmãos Koch, filiada ao Programa Lázaro de Betânia. Esta moradia é subsidiada pelo Instituto Humanitas Fraternidade (IHF), em caráter filantrópico, que através do Programa Lázaro de Betânia, desde 1988, acolhe homens, maiores de 18 anos, em situação de extremo abandono e sem vínculos familiares. A Casa já atendeu inúmeras pessoas até hoje, entre portadores de deficiência mental leve, dependentes químicos e soropositivos. Esta instituição dava uma segurança aos seus moradores: se torna funcionário da Casa o auxiliar de enfermagem que lhes cuidava enquanto hospitalizados no Vida Nova, constituindo-se como um vínculo afetivo para estas pessoas.

Desde a década de 2000, muitas famílias levaram os seus para residirem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e casas asilares no município de Cachoeira do Sul. Estas pessoas saíram de seus lares e ficaram afastadas de suas famílias por motivos distintos, seja porque seus familiares não os queriam ou não tinham condições de

arcar com o seu cuidado, seja porque o adoecimento mental tem estreita relação com a convivência familiar. Quando se tornou de conhecimento da equipe de saúde mental de SCS através da Coordenação de Saúde Mental de que algumas destas instituições estavam em situações irregulares, ainda em 2011, o Estado foi acionado para realizar ações de fiscalização. O Ministério Público (MP) iniciou um trabalho que fez parte de uma ação conjunta entre vários órgãos e teve por objetivo fazer um levantamento dos números e da atual situação dessas casas e seus residentes e fiscalizar a efetivação das regularizações. Estas casas contavam com volume significativo de pacientes, ausência de Planos de Proteção contra Incêndios, irregularidades na estrutura, na documentação e na responsabilidade técnica. Segundo reportagens divulgadas no site do Ministério, uma das dificuldades encontradas durante o trabalho realizado é a recusa dos familiares em aceitar os pacientes de volta ao lar (BRASIL, 2014b).

Conforme a Promotora do município, na primeira casa que o MP tentou interditar, no ano de 2012, dos trinta e sete pacientes institucionalizados, apenas cinco famílias quiseram receber seus familiares. Em agosto de 2013, o MP e a Prefeitura de Cachoeira do Sul assinaram um termo de ajustamento de conduta proibindo a abertura de novas casas para pacientes com transtornos mentais e o ingresso de novos doentes com menos de 60 anos nas atuais clínicas. Um Grupo de Trabalho, contando com a participação de diversos órgãos e formado em 2013 para a busca de soluções para os abrigos de Cachoeira do Sul, que acabou por desencadear tal fiscalização, trabalhou com a finalidade de desinstitucionalização gradual e fortalecimento da rede de saúde mental do município (BRASIL, 2014b).

O processo de desinstitucionalização de moradores destas Casas iniciou há aproximadamente cinco anos em Santa Cruz do Sul (SIC¹). Alguns profissionais de saúde em conjunto (Terapeuta Ocupacional, 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, Coordenadoras de Saúde Mental de SCS e de Cachoeira do Sul) realizaram uma visita informal a estas casas, no intuito de verificar quais eram as condições de moradia e tratamento e quais munícipes de Santa Cruz estavam lá. Conforme último levantamento realizado em agosto de 2015, existiam em Cachoeira do Sul 22 casas asilares, que acolhem em torno de 678 pessoas entre idosos, pessoas com deficiência física e mental, pessoas com transtorno mental e outras situações de vulnerabilidade, advindas de todas as regiões do Estado – em torno de 60 municípios. Tal levantamento registrou a presença de 24 santacruzenses nestes asilos. Após deparar-se com tantas atrocidades, o Estado e a Promotoria foram imediatamente acionados e isto veio a

¹ Segundo Informações Colhidas.

conhecimento público através de reportagens na mídia (JORNAL DO POVO, 2016; GAÚCHA, 2016) e documento emitido pelo Ministério Público (BRASIL, 2016).

Segundo o documento, a pedido do Ministério Público, a Justiça de Cachoeira do Sul concedeu liminar em ação civil pública (ACP) determinando a interdição da Instituição Perpétuo Socorro e o afastamento imediato das dirigentes administrativa, financeira e fisicamente, revogando a curatela dos incapazes sob as suas responsabilidades. A liminar determinou, ainda, que o Município assumira de imediato a direção e o controle da instituição, indicando um interventor para que a administre e proceda a entrega imediata dos institucionalizados aos municípios de origem (BRASIL, 2016).

O documento aponta que, nos últimos meses, ficou evidenciado não só a falta de estrutura que acomete a Instituição Perpétuo Socorro, mas o tratamento dado aos residentes era grave, desumano e cruel, estando tais pessoas em constante risco, violação de seus direitos básicos, em total situação de abandono e desumanidade. A instituição não possuía responsável técnico, os cuidadores não possuíam capacitação para exercerem a atividade e não foram apresentados documentos que comprovem vínculo formal dos funcionários com a empresa. Ainda, o número de cuidadores era insuficiente para o total de moradores, pois no período noturno havia apenas dois funcionários para cuidar de todos os 87 residentes. De acordo com a Promotoria,

Somado ao fato de total e absoluta falta de estrutura física, de segurança e salubridade da instituição, o tratamento ofertado aos residentes pelos seus dirigentes e funcionários é desumano, degradante e criminoso, em que a prática de ato de violência, conivência com atos de abusos sexuais praticados entre os internos, maus-tratos, coação, negligência médica, administração ilegal de medicação, com sedação através de injeção, inclusive, falta de alimentação, desrespeito a individualidade e falta de condições mínimas de higiene no ambiente em que vivem são o cotidiano da casa asilar, configurando verdadeiro cenário de horror, que impede a manutenção da instituição em funcionamento (BRASIL, 2016).

Um inquérito civil já havia sido instaurado em 2013 para apurar a omissão do município e a efetividade de política pública de proteção ao portador de sofrimento mental e na construção de rede de proteção do idoso. A fim de evitar o aumento de pessoas asiladas foi editado em 2013 um Decreto Municipal, resultado de um Termo de Ajustamento de Conduta, entre o Município e o Ministério Público, o qual veda o asilamento privado de pacientes com sofrimento físico e psíquico, com idade inferior a 60 anos. Ficou vedado também o encaminhamento de novos pacientes para as casas já existentes, bem como a abertura de novas casas de longa permanência das pessoas com as características mencionadas (pessoas

com deficiência física e intelectual e com transtorno mental menores de 60 anos), sob pena de multa (BRASIL, 2016).

De acordo com o documento do MP, os municípios de origem das pessoas institucionalizadas devem buscar seus pacientes sob pena de sofrerem medidas administrativas e judiciais por parte tanto do MP quanto da Procuradoria-Geral do Município de Cachoeira do Sul, que ficaria responsável apenas pelos internos cachoeirenses. Os municípios de origem e familiares foram contatados para proceder à desinstitucionalização dos acolhidos em Cachoeira do Sul e promover o incentivo da criação de política pública para cada município de origem receber os seus munícipes que estão nessa cidade, assumindo a responsabilidade pelo seu portador de sofrimento psíquico (BRASIL, 2016).

Para identificar as demandas tanto de saúde como de atenção psicossocial destes moradores asilados, a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), a Promotora e profissionais de saúde utilizaram como estratégia para a formulação de Planos Terapêuticos Singulares de desinstitucionalização o Censo Clínico e Psicossocial², aplicado em moradores de duas destas instituições (uma delas, a Instituição Perpétuo Socorro), escolhidas por apresentarem irregularidades graves. Investigou-se as informações acerca da história de vida destas pessoas, tarefa árdua frente à dificuldade de encontrar os dados pela precariedade dos registros nos serviços pelos quais passaram, a dificuldade de localização de familiares e amigos e dificuldade de comunicação do próprio usuário. Salienta-se aqui que as famílias, com frequência, não reconhecem suas possibilidades para cuidar de pessoas com transtornos mentais, por motivos diversos, como por exemplo, se sentirem sobrecarregadas no cuidado, se encontram com dificuldades financeiras ou ainda motivos de outra ordem (BRASIL, 2014a).

Os dados deste censo apontaram que os moradores possuíam demandas tanto na área da saúde mental quanto da assistência social e que se apresentavam institucionalizados após anos de internações em hospitais e asilos e com vínculos sociais rompidos. Tal fato evidencia a necessidade de implantação de dispositivos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, conforme articulada no município a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Residenciais Inclusivos (SRI) em diversos municípios do estado para receber os egressos destas ILPIs irregulares. A 13ª CRS ficou responsável pelo acompanhamento dos planos de desinstitucionalização das pessoas oriundas dos municípios

²Censo Clínico e Psicossocial: Segundo Gomes e colaboradores (2002), seu objetivo é produzir informações técnicas para auxiliar a reorientação do modelo assistencial de uma instituição e em seu entorno, buscando fornecer um diagnóstico clínico e psicossocial caracterizando um perfil da clientela internada e subsidiando a construção de projetos terapêuticos individualizados.

de sua região de saúde – Candelária, Pântano Grande, Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Vera Cruz (SIC).

No entanto, existem alternativas possíveis para este público, como por exemplo a oferta de moradia através de aluguéis sociais; o apoio para um grupo de usuários que têm vínculos entre si compartilharem os gastos de um espaço comum de residência, o que se tem chamado de “moradias assistidas” ou de “repúblicas”; a construção ou o aluguel de pequenas residências próximas à moradia dos familiares com contratação de cuidador e/ou de acompanhante terapêutico em regime de atenção diária e/ou noturna a depender do caso; assim como há experiência de inclusão de usuários em programas de habitação popular (BRASIL, 2014a).

Santa Cruz do Sul logo fez tua tarefa de casa, realizando uma busca ativa para saber dos vinte e quatro municípios santacruzenses, em quais instituições estavam, quem eram seus familiares e, em alguns casos, seus curadores. Este trabalho foi realizado em parceria com a prefeitura para pensar possibilidades de dar moradia a estas pessoas de maneira regulamentada. Na época, a prefeitura do município, em diálogo com a Coordenação da Casa Irmãos Koch e com o IHF, articulou a implementação de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e um Serviço Residencial Inclusivo (SRI). A construção do Serviço Residencial Terapêutico foi planejada para ser no mesmo terreno da Casa Irmãos Koch, e a construção do SRI seria em outro terreno, próximo ao local. Deste modo, a prefeitura recebe a verba do Estado (o Ministério da Saúde nunca repassou verbas devido à crise nacional) e acrescenta mais um valor, que é então repassado ao IHF, que está sob domínio do SRT (SIC).

Conforme já mencionado anteriormente, os Serviços Residenciais Terapêuticos surgem como serviços substitutivos estratégicos para garantir a desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica às pessoas com transtornos mentais graves e sem suporte familiar, possibilitando a retomada de suas vidas na comunidade. Instituídos pelas Portarias 106/2000 e 1.220/2000, os SRTs se configuram como moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos ou não de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, como também promover a reinserção destes à vida comunitária. Este SRT de Santa Cruz do Sul foi caracterizado como tipo II, modalidade de serviço destinado às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos e que pode acolher até dez moradores (BRASIL, 2000a).

De acordo com a Cartilha “Serviço de acolhimento institucional para jovens e adultos com deficiência em Residências Inclusivas” (BRASIL, 2012), uma Residência Inclusiva (SRI) é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional, da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema único de Assistência Social (SUAS), para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência e que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar.

O SRT teve seu processo de implantação entre 2015 e 2016 para receber os egressos das ILPIs. Após a Residência estar finalizada e ter funcionários contratados para receberem estes moradores, organizou-se um ônibus para que as Promotoras de SCS e de Cachoeira, a Terapeuta Ocupacional do CAPS II/SCS, juntamente com Oficiais de Justiça, Brigada Militar e familiares dos moradores pudessem se deslocar até Cachoeira do Sul para buscá-los. Chegaram munidos de documentações que possibilitavam a retirada daquelas pessoas de lá, visto que alguns familiares eram seus curadores. Os donos das instituições tentaram seduzir os familiares a não levarem os moradores, sem êxito. Segundo informações colhidas, esta busca e acolhimento nas novas moradias ocorreram no dia primeiro de março de 2016.

Até o momento de realização desta pesquisa, retornaram para Santa Cruz do Sul, em momentos distintos, treze pessoas, sendo dois para moradia familiar, oito para o Serviço Residencial Terapêutico e três para o Residencial Inclusivo. O processo de retirada dos pacientes destas instituições se deu de modo tranquilo, “os pacientes estavam felizes por estarem saindo de lá”, segundo uma profissional envolvida no processo.

Na Casa Perpétuo Socorro havia nove munícipes de Santa Cruz, dentre os quais quatro são moradores do SRT atualmente. Daquela casa os moradores vieram somente com a roupa do corpo, não havia receitas ou prontuários médicos. De outra casa vieram outros dois que também estão morando no SRT, desta casa já foi possível trazer alguns pertences pessoais dos moradores, porém o acompanhamento medicamentoso também não era realizado. De outras duas casas buscou-se outros três moradores que estão atualmente no SRI, e há mais seis moradores que estão aguardando até que a moradia se adeque (SIC).

Estes serviços localizam-se na BR 471, Km 127 – Vale do Nazaré; localidade por vezes discutida por órgãos se pertence ao espaço rural ou urbano. Conforme a Portaria 106/2000, um SRT deve localizar-se no espaço urbano, para que se possibilite a retomada dos vínculos com a vizinhança e comunidade e a reinserção social pelo trabalho, estudo e lazer. Pode-se observar que atrás do SRT há chácaras rurais, animais de campo como ovelhas, cavalos, vacas, com extensos poteiros. Segundo informações colhidas, este Residencial foi

pensado em conjunto com o Ministério da Saúde, que sua aprovou a construção neste local. De acordo com a coordenação do Serviço, o terreno está no limite entre o urbano e o rural, porém caracteriza-se dentro do contexto urbano, pois pertence a uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Hospitalzinho (Casa de Saúde Ignez Irene de Moraes) fica próximo dali, há espaços para caminhada, rotas de ônibus (SIC). Mesmo localizado no espaço urbano, é um urbano longe do centro da cidade, o que dificulta o deslocamento, a aproximação com a sociedade, a participação em eventos, a reinserção e a constituição de vínculos dos moradores do SRT com a comunidade. A equipe técnica está ciente desta longitude e atua no sentido de não reproduzir o abandono e o isolamento característicos de uma instituição manicomial.

Na propriedade discutida, visualizam-se três casas, a Casa Irmãos Koch, o SRT e o SRI. A primeira delas é a Casa irmãos Koch – Programa Lázaro de Betânia, que realizou o registro estadual de SRT somente em 2016, porém na prática ainda há regulamentações a serem feitas. Nesta moradia vivem doze pessoas, dentre os quais nem todos tem o perfil para morar em um Residencial Terapêutico, uma vez que nem todos têm transtornos mentais e/ou histórico de internações em hospitais psiquiátricos. Alguns destes se enquadrariam em um Residencial Inclusivo, mas neste momento ainda estão sendo articuladas possibilidades de remanejar estes moradores.

Problematizo aqui que uma moradia que existe há tantos anos, quando regulariza sua situação em termos de documentação e se torna um Residencial Terapêutico, mas não reavalia e modifica suas práticas, nem muda seu quadro de funcionários, deve tornar-se atenta e deve produzir reflexões constantes na tentativa de desempenhar suas funções. É necessário que ela verifique se está, de fato, desempenhando as funções de um SRT, conforme propõe o Ministério da Saúde, que seriam a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial destes moradores. Precisamos considerar que são pessoas que nunca tiveram autonomia em relação a escolhas e foram objetos de ações tutelares, por isso o SRT deve atentar para sua nova organização e práticas de cuidado a partir desta regulamentação.

Ao lado desta primeira Casa, há varais de roupas e um gramado, com algumas laranjeiras e, a seguir, encontra-se o Serviço Residencial Terapêutico. Aqui fica claro que os novos moradores que chegaram, de certa forma, ‘invadiram’ o espaço dos antigos moradores, que se consideravam uma família, devido aos longos anos de convivência e rotina. Percebe-se que há um distanciamento destes moradores com os que chegaram ano passado, pois apresentam transtornos mentais graves e crônicos, sendo vistos como “loucos” e assim foram apelidados pelos moradores da primeira Casa. Uma vez que os que vieram de Cachoeira

viviam em péssimas condições de higiene e alimentação, estavam desprovidos de medicação, eram vítimas de diversas violências, é compreensível que o contato e a sociabilidade destes se torne fragilizado.

O SRT foi construído a partir da base de uma casa de madeira antiga e abandonada neste terreno, que acolhe seminaristas do IHF e depois foi utilizada como depósito. Construído para receber os egressos de Cachoeira, o SRT abriga hoje oito moradores e é em formato de casa: tem um espaço central com sofás, televisão, ar condicionado e uma mesa para refeição. Os banheiros femininos e masculinos ficam à esquerda, o banheiro para funcionários à direita. Há dois quartos masculinos à direita e um feminino à esquerda, que abrangem duas a três camas de solteiro em cada. Nos fundos, a cozinha e a lavadeira. Há ainda uma pequena sala com medicações e outros materiais de enfermagem. Atrás da casa, gramado e varais de roupas e há poucos metros uma cerca que protege as pessoas do arroio. Os moradores desta casa são na maioria adultos jovens, com comprometimento mental maior, são mais frágeis psiquicamente, alguns com delírios, outros com limitação para comunicar-se verbalmente.

Separado por um metro de distância, há uma terceira casa, o Serviço Residencial Inclusivo (SRI), que abriga três moradores, também de Cachoeira, com dificuldades inclusivas (um é cadeirante e dois irmãos com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista). Infelizmente, uma série de irregularidades veio se apresentando na constituição desta moradia. Durante a realização desta pesquisa, este Residencial não possuía ainda registro de inscrição e não há previsão de quando isto poderá ocorrer. Primeiramente, ele não foi construído no terreno que lhe foi destinado, e sim no mesmo espaço dos SRTs. Feito com placas de gesso acartonado, em uma estrutura totalmente quadrada, ele compõe-se somente de quatro quartos e dois banheiros, sem cozinha, lavanderia e dispensa, o que o torna distante de algo que lembre um lar. Ampliações de cozinha e lavanderia iniciaram em abril de 2017 e, por conta disto, a Assistência Social neste momento não consegue disponibilizar verbas para que sejam contratados funcionários. A verba destinada ao SRT está sendo diluída para o SRI para gerenciar custos como alimentação e limpeza. A equipe técnica do SRT dedica-se a implantar os procedimentos que deveriam estar acontecendo no SRI, conforme as normas e o que é previsto pela Portaria. Deste modo, a equipe está realizando todos os cuidados com os três moradores inclusivos, que precisam de auxílio para higiene pessoal, banho, troca de roupas, alimentação, caracterizando-se como um trabalho desgastante e cansativo, sem receber um centavo a mais por isso.

O SRT conta hoje com 17 funcionários, dentre cuidadores, auxiliares de cozinha, auxiliares de limpeza, técnico de enfermagem, coordenador. Durante o período de coleta de dados, dois funcionários saíram do serviço, e a equipe teve de se reorganizar para dar conta das tarefas, até que outro funcionário foi contratado. Foi possível observar que os funcionários, por vezes, ficam sobrecarregados com este cuidado. Segundo relato de uma funcionária, “tem dias que é muita sobrecarga, pois tem vezes que todos eles demandam ao mesmo tempo” (SIC). Ela acrescenta ainda que prevalece uma insatisfação por parte dos moradores, mesmo sendo discrepante a diferença de cuidados, alimentação, higiene e limpeza em comparação às instituições da qual vieram, o que acaba gerando um sentimento de não-reconhecimento e desvalia pelo seu trabalho.

Durante este mais de um ano de funcionamento do serviço, a equipe ateu-se a questões burocráticas e de saúde que precisaram ser tratadas como prioridade. Num primeiro momento, a equipe dedicou-se sobre questões acerca da retomada de documentação dos moradores (alguns nem a possuíam), curatela, adequação de seus benefícios assistenciais, avaliação clínica e psiquiátrica, exames com todos os moradores para conhecerem suas doenças clínicas, tratamentos para verminoses e piolhos, iniciação e acompanhamento da medicação psiquiátrica.

A adaptação dos moradores nesta casa foi (e está sendo) lenta e gradual; segundo uma funcionária, eles almoçavam quantidades exageradas de comida, passavam mal e até vomitavam depois, alguns guardavam comida nos bolsos para comerem mais tarde, com receio de que aquela fosse a única refeição do dia, como ocorria na outra instituição. Aos poucos eles foram percebendo que há quatro refeições ao dia e que não há a necessidade de comer tanto. Funcionários relatam também que, no início, os moradores eram mais agressivos e por vezes agrediam a equipe, com chutes, mordidas, beliscões, pois esta era a forma de relacionarem-se com os cuidadores na outra Casa, visão que, aos poucos, também foi se modificando.

Evidencia-se, assim, que a equipe se vê como tarefaira, ocupada em proporcionar qualidade de moradia, como alimentação, higiene e cuidados a estas pessoas. Agora que os moradores já têm os direitos de saúde e moradia assegurados, é necessário olhar para além dos aspectos estruturais e básicos e da visão dicotômica sobre a superação ou não do modelo manicomial que era presenciado na outra instituição. As práticas do serviço devem direcionar-se para a retomada de vida dos moradores, na desinstitucionalização, processos de autonomia e reinserção na sociedade. A seguir, abordo como está se dando esta experiência de SRT em

Santa Cruz, na qual serão explanadas e discutidas suas práticas de cuidado e o processo de desinstitucionalização dos moradores desta nova Casa.

4.2 Uma casa chamada Serviço: implicações do morar, práticas de cuidado e processo de desinstitucionalização ao ex-morador de instituições asilares

A Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações de práticas e saberes que ocorre no seio das instituições e dos serviços de saúde, continuamente marcada por desafios, impasses e conflitos. Quando a ordem foi o fechamento dos hospitais psiquiátricos, a necessidade de haverem lugares para acolher e abrigar estas pessoas emergiu, ainda na década de noventa, e as primeiras experiências de moradias para receber essas pessoas foram pensões protegidas e lares abrigados inseridos na comunidade, aliando-se à ideia da criação de centros de convivências como espaços de encontro com a cidade (FRICHEMBRUDER; SOUZA, 2011).

É a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental que se determinou o destino dos egressos do sistema asilar, que passaram a ter como referência não mais os chamados Lares Abrigados e Pensões Protegidas, e sim os Serviços Residenciais Terapêuticos. A Lei Federal nº 10.216/2001, que garante os direitos dos portadores de transtornos mentais e reorienta o modelo de atenção em saúde mental, veda a internação em instituições de características asilares, tendo a desinstitucionalização e a reinserção social do paciente na comunidade como diretriz para o cuidado (BRASIL, 2001).

Outra importante política criada para egressos de longas internações psiquiátricas é o Programa "De Volta Para Casa" (PVC), caracterizado como estratégia de desinstitucionalização na RAPS, ao instituir o auxílio-reabilitação psicossocial no valor de R\$ 240,00 mensais, através da Lei 10.708, de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2003). Este benefício amplia o poder contratual dos usuários a partir da abertura de uma conta bancária e da aquisição de cartão no nome do morador para a retirada do benefício, contribuindo para a necessidade do habitar a cidade e constituir-se como cidadão. Esta política, como o próprio nome já sugere, implica em retornar à sua casa, significa habitar, apropriar-se novamente de um espaço que se torna seu.

A questão do morar aqui é problematizada, uma vez que em instituições asilares particulares a moradia devia ser paga, enquanto que no SRT é conferido o direito à moradia e o benefício do PVC pode ser utilizado de acordo com a escolha do morador. Outras alternativas de moradias podem ser articuladas, além dos Residenciais Terapêuticos, como os

aluguéis sociais; o compartilhamento de um lugar comum pelos usuários com vínculos entre si; as moradias assistidas; a construção ou o aluguel de residências próximas a dos familiares, com contratação de cuidador e/ou acompanhante terapêutico, se for o caso; programas de habitação popular (BRASIL, 2014a). No SRT onde se desenvolveu esta pesquisa, apenas um morador recebe o benefício do PVC, que fica sob domínio da coordenação e é gerenciado para questões de saúde e necessidades pessoais dos moradores.

Apesar de esta moradia denominar-se Serviço Residencial Terapêutico, como já discutido anteriormente, ela deve ter características semelhantes a um lar. Morar em um lar que se chama Serviço é uma trama complexa e que pode produzir implicações, uma vez que a palavra serviço remete a significantes como clínica, centro de saúde, etc. Habitar um “serviço” é continuar sob a ótica e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, mesmo que se compreenda que esta foi a forma encontrada para vincular a inserção desta moradia ao SUS. Fassheber e Vidal (2007) colocam que nestes locais, novas experiências são vivenciadas a partir de uma apropriação do novo espaço e de uma relação de proximidade e pertencimento, assim, o morar ultrapassa os sentidos do “tratamento”, como entendidos numa clínica ou serviço.

A diversidade do que constitui o morar é ampla e merece algumas explanações. No Residencial, serão abordadas questões ligadas ao morar em detrimento das questões que dizem respeito ao tratamento, pois estas últimas ficam sob a responsabilidade dos serviços de saúde. Dentre as questões ligadas ao morar está a contratualidade, ou seja, os contratos que serão feitos sobre a parte de cada um, discórdias, disputas de espaço, namoro, barulhos, festas, crenças, etc. (BRASIL, 2004), e que vão configurando este espaço como um lar e possibilitando a construção de laços com o mesmo. A moradia passa a ser mais do que uma casa, ela é um lar, singular, cheio de afetividade e que diz respeito exclusivamente às pessoas que nela moram, aos seus hábitos e seus gostos. Deste modo, a moradia vai adquirindo a marca de seus moradores, na forma de organizar e compor cada um dos detalhes desta casa; ela pode ter plantas, animais, quadros, objetos decorativos, que vão revelando a singularidade e a subjetividade de cada morador.

Os laços formados com um lugar são construídos a partir da cultura e geografia, das relações sociais e ambientais que nele se desenvolvem (JERONIMO; GONÇALVES, 2008), e este conjunto de fatores propicia uma diferenciação entre “morar” e “habitar”. Neste sentido, quando o sujeito estabelece uma relação apenas funcional com determinado lugar, configura-se o “morar”; porém quando se apropria de seus aspectos físico, simbólico, emocional e

cultural, pressupondo uma interação com lugares, pessoas, coisas do mundo significativo do sujeito, há de fato o “habitar” (GONÇALVES, 2002, apud JERONIMO; GONÇALVES, 2008).

Os moradores da casa construíram diferentes sentidos sobre o habitar. O morador José³ diz que “morar aqui é bom, é tranquilo” (SIC). Já Camila fala que gostaria de ter um quarto só para ela e que esta não é sua casa, que sua casa é junto às irmãs (SIC), dando sentido ao morar como sendo junto a seus familiares, o que, neste momento, está vetado por interdição judicial. Seu Almerindo expressa com decepção que “este lugar parece um hospital, pois tem regras, não se tem liberdade, não posso ver a namorada quando quero” (SIC). Essas colocações trazidas pelos usuários nos direcionam a algumas discussões. Percebe-se, na fala da moradora Camila, que sua concepção de lar está relacionada à proximidade com sua família consanguínea, no momento em que não visualiza os colegas da casa como seus familiares ou por quem teria afeto. A fala de seu Almerindo refere-se à imposição de regras da casa e ao confinamento no qual se vê em algumas situações, partindo da sua posição de habitar esta casa e comparando-a a um lugar que, por muitos anos, foi sua morada, o hospital psiquiátrico, local onde a tutela e a dependência o regiam sob uma ótica manicomial.

Tomando o Serviço Residencial Terapêutico como uma moradia, com características inerentes a um lar, é fundamental que ele propicie a reconstrução e reapropriação das histórias de vida destes moradores, o estabelecimento de vínculos de afeto e cooperação, no qual se compartilham vivências prazerosas e dolorosas com os colegas, configurando-se um lugar de produção de subjetividade (ARGILES et al, 2013). A dinâmica das relações, semelhante a uma estrutura familiar, permeada por vivências, relações de afeto, cuidado e até desentendimentos fazem com que eles sintam os outros como parte de sua família. Desta forma, através das relações com os colegas e vizinhos, os usuários vão sentindo e se apropriando, gradualmente, da casa e do território como sendo um espaço deles, à medida que novos vínculos sociais vão sendo estabelecidos (FASSHEBER; VIDAL, 2007).

Todavia, as relações de afeto e vinculação entre os moradores de uma casa, mencionadas na literatura, são pouco observadas no SRT em que realizamos essa pesquisa. Durante a inserção da pesquisadora no campo, percebeu-se pouca interação entre os moradores, bem como ausência de cooperação mútua em atividades como tomar banho e vestir-se. A relação entre eles por vezes é conflituosa, falam mal ou tem medo de agressões e comportamentos delirantes uns dos outros, o que reforça o distanciamento entre eles. O ato de

³ Para garantir o direito à privacidade dos envolvidos, todos os nomes utilizados nesse trabalho são fictícios.

tomar chimarrão, comumente percebido como um momento que oportuniza trocas e socialização entre indivíduos, denota o isolamento entre eles, quando passam a levar cada um para si uma cuia e uma térmica para um canto do Residencial. Os próprios moradores referem que preferem deste modo, pois cada um gosta de tomar o chimarrão do seu jeito. Os moradores conversam pouco entre si, as trocas observadas se dão entre o morador e os cuidadores e demais funcionários. Observou-se que alguns moradores, quando precisam de algo ou discutem com alguém, logo recorrem ao cuidador ou à equipe para a resolução dos conflitos, como se eles não tivessem voz para imporem-se e capacidade para solucionar a conflitiva sozinhos.

Estas percepções nos direcionam a algumas reflexões acerca da captura destas pessoas pela lógica manicomial a que estiveram submetidas por longos anos, na qual a experiência de segregação nas instituições produzem perdas no plano das relações interpessoais, incluindo família e relações sociais. Goffmann (2003), ao denominar de “instituições totais” o modelo hegemônico de atenção psiquiátrica centrado na institucionalização permanente das pessoas com transtornos mentais graves, aponta a exigência da regulação da ordem e da disciplina como objetivos para a normalização. Tais instituições assumem a gerência das diversas dimensões da vida do internado, ao controlar o corpo, o espaço e o tempo e rompendo laços sociais e familiares através da clausura e isolamento, levando-o a incorporar uma posição de total dependência institucional. Deste modo, devemos compreender os residenciais como serviços substitutivos que permitem e estimulam um processo de reapropriação e reconstrução pessoal de si, do espaço, do uso de objetos e da criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana, sem esquecer de como este processo é complexo, singular, demanda empenho da equipe e do morador e está subjugado às limitações dos usuários que tiveram roubadas suas subjetividades pela institucionalização.

A existência de uma forma de dependência marcada pela temporalidade e pela espacialidade é apontada por Amorim e Dimenstein (2009). Quando a “vida livre” ou a vida possível é encontrada no contexto do serviço e apenas dentro dos muros institucionais é possível existir, ou quando as atividades que exigem circulação pela cidade são restritas e dependem da disponibilidade dos técnicos do SRT em acompanhá-los ou ainda, quando a participação nas atividades do CAPS e a busca pela medicação neste serviço os “obriga” a frequentar este serviço sem que isso faça parte de um PTS, estamos incorrendo numa lógica manicomial de tutela, de dependência institucional e de controle da vida (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Neste sentido, sair de um hospital psiquiátrico ou de uma instituição asilar pode ser uma experiência nova e que pode gerar diferentes sentimentos e expectativas nos portadores de transtornos mentais. Alguns autores concordam no que se refere ao processo de transição de moradores de instituições asilares e psiquiátricas para os Serviços Residenciais Terapêuticos, que este processo gera medos e inseguranças experienciados pelo morador, e, portanto, tal processo deve ser problematizado e humanizado. Amorim e Dimenstein (2009) salientam que as práticas de cuidado e o processo de desinstitucionalização de moradores não devem se tornar uma mera “transferência” das pessoas de um local a outro, uma vez que construir serviços substitutivos aos manicômios não garante a mudança na lógica com que são tratados os portadores de transtornos mentais graves. Wachs e colaboradores (2010) afirmam que o processo de transição deve permitir que “o usuário possa ser investido por outros discursos, vislumbre outras formas de organizar seu viver e visualize uma rede que ofereça proteção para ele fora do hospital” (p. 904). Para os autores, o processo de transição não é apenas uma mudança de um espaço físico a outro, mas uma apropriação dos novos territórios e uma ressignificação da posição subjetiva dos sujeitos-moradores.

Apropriar-se da nova moradia e ressignificar a posição de alienado para uma posição de sujeito-morador são características do processo de desinstitucionalização. Esta nova casa é o local onde o portador de transtornos mentais vai ter espaço para sua individualidade e vai organizar seu universo subjetivo, de modo a (re)construir sua identidade. A reconstrução das identidades deve ser possibilitada e potencializada pela equipe, ou seja, esta tem de incentivar o usuário a poder fazer escolhas, ter seus desejos respeitados e singularidades resgatadas, permitindo-o narrar-se a partir de suas experiências e poder vivenciar outras, construindo sua liberdade (FASSHEBER; VIDAL, 2007).

A (re)construção de identidades dos moradores é um processo complexo e dinâmico, observado no cotidiano do SRT de Santa Cruz do Sul. A equipe do SRT aponta o Residencial como uma casa, assim como qualquer outra, que possui regras, mas que os hábitos e vontades próprias dos moradores são escutadas e respeitadas. As mulheres da casa gostam de cuidar de si mesmas, usam batom, brincos, pintam as unhas, cada um tem sua própria roupa e guardas-roupas. Gradativamente, a equipe do Residencial prevê que possam ser comprados pelos próprios moradores mais objetos pessoais, como tapetes em frente às camas, criados mudos individuais para guardarem seus pertences, uma vez que muitos dos objetos e roupas que eles possuem foram ganhos de doações. Estas práticas possibilitarão a percepção e apropriação deste espaço como singular pelos moradores.

O “risco de captura” manicomial é previsível e deve ser considerado no cotidiano do SRT (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009). Um serviço que se pretende substitutivo e antimanicomial, ao tentar promover a construção da vida de pessoas que foram cronicamente institucionalizadas através de práticas de cuidado a partir dos encontros com a cidade, podem operar ou não na contramão da lógica manicomial. Deste modo, é necessário compreender que os mecanismos de controle e reprodução sutil da lógica manicomial vão se estender inevitavelmente sobre o cotidiano dos moradores e cuidadores, seja nas relações que estabelecem entre si, seja nas práticas de cuidado ou nos diversos âmbitos da vida que estão sendo produzidos. Portanto, os SRTs têm se mostrado como problematizadores da atenção em saúde mental, gerando questionamentos acerca de uma clínica possível nesse contexto, a partir de novas formas de cuidado no transitar entre casa e cidade, sem cair em práticas tutelares e de aprisionamento (AMORIM, DIMENSTEIN, 2009).

Um cotidiano de trabalho e formas de atuação se apresenta para os profissionais de saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica e da substituição do modelo hospitalocêntrico por um modelo psicossocial de atenção à saúde. É preciso mais do que mudanças na Constituição e mais do que a criação de serviços substitutivos à lógica asilar para que seja possível abolir os desejos, expressos pela sociedade, de dominar, controlar e oprimir o louco. Estes desejos mantêm o manicômio internalizado e presente também em nós, profissionais de saúde, e a qualquer momento podem emergir através de práticas tutelares, disciplinares e excludentes nos dispositivos de saúde mental, impedindo a (re)construção da vida dos usuários (ROMAGNOLI et al, 2009). Para enfraquecer e desmontar a lógica psiquiátrica internalizada e construir novas formas de intervenção faz-se necessário mudar os significados, abrindo mão “das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 80).

Uma nova perspectiva acerca das práticas de cuidado ao portador de transtornos mentais surge no contexto da Reforma Psiquiátrica. Antes, o cuidado era vigilante, tutelar e normatizador; agora, este cuidado é singular, direciona-se para a autonomia dos usuários, o acompanhamento, o incentivo e a valorização das ações cotidianas. Conforme Wachs e colaboradores (2010), “ocorre uma passagem de um cuidado massificado calçado na crença das generalizações biomédicas para um cuidado baseado na multiplicidade e na complexidade enquanto características do viver da humanidade” (p. 906).

No cotidiano dos Serviços Residenciais Terapêuticos, como o acompanhado nessa pesquisa, as práticas de saúde mental podem se direcionar para as necessidades dos usuários, não como uma prescrição, mas sim como uma construção coletiva, possibilitando a retomada da vida cotidiana através da promoção de autonomia e a reabilitação psicossocial. Nesta direção, o SRT apresenta-se como espaço para moradia, cujo objetivo é o cuidado, o acolhimento e a produção de saúde, enquanto que o “tratamento” compete aos demais serviços da rede. O artigo quarto da Portaria 106/2000, que institui os Residenciais Terapêuticos, estabelece como seus princípios e diretrizes:

Ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
Ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários;
Respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário (BRASIL, 2000a, p. 23).

Faz-se importante aqui compreender o significado de autonomia, palavra-chave neste processo de desinstitucionalização para as pessoas que viveram o abandono institucional. A autonomia não diz respeito a exigir que o morador seja independente nas suas atividades de vida cotidiana. Ela é a capacidade de os indivíduos apresentarem respostas ou criarem regras para si e para a gestão de seu cotidiano, capacidade que se potencializa à medida que se ampliam os lugares e as relações de referência e de pertença do usuário no território (BRASIL, 2014a).

A rotina dos moradores do SRT de Santa Cruz do Sul evidenciam as práticas de cuidado e as possibilidades de autonomia proporcionadas pela equipe. A relação estabelecida entre a equipe e os moradores é positiva, com demonstrações recíprocas de afeto oferecidas principalmente aos cuidadores, funcionários que desempenham mais ações voltadas aos cuidados pessoais e ao convívio. Momentos de lazer são pouco vistos no cotidiano dos moradores. Alguns olham televisão, ficam sentados durante o dia, gostam de tomar chimarrão e fumar, alguns retomaram sua participação em Oficinas do CAPS durante o desenvolvimento dessa pesquisa.

Os funcionários e cuidadores executam praticamente todas as atividades de cuidado da casa, como preparar refeições, limpeza e organização, lavagem de roupas, bem como cuidado a alguns moradores que demandam auxílio em cuidados pessoais, como para tomarem banho

e vestirem-se. A casa sempre está organizada, limpa, as refeições são variadas e deliciosas, a higiene e medicação deles estão em dia. Este modo de organização acontece desde a abertura da mesma e a equipe aponta que prefere realizar algumas atividades, como preparar as refeições, sem o envolvimento dos moradores, pois assim não há riscos deles se ferirem ou quebrarem algo (SIC). Frichembruder e Souza (2011) colocam que, quando a equipe assinala que há um risco dos moradores ferirem-se com objetos da casa, está se posicionando de modo a dizer que eles apresentam perigo (para si e para os outros) e que são incapazes. Deste modo, as pessoas que “carregam as marcas da ‘loucura’, ao infringirem as regras que orientam as relações em diferentes domínios sociais numa certa cultura, tornam-se excluídos, não mais (ou não só) em hospitais psiquiátricos, mas, agora, nos chamados Residenciais Terapêuticos” (FRICHEMBRUDER; SOUZA, 2011, p. 87).

Neste contexto, pode-se dizer que uma prática de cuidado do SRT é ter uma faxineira que limpe e arrume a casa ou uma cozinheira que faça as refeições. O desejo deles de não querer limpar a casa ou fazer a comida precisa ser considerado tanto quanto sua incapacidade de apropriar-se do cuidado da casa e realização das tarefas. O papel do funcionário do SRT é compreendido como aquele que, “ao *caminhar com* os sujeitos, empresta poder contratual, auxilia no despertar de desejos, intermedia ações e relações, facilita processos e favorece a abertura de espaços de negociação” (MARQUES; MÂNGIA, 2012, p. 250).

No cotidiano dos Residenciais, as questões relativas ao manejo e resolução de conflitos se mostram fundamentais pela convivência, proximidade e intimidade presente nos grupos familiares, enquanto seus membros apresentam diferentes representações deste espaço. Argiles e colaboradores (2013) referem que as diferenças e conflitos são inerentes a todos os grupos humanos, o que vai possibilitar uma convivência mais saudável são as formas de mediações e acordos encontrados. Observaram-se exemplos de manejo na convivência e nas relações interpessoais entre moradores e equipe do SRT, conforme fragmento do diário de campo:

Logo que chego, vejo que a Maria não está bem. Recém acordada, ela está xingando os cuidadores, num delírio de que eles tiraram fotos dela e colocaram no jornal e diz que vai chamar a polícia. Também usava palavrões ao se referir à cozinheira. Os funcionários me disseram que ela já está assim há dois dias, que ontem tiveram que segurá-la pois batia sua própria cabeça com força na parede, e que nesta madrugada ela quase não dormiu, pois proferia acusações aos outros. O tom de voz da Maria é bem alto e geralmente suas acusações remetem a pensamentos como “alguém me feriu, alguém me ameaçou, alguém me caluniou”. A moradora Beth, ao ouvir sua voz, veio ver o que estava acontecendo, e, em seu delírio de grandeza, está aí para protegê-la, defendê-la, cuidá-la (pois é terapeuta). Maria está bem irritada e começa a xingar e ameaçar também os cuidadores e até os outros moradores. Mais tarde, Maria alterou-se mais, enraivecida, atirou uma cadeira e virou o lixo no chão, disse

que ia “dar” na cozinheira. Um profissional a levou para o quarto, conduzindo-a pelo braço, dizendo que ela não podia ferir os outros e que estava muito alterada e então ficaria ali até se acalmar. Eles conversaram no quarto por mais ou menos uma hora. Depois, no horário do almoço, Maria se negou a comer e disse que iria chamar a polícia. Neste momento, o manejo do profissional foi no sentido de pedir à Beth, que se considera a terapeuta de todos da casa, que cuidasse e conversasse com Maria, auxiliando e compartilhando este cuidado.

Este fragmento nos remete a algumas reflexões. Primeiramente, o cuidado à pessoa com sofrimento mental é um exercício que exige paciência e respeito ao outro, e se configura como um trabalho desgastante e adoecedor, em certa medida. Nesta situação, percebe-se que o manejo do profissional em relação à moradora atuou no sentido de aceitar sua doença mental e possibilitar um cuidado que não julgue, negue ou puna, mas de estar *com* ela, no momento em que ele a afastou dos demais devido ao seu comportamento agressivo, explicou o porquê estava levando-a ao quarto e conversou com ela. Outro aspecto que se evidencia é o cuidado compartilhado com a moradora Beth, quando solicitado que auxilie no manejo com Maria. Estas formas de produção de saúde e cuidado no cotidiano no SRT envolvem ações coletivas, a partir de experimentações cotidianas, que possibilitam a vida e novas formas de morar e existir.

Enquanto são percebidas tais intervenções no cuidado com esta moradora, também se visualizam práticas tutelares e de tomada de vida neste Residencial. Quando os funcionários agilizam as tarefas de casa, desempenhando-as sem a participação dos moradores para se tornar mais rápido, quando servem o almoço às 10h e 40 min para que fiquem “prontos” (SIC) mais cedo, quando servem a comida no prato para que eles não façam muita sujeira, quando os moradores pedem autorização para usar o telefone e ligar para familiares, quando o portão do Residencial fica cadeado e só a Coordenação tem a chave, questões precisam ser problematizadas.

A vida no hospital aprisiona, controla os afazeres diários e provê as necessidades aos moradores, impedindo o gerenciamento de suas vidas. A partir dos exemplos citados acima, percebe-se que não estamos livres dos nossos desejos de manicômio, isso nos remete a pensar que o risco de captura por uma lógica manicomial ainda se faz presente nos dispositivos substitutivos. Desvencilhar-se desta lógica não é tarefa fácil, constituindo-se como um desafio traçado dia após dia no contexto do SRT. Desafio que exige novas práticas em saúde mental, reabilitadoras, voltadas para a educação, reaprendizagem das atividades diárias; motivação para que os moradores desenvolvam estes ensinamentos sozinhos, sem discriminação e exclusão e respeitando o tempo de cada um neste processo (BELINI; HIRDES, 2006).

Outro desafio apontado é acerca do número de funcionários da equipe que se mostra insuficiente para poder dar conta de tantos afazeres e demandas, mesmo este número estando superior ao que propõe a Portaria, o que gera uma sobrecarga. A equipe está desempenhando tarefas para além de suas funções no SRT, ao terem que cuidar também dos moradores do Residencial Inclusivo que estão sem funcionários contratados no momento. Servir o prato junto com o morador é tarefa que exige disponibilidade, tempo e acolhimento, respeitando suas dificuldades e permitindo a expressão dos desejos e escolhas (por exemplo, o usuário poder decidir a quantidade de arroz e de feijão, organizá-los a seu modo no prato). É preciso considerar que na equipe atual falta tempo para realizar tais tarefas junto com os moradores, mas com certeza sobra disponibilidade e acolhimento por parte da mesma, uma vez que se percebem tais profissionais disponíveis e motivados para tais atividades.

A Portaria 3090/2011 modifica a Portaria anterior, que fala sobre a constituição dos SRTs (106/2000) e reorganiza o quadro de funcionários deste Serviço (BRASIL, 2011b). Antes eram necessários apenas um médico e um profissional com formação em reabilitação psicossocial da equipe da referência. Agora, para cada Residência com dez moradores orienta-se que haja cinco cuidadores em regime de escala e um profissional técnico de enfermagem diário, em consonância com a equipe técnica do serviço de referência. Na prática, este quadro de funcionários seria, com certeza, insuficiente; o próprio SRT conta ainda com faxineira, cozinheira, enfermeira, Terapeuta Ocupacional da equipe de referência, compondo ao total dezessete funcionários que suprem a necessidade de um cuidado vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana. Ou seja, mesmo com uma equipe maior do que a exigida pela Portaria, as demandas da casa e dos moradores apontam que ela ainda é pequena; ela dá conta das necessidades básicas dos moradores. Faltam profissionais dedicados à produção de saúde, no que se refere à retomada da autonomia, realização das tarefas diárias em conjunto, investigação dos desejos destas pessoas e poder dar voz a eles, potencializando o que sabem fazer.

A coordenação entende que para os cuidadores e demais funcionárias, o seu trabalho se torna mais rápido se desempenhado sozinho, porém ressalta a compreensão de que é importante se os próprios moradores o fizessem. Não se tem a pretensão de criticar a ausência de práticas e intervenções, pelo contrário, cabe aqui destacar que o processo de desinstitucionalização é moroso e exige dos funcionários acolhimento, disponibilidade e inventividade de suas práticas, uma vez que o portador de transtornos mentais apresenta

demandas complexas e os avanços e conquistas nos aspectos de sua desinstitucionalização não se dão de forma imediata.

Esperar que os usuários pudessem realizar todas as atividades sozinhos é um descuido, afinal o SRT deve incluir uma escuta acerca do que o usuário pode dar conta sozinho nas pequenas tarefas caseiras, ou seja, estar atento para os momentos em que ele precisa ser apoiado mais de perto em seu processo de autonomia neste novo local. Incentivá-los a arrumar sua cama, a recolher o prato da mesma, a jogar toco de cigarro no lixo, a esfregarem-se sozinhos no banho, auxiliá-los a vestirem-se são ações que, se propiciadas na moradia, os aproximariam do processo de desinstitucionalização, caminho possível mesmo para aqueles moradores mais comprometidos psicologicamente. Estes incentivos dos funcionários ainda são pouco observados no SRT em questão, que se veem como tarefeiros e ocupados com as demandas.

Observou-se que entre as pessoas desta moradia existem diferentes níveis de apropriação e construção de sentido sobre o cuidar de uma casa. Alguns moradores se dispunham a ajudar nas tarefas do lar, como varrer a casa, tirar as folhas secas do pátio, recolher o lixo e levá-lo na estrada. Já outros não conseguem dispor de sua cooperação, seja pelas limitações de sua doença mental, seja por terem permanecido longos anos institucionalizados e destituídos de autonomia, escolhas e trocas, tanto uma como outra nos levam a refletir que tais desabilidades apresentadas pelos usuários são lógicas e previsíveis.

Alguns autores concordam que é difícil para portadores de transtornos mentais crônicos enfrentarem situações adversas, na qual comumente são citadas a cooperação nas atividades rotineiras, pois um grande esforço é necessário para superar as limitações de sua doença, uma vez que o transtorno mental compromete tanto a realização das tarefas como a percepção do que é cuidar de uma casa (BELINI; HIRDES, 2006; FASSHEBER; VIDAL, 2007). A institucionalização a que estiveram submetidos por anos ou décadas arrancou destas pessoas sua subjetividade, no momento em que os privaram de suas escolhas, seus desejos de cuidarem de si mesmos e de sua liberdade. Belini e Hirdes (2006) destacam que, mesmo quando uma pessoa com histórico de longas internações psiquiátricas reencontra estes elementos que lhe foram roubados, às vezes não consegue desfrutar da autonomia que se apresenta como nova perspectiva de vida.

No entanto, uma percepção merece ser ressaltada: no dia da ausência de duas funcionárias da equipe devido a problemas de saúde, os moradores se empenharam e se responsabilizaram em auxiliar nas tarefas de casa, ajudando-se mutuamente a vestirem-se, por

exemplo. Ao retorno das funcionárias, as tarefas passaram a ser realizadas novamente por elas. Neste momento, percebeu-se que o compartilhamento das tarefas e a autonomia dos moradores são ações que poderiam ser incentivadas diariamente, até para aqueles moradores mais afetados pela doença mental. Justificar a omissão destes incentivos afirmando que os moradores são limitados devido a sua doença mental não é coerente. Deixar de incentivar e de permitir que aos poucos eles possam fazer sozinhos algumas destas atividades rotineiras é uma prática tutelar, que anula as possibilidades de escolha e não gera novas atitudes e hábitos nestas pessoas. Questiona-se: é possível incentivar os moradores todos os dias? O que poderia ser feito para que os funcionários pudessem estimular e possibilitar que os moradores empenhem-se e apropriem-se mais nas tarefas?

Ainda em relação às práticas de cuidado e autonomia, foi possível acompanhar uma reunião informal entre a coordenação da moradia e os usuários, na qual foi dada a possibilidade de voz e escuta a estas pessoas. Em tal encontro, uma das questões levantadas por eles foi em relação ao cardápio das refeições, na qual referem que “não querem comer feijão no domingo, pois é domingo, pode ter só maionese, arroz e bife” (SIC). Outro morador comenta que antigamente fazia maionese, e que poderia fazer maionese no domingo; outra moradora diz que sabe fazer doce de chuchu, e que gostaria de fazer. O espaço da cozinha ainda é vedado aos moradores, seja porque alguns deles não compreendem o espaço de uma cozinha devido ao seu transtorno, seja por causa do perigo que alguns apresentam conforme quadros delirantes e psicóticos. No entanto, a coordenação percebe esta questão como fundamental e prevê, em breve, que se possam contratar funcionários para serem seus acompanhantes na cozinha, destacando que “não importa a bagunça, a lambança e se a comida não der certo, o que importa é eles se sentirem com mais autonomia” (SIC).

Este primeiro espaço de escuta pode ser repensado como um espaço valorizador do eu enquanto sujeito-morador, quando possibilita este espaço para fala, fomentador dos desejos e das escolhas dos mesmos, quando eles dizem que não querem feijão no domingo, bem como promotor de soluções inventivas, quando se disponibilizam a fazer a maionese. Esta postura de atenção e escuta às demandas dos moradores desacomodam e colocam à prova a verdade e o saber especializado sobre o modo de agir num serviço. Em lugar do saber médico psiquiátrico, onipotente, controlador e segregador, vão se configurando nos novos dispositivos de saúde mental ações e saberes ligados às existências individuais e coletivas, ao promover a retomada do poder contratual, da antiga rotina, das possibilidades de escolha, valorizando as vontades do ex-morador de instituições asilares.

A rotina do SRT é regrada, com horários para refeições, banho, quantidade de cigarros disponibilizados a cada um; porém não é estática, ela é moldada conforme as características singulares e necessidades de cada morador. O cardápio é diferenciado para aquele que é diabético, respeitando sua saúde; os horários de refeições são pré-determinados, no entanto eles tem a liberdade de não fazerem as refeições se não quiserem; o despertar é de manhã cedo, mas os moradores podem dormir até mais tarde quando desejarem; o morador que está mais agitado pode fumar mais cigarros.

Nesta perspectiva, percebe-se que o SRT ora possibilita a autonomia, ora tutela. Este tensionamento e indissociabilidade tutela-autonomia faz parte do cenário não só dos SRTs, mas também de outros serviços substitutivos à lógica manicomial, que se pretendem desinstitucionalizantes, mas que borram as fronteiras entre o que se configura tutela e o que entende por promoção de autonomia. Neste sentido, se mostra como desafio para estes serviços a desconstrução do que é chamado de loucura, do que é concebido como doença mental e das práticas de intervenção no processo de desinstitucionalização do sujeito e na relação de tutela que se estabelecia entre profissional e portador de transtornos mentais no modelo manicomial (ARGILES et al, 2013). Estes desafios se mostram pertinentes ao SRT, engendram novas práticas de trabalho e direcionam para outros modos de se produzir o cuidado em saúde mental.

Novamente cabe ressaltar aqui que são exigidas dos trabalhadores múltiplas tarefas, que não são definidas *a priori* e que se reinventam no cuidado a cada novo morador. Argiles e colaboradores (2013) citam a utilização da mediação como estratégia que propõe instaurar o possível em autonomia e independência com os moradores, estimulando a assumirem as atividades cotidianas de forma a significar a experiência, de gerenciar seu próprio cuidado e a casa onde vivem. Em contrapartida aos hospitais psiquiátricos e às instituições asilares, na qual não havia diferenciações e respeito às singularidades dos moradores, nos SRTs a percepção dos limites individuais e da necessidade de acompanhamento de alguns em maior grau mostra que os profissionais de saúde devem estar reinventando suas práticas de trabalho, as quais não são constantes e variam de acordo com cada morador. Todo cuidado implica um grau de tutela; mesmo esta não sendo mais a prática central dos Serviços, ela é exercida sempre que necessário, à medida que a autonomia ainda é mínima, seja por situação de saúde ou de cronificação estabelecida pela experiência da institucionalização.

Outro aspecto percebido no SRT é o cuidado com as necessidades básicas e primordiais dos ser humano, como alimentação, higiene, cuidados da casa, saúde clínica dos

moradores, etc. A importância do provimento das necessidades destas pessoas é compreendida quando se olha para as instituições da qual os moradores vieram, que apresentavam um grande contraste em relação a esta casa. A preocupação com os direitos formais dos moradores, proporcionando condições de saúde e moradia que superem a instituição anterior é um ponto positivo na estruturação desta Casa. Faz-se necessário agora ir além, focar os esforços nos processos de desinstitucionalização destes moradores, resgatando a autonomia e as atividades diárias e reconstruindo os vínculos e as relações familiares e sociais.

Este ir além caracteriza-se pelo processo de desinstitucionalização, no que se refere à criação de oportunidades de pertencimento a processos coletivos de contratualidade, com respeito às diferenças, limites, potências, interesses e habilidades singulares. Promover a contratualidade consiste na mediação das relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo, promovendo a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação da autonomia e das suas redes sociais e afetivas (Portaria nº 854/2012). Este processo produz mudanças nos cenários de vida e podem gerar efeitos transformadores e humanizadores nos trabalhadores da rede e na própria sociedade. Nesse sentido, reafirmamos a indissociabilidade entre os processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial na (re)construção de identidades e de uma vida a ser cuidada e promovida. No próximo subcapítulo, encerra-se esse percurso com algumas reflexões sobre a reabilitação psicossocial e as possíveis articulações desse SRT com a RAPS e com a comunidade.

4.3 Além dos portões da casa: o Serviço Residencial Terapêutico como dispositivo para a reabilitação psicossocial e sua articulação com a RAPS

Entendemos como papel da equipe do SRT e das demais equipes da rede não só o acompanhamento para auxiliar os usuários na apropriação dos espaços domésticos e nas atividades cotidianas, mas também a promoção da autonomia, inserção social e o exercício da cidadania. As rotinas de alimentação, higiene, economia doméstica, compartilhamento dos espaços residenciais e de circulação social demandam dos usuários o resgate de capacidades e novas aprendizagens e deverão estar estruturadas em um Projeto Terapêutico que seja singular para cada morador.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é citado pela Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou

transtorno mental. A portaria coloca que se constitui como uma das diretrizes para o funcionamento da RAPS “o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular” (BRASIL, 2011a, p. 59). Portanto, o PTS é entendido como o conjunto de atos assistenciais planejados e ofertados para uma situação específica de um usuário e de sua rede de apoio social e afetiva visando à construção de projetos de vida (BRASIL, 2014a).

Neste contexto, para ex-moradores de instituições manicomiais e pessoas institucionalizados, prevê-se um PTS de desinstitucionalização e de retomada de autonomia e dos vínculos sociais e familiares. Nele, primeiramente é realizado o Censo Clínico e Psicossocial, cujo objetivo é levantar informações sobre as condições de saúde e de autonomia do morador, conhecendo o cotidiano de vida na instituição. Conforme mencionado no eixo anterior, para os municípios santa-cruzenses que estavam institucionalizados em Cachoeira, este Censo foi realizado buscando localizar uma possível rede de apoio social e afetiva destes moradores. Deste modo, o Censo faz parte de uma estratégia do PTS e a constituição do SRT se deu como um dispositivo para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial dos ex-moradores das Casas asilares.

O planejamento do Projeto Terapêutico deve ser construído com o morador, ou seja, contar com a participação do usuário, independente do seu nível de autonomia e de sua expressão verbal, pois compreende-se que é possível estabelecer formas de comunicação e de pactuação com os usuários de acordo com suas possibilidades de entendimento e decisão. Estas atividades domésticas e sociais devem ter pactuações de formas e frequência de realização distintas para cada morador. Para que isso seja possível, é necessário que se faça um inventário de interesses deste morador, realizado tanto através da escuta de sua narrativa quanto do acompanhamento no cotidiano do usuário, onde são verificados seus desejos e disposições (BRASIL, 2014a).

Cabe ao SRT, de acordo com BRASIL (2014a), dentro de um PTS de desinstitucionalização, aproximar o usuário e suas redes de apoio com os serviços da rede de atenção do território, apoiando os cuidadores através da oferta de estratégias compartilhadas de cuidado na construção de alternativas às possíveis dificuldades encontradas no convívio. A impotência da família neste cuidado e convívio exige da equipe do SRT um suporte, no sentido de buscar identificar pontos de enlace possíveis entre o usuário e as pessoas marcantes de sua história de vida e mostrando as possibilidades para a convivência. Neste sentido, o

núcleo familiar de consanguinidade nem sempre vai ser o mais propício para aquele morador no que diz respeito ao trabalho de resgate de vínculos, o que indica que outras formas de resgatar laços de convívio e pertencimento são fundamentais, os quais podem ser identificados a partir da escuta do próprio usuário e dos serviços de saúde e de assistência social pelos quais passou.

É parte integrante do PTS a explicitação dos modos de administração dos recursos financeiros e do patrimônio dos usuários, na qual se entende que a possibilidade de escolher como usar os próprios recursos está relacionada à autonomia dos mesmos. Para aqueles moradores interditados judicialmente para os atos da vida civil, sua curatela fica sob sua responsabilidade, em grande parte, pela equipe das próprias instituições; no entanto, a utilização dos recursos financeiros não deve ficar somente na mão dos curadores, privando os usuários de acesso a estes recursos. Estas questões devem ser trabalhadas pela equipe de saúde de referência com as demais equipes da rede envolvidas na formulação do PTS, especialmente com a assistência social (BRASIL, 2014a).

Faz parte do PTS ainda a retomada das atividades que aproximem o morador da vida cotidiana e social diária e sua reinserção na comunidade a partir dos interesses e possibilidades de cada um, o que se caracteriza como o aspecto da reabilitação psicossocial. Isto se refere a articular uma rede de recursos clínicos e psicossociais para dar suporte a novos planos de vida e reconhecer que os lugares de cuidado não se restringem aos serviços da rede de saúde e intersetorial, mas se constroem na relação do usuário com o território em que ele vive ou irá morar (BRASIL, 2014a).

Ao visualizarmos tais possibilidades de construção e delineamento do PTS, direcionamo-nos para a necessidade de se pensar novas práticas de cuidado destinadas aos moradores, que devem ser discutidas junto aos cuidadores do SRT ou aos familiares dos usuários, permitindo a construção de Projetos Terapêuticos Singulares que efetivamente atendam as necessidades de saúde, de moradia e de cidadania de cada usuário. Em relação ao SRT de Santa Cruz do Sul, Romagnoli e colaboradores (2009) nos ajudam a pensar: seria possível a criação de parcerias e espaços de discussão sobre as peculiaridades do trabalho e o que se pretende para estes moradores? Como e quais são os projetos terapêuticos pensados para cada morador? Será que a vinculação do SRT com o CAPS não implica um acompanhamento que respeite as necessidades e demandas de saúde singulares a cada morador, o que exige a criação de alternativas de cuidado, que fogem ao script terapêutico colocado pelo SRT? Os técnicos do SRT não precisariam estabelecer uma rede de contatos,

que vai além da combinação dos horários de visitas e discussão da necessidade da medicação para cada morador com o CAPS?

Em 23 de dezembro de 2011 é instituída a Portaria nº 3090 que dispõe sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos, alterando e acrescentando artigos às Portarias nº 106/2000 e 1220/2000. Desta forma, o SRT deixa de ser entendido a partir de funções mais genéricas, como garantir assistência aos seus moradores, atuar como unidade de suporte e promover a reinserção à vida comunitária, conforme a Portaria 106/2000, e passa a ser visto nas especificidades de funcionamento das suas modalidades, tipo I e tipo II, conforme a Portaria 3090/2011. A modalidade tipo II, a exemplo, propõe que os serviços se destinem àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos do ponto de vista da saúde em geral e que demandam ações diretas com apoio técnico diário e pessoal, durante 24 horas ao dia, de forma permanente (BRASIL, 2011b). Mesmo nestas moradias do tipo II se faz necessária a busca pela ampliação da autonomia e de transição para cidade. A Portaria ainda apresenta que o encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no PTS formulado na desospitalização, com foco:

(...) na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção dos mesmos na rede social existente (BRASIL, 2011b, s/p.).

Ainda, o caráter fundamental do SRT é “constituir-se de um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares” (BRASIL, 2011b, s/p.). Ao retomar as concepções já citadas neste trabalho acerca da reabilitação psicossocial (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JÚNIOR, 2007; PITTA, 2001; PITTA, 2011; AMORIM; DIMENSTEIN, 2009, GUERRA, 2004) vemos que ela remete à elaboração de estratégias a partir das possibilidades de cada morador. Em suma, a reabilitação corresponde a práticas de cuidado em liberdade, ao proporcionar ao indivíduo o gerenciamento de sua vida, criar condições de enfrentamento e de recursos, empoderá-lo sobre suas escolhas e modos particulares de existência, (re)inserir-lo no espaço social de sua comunidade, (re)construir uma rede social, afetiva, de lazer, emprego e outras necessidades,

podendo aprender novas estratégias psicossociais ao invés de somente retornar ao estado anterior a que o usuário se encontrava.

A produção de um cuidado em saúde mental que promova a (re)construção destas redes vinculares e sua inserção na comunidade só é possível de ser pensada a partir da noção de território, anteriormente discutida no referencial teórico. O território aqui é entendido não só como o espaço geográfico de nascimento e de história de vida do morador, mas como um lugar onde estão as suas referências afetivas, familiares e de trabalho, produtoras dos sentidos e que possibilitam encontrar modos singulares de conduzir a vida a partir das relações estabelecidas. Portanto, adotar o conceito de território implica tomar o exercício da cidadania como intrínseco à produção/invenção de saúde (BRASIL, 2014a).

Nesta perspectiva, o SRT pode exercer uma função transitória, servindo de suporte e apoio num processo de retomada de vínculos sociais e familiares, ou seja, esta moradia não é o lugar fixo e último destas pessoas, a parada final de uma trajetória. O processo de transição dos ex-moradores de instituições asilares não se encerra no Residencial, uma vez que a transição continua na apropriação dos espaços da cidade e do seu território.

A literatura é ampla no que diz respeito a criação de estratégias de cuidado em liberdade a partir de experiências de SRTs em curso no Brasil. O trabalho de Argiles e colaboradores (2013), através de um estudo de caso, buscou conhecer a rede de sociabilidade dos usuários de um SRT em Alegrete/RS, entendendo as redes sociais como capazes de promover o resgate de cidadania e a possibilidade de reinserção social a partir da inclusão dos SRTs no espaço da cidade. Os autores destacam a importância da contratualidade firmada pelos moradores em diversos espaços, considerando setores como educação, trabalho, transporte, saúde, cultura e religiosidade integrantes de sua vida diária e disponíveis a todos, mesmo àqueles com demandas diferenciadas. A ampliação dos espaços de negociação e as trocas sociais, mesmo quando restritas, indicam a qualificação progressiva das vivências de sociabilidade e a construção da cidadania, constituindo-se como recurso terapêutico e reabilitador social. Este estudo permitiu verificar que a subjetividade dos moradores foi colocada em destaque em relação às questões mais estruturais dos serviços. Assim, a moradia de Alegrete construiu algumas saídas para o desafio de aproximar pessoas com longos períodos de internação a seus familiares, vizinhança, comunidade e à vida da cidade, o que representa potencialidades para concretizar a reinserção cidadã dos portadores de sofrimento mental à sociedade.

Tais explanações nos remetem a algumas reflexões. Como discutido no eixo anterior, as implicações percebidas neste Residencial acerca das dificuldades nas relações interpessoais dos moradores, oriundos de motivos diversos, afetam não só a convivência cotidiana, o sentimento de pertencimento e familiarização, mas também entram a retomada da convivência no âmbito comunitário, devido a necessidade das trocas mínimas que permeiam relações diárias nas experiências de sociabilidade. Neste sentido, se torna fundamental a articulação de modo estratégico para enfrentar os desafios que se encontram nesta Casa, reconhecendo as limitações destas pessoas e trabalhando em busca de proporcionar estas redes de relações necessárias à retomada de convivência social. Torna-se fundamental, ainda, acreditar nas suas potencialidades, visualizando o morador em sua singularidade, como detentor de saber e capaz de algo. Como a equipe do SRT poderá colocar a subjetividade dos moradores em destaque, garantindo seu espaço de negociação tanto na vida cotidiana quanto na vida comunitária, possibilitando o exercício de autonomia e a expressão de seus desejos e escolhas? Como será pensada a produção de saúde aos moradores, na construção de relações com a cidade e o território, com o fazer cotidiano e a descoberta de novas possibilidades? De que modo os profissionais poderão operacionalizar concretamente o cuidado em liberdade?

A equipe do Serviço está buscando resgatar os vínculos familiares e sociais destas pessoas, a partir da investigação de sua história de vida e dentro das possibilidades de cada família. Alguns familiares visitam os moradores dentro do Residencial, porém sabe-se que muitos não tem condições financeiras, afetivas e/ou emocionais para acolher de volta este morador em suas casas. Assim, o SRT está realizando o resgate de vínculos destes moradores, ao articular com estes familiares que o morador possa pousar na casa deles de vez em quando, como uma visita. A moradora Maria passa os finais de semana ou um dia do final de semana nas casas de duas irmãs, intermitentemente. O morador Marcos passa as quartas-feiras e os domingos com o pai e a mãe, sendo que o Serviço o leva e o busca no final do dia.

Retomamos aqui a discussão já feita anteriormente acerca da localização do SRT, que está no limite da área urbana e rural, mas que o Ministério da Saúde, durante sua implantação, o considerou dentro do espaço urbano. Porém, este urbano se encontra à 8 km de distância do centro da cidade, o que dificulta o deslocamento dos moradores, sua aproximação com a comunidade e a (re)construção de vínculos sociais. A reabilitação psicossocial, ao propor a retomada da circulação social e de atividades cotidianas aos seres humanos, colocaria este usuário em contato com seu território existencial, favorecendo a noção plena de cidadania. No entanto, este distanciamento geográfico e subjetivo compromete a reinserção e contribui para

a institucionalização destes moradores, na medida em que faz do SRT o único espaço que estes moradores possuem na realização de trocas sociais, negociações e contratualidades, ou seja, ele se configura um espaço limitado quando se pensa em reabilitação psicossocial.

Neste sentido, como seria possível a ampliação do território subjetivo dos moradores diante da localização deste Residencial? Como se pode incluir o Residencial no espaço da cidade, considerando sua localização? Que articulações precisariam ser feitas para que eles pudessem se apropriar do espaço da cidade, frequentando o comércio, fazendo atividades culturais e de lazer, se deslocando aos serviços de saúde do território de forma mais autônoma, visitando lugares que fazem parte de seus desejos e interesses? Que estratégias precisam ser criadas pelos atores sociais para que os usuários não sigam isolados em certa medida? Como resgatar uma rede de sociabilidades para estes moradores, possibilitando a construção de novos vínculos sociais e familiares e ampliando seus espaços de negociação e de trocas sociais, não os limitando apenas ao Residencial? Como proporcionar que os vínculos destes moradores não se limitem aos funcionários e à equipe de referência? Seria possível eleger os moradores mais autônomos e menos cronificados para que pudessem realizar saídas à alguns pontos da cidade junto com algum profissional de saúde, ou até algum amigo ou vizinho?

Estas problematizações se mostram como um desafio no cotidiano do SRT, uma vez que o Residencial Terapêutico se vê com entraves no que se refere à reabilitação psicossocial. Um exemplo disto é que nenhum dos moradores anda de ônibus sozinho, apesar de haver uma parada de ônibus bem em frente ao Residencial. O meio de locomoção disponível é o carro do Serviço, usado para levar os moradores para os atendimentos médicos, oficinas no CAPS e demais atividades, quando for o caso. O morador Almerindo visita sua namorada, que mora na cidade vizinha, com frequência aproximada de uma vez a cada dois meses. Sua namorada vai realizar uma cirurgia e está ansiosa, e ele está preocupado com ela e gostaria de lhe dar mais apoio, visitando-a mais vezes. Ele depende do carro do Serviço para o deslocamento, às vezes tem de esperar a coordenação utilizar primeiro (como para ir ao centro) para depois estar disponível para seu passeio. Nesta ocasião, precisou esperar até às 10h da manhã, quando um funcionário da equipe o levou até lá, os dois passaram o dia lá e retornaram no final da tarde. Almerindo queixa-se que não pode ver a namorada quando quer. Esta situação merece ser problematizada, na medida em que, quando um morador depender de um carro do Serviço para se locomover, isto se aproxima de uma lógica de institucionalização e dependência. Como esta equipe tem ponderado acerca dos processos de desinstitucionalização

e formas de promover sua reabilitação? Seria possível um profissional pegar ônibus junto a um morador e acompanhá-lo na saída pela cidade, favorecendo sua autonomia e possibilitando sua reinserção social?

Seu Almerindo é o único morador que sai da casa a pé e vai ao mercado, localizado há uma quadra dali, para comprar refrigerante e balas, com frequência. O dinheiro que lhe é concedido é o do PVC, que fica sob a responsabilidade da coordenação; esta lhe fornece uma pequena quantidade todo dia, para que não gaste tudo de uma vez ou gaste com futilidades (SIC). Almerindo conta com decepção que, quando morava com seu pai, há muitos anos atrás, as coisas não eram assim, ele e seu pai tinham dinheiro e o usavam quando queriam; agora seu dinheiro fica retido com a Coordenação (SIC). Esta fala nos faz pensar que há um controle e uma proteção acerca do aspecto financeiro, quando o SRT se preocupa para que ele não gaste todo dinheiro e fique sem, mas que também o torna dependente do Residencial. Ainda, pode-se sugerir que esta atitude refira-se aos já discutidos “desejos de manicômios” e a interpretação da doença mental como forma de incapacidade e inferioridade, percebida quando a Coordenação retém seu benefício e o gerencia, não concedendo a oportunidade ao morador de escolher como vai gastar o próprio dinheiro. Esta lógica atravessa as práticas cotidianas em saúde mental e produz controle e opressão, interferindo na forma como este morador irá se relacionar com o mundo.

Seria possível um espaço de discussão que entenda o PVC como um direito e uma política constituída para possibilitar a desinstitucionalização do ex-morador de instituições psiquiátricas, promovendo possibilidades de “voltar para casa”, retomando sua vida cotidiana? O que poderia ser feito para que Almerindo pudesse ter mais responsabilidade e autonomia acerca de seu dinheiro? Reter o dinheiro não acaba se tornando uma forma de barrar sua autonomia, fazendo com que ele nunca venha de fato aprender a lidar com o mesmo? Seria possível a equipe poder direcionar-se a uma educação financeira, acompanhando seus gastos e permitindo que ele se aproprie de um dinheiro que é seu? Como lidar com o fato de que seu Almerindo também pode cometer erros no seu orçamento, episódio tão comum a nós, seres humanos?

De acordo com a Portaria que institui os SRTs (106/2000), a equipe do CAPS é responsável pelo acompanhamento psicossocial dos moradores e pelo apoio à equipe de cuidadores do SRT para a execução dos projetos terapêuticos. Algumas experiências revelam que as apropriações do espaço da cidade e a reconstrução dos vínculos sociais e familiares são realizadas pelos profissionais do SRT em conjunto com a equipe de referência, neste caso, os

profissionais do CAPS a qual estão referenciados (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009; MARQUES; MÂNGIA, 2012). A pesquisa de Marques e Mângia (2012) aponta que é o próprio morador quem escolhe o profissional que irá acompanhá-lo nestas saídas, o que denota atitudes de autonomia e protagonismo em suas escolhas cotidianas, bem como sugere importância do vínculo neste processo. O trabalho de Belini e Hirdes (2006) salienta que o profissional de referência possa estabelecer seus primeiros vínculos com o usuário ainda no processo de desospitalização, acompanhando-o desde o hospital psiquiátrico ou na instituição asilar ao qual se encontrava até a chegada no Residencial Terapêutico. Na experiência de Santa Cruz do Sul, o técnico de referência dos oito moradores do SRT é um profissional do CAPS, que visita a instituição uma vez por semana. Neste sentido, torna-se fundamental a participação e o acompanhamento de um profissional no cotidiano do morador do SRT para a efetivação do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

A experiência de Acompanhante Terapêutico (AT) é uma estratégia de cuidado em saúde mental que vem se firmando no campo da Reforma Psiquiátrica e nos serviços substitutivos ao modelo manicomial. Nos Residenciais terapêuticos, o trabalho do AT se mostra eficaz, visto que é um “trabalho clínico que visa à promoção da autonomia e à reinserção social, bem como a uma melhora na organização subjetiva do usuário, por meio da ampliação da circulação e da apropriação de espaços públicos e privados” (BRASIL, 2014a, p. 10). A prática do AT vai se constituindo como caminhos a serem percorridos no dia-a-dia, no contexto familiar, social, de lazer, no compartilhamento da experiência da loucura, traçando os objetivos e produzindo impulsos para a reconstrução da autonomia e a plena utilização dos recursos e potenciais disponíveis no cotidiano do morador (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009). Para os autores, este trabalho se configura como reabilitação enquanto reconstrução de existência, que solicita rotinas e ritmos diferentes para cada morador, em consonância com seu PTS, e que vão guiando esta reconstrução, como a capacidade de lidar com problemas cotidianos, desenvolvimento de autoestima, habilidades sociais e prática da cidadania.

Assim, o AT possibilita ao morador ampliar os espaços em que circula, permitindo que ele possa adentrar a comunidade e se apropriar dos espaços públicos e privados, como por exemplo, ir com ele pegar o ônibus, ir ao mercado e auxiliar na compra e pagamento, realizar passeios pela cidade, ir à farmácia municipal e retirar sua medicação. A equipe do SRT de Santa Cruz não está dando conta, neste momento, de desempenhar tal atividade, seja por sobrecarga da equipe ou por insuficiência de espaços apropriados para se repensar a própria

equipe. Que outros modos de acompanhamento poderiam ser pensados para estes moradores? Como os demais profissionais do CAPS poderiam se aproximar destes moradores e construir vínculos com eles? Seria possível que outros atores sociais, como vizinhança e amigos, poderiam desempenhar o papel de AT? O caso de seu Almerindo que foi ver a namorada, acima explicitado, poderia ter outro desfecho além do Serviço levá-lo de carro? Seria possível pensar em um AT para seu Almerindo?

Uma rede de atenção que possibilite o cuidado no território é primordial quando se prioriza a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial de ex-moradores de instituições de longa permanência. Por ser um serviço novo, inaugurado há menos de dois anos, nos interessamos em fazer um mapeamento inicial das problemáticas que o SRT enfrenta e os desafios postos à rede de saúde, e, a partir disso, vislumbramos algumas reflexões.

Como anteriormente discutido, a rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico. A RAPS é constituída por níveis de Atenção Básica; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011a) que visam a integralidade do cuidado. Entendendo a Rede de Atenção como uma grande rede que se intercruza, os Serviços Residenciais Terapêuticos são um ponto de atenção dentro da Estratégia de Desinstitucionalização que deve estar enlaçado com os demais pontos da rede, ou seja, a articulação entre os serviços favorece o cuidado integral ao portador de transtornos mentais, por meio de estratégias substitutivas que promovam a autonomia e possibilitem a garantia de direitos e o exercício da cidadania.

Além do cuidado dentro do residencial, os moradores deverão contar com o cuidado da rede de saúde do município para realizar seus tratamentos: as UBS/ESF para seus acompanhamentos clínicos; os CAPS, quando necessário; a retaguarda do hospital geral para acessarem a emergência e os leitos de internação em momentos de crise; e os serviços da assistência social, principalmente o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), que trabalha com o fortalecimento de vínculos e com o acesso aos direitos e à promoção da cidadania (BRASIL, 2014a).

O SRT de Santa Cruz articula-se com alguns serviços de saúde, como o Hospitalzinho, localizado nas proximidades, o Centro Municipal de Atendimento à Sorologia DST/AIDS-CEMAS (para moradores soropositivos) e o CAPS II (acompanhamento pelo Psiquiatra, retirada de receitas, articulação com profissional de referência). Quanto à participação em

eventos e demais atividades, os moradores participam dos Jogos de Integração, evento anual em parceria com o CAPS e do Fórum Regional de Saúde Mental, evento itinerante no Vale do Rio Pardo. Dois moradores estão participando novamente de uma Oficina no CAPS, uma vez por semana, o que apresenta um movimento de retomada e investimento na sua desinstitucionalização. Também é preciso considerar que nem todos os moradores conseguiriam participar de Oficinas, devido à sua condição mental.

Neste SRT foi percebida uma relação próxima com o CAPS, através do profissional de referência do mesmo, que visita a moradia semanalmente e realiza cuidados e está atenta às necessidades dos moradores. O acesso dos moradores aos demais serviços e pontos de atenção da RAPS, bem como à comunidade em geral, ainda é limitado. Conforme já comentado no primeiro eixo, esta moradia encontra-se um pouco longe do centro da cidade e os moradores não se deslocam sozinhos para o mesmo, pois dependem da condução do Serviço, ficando um pouco isolados do espaço urbano. Esta distância dificulta o deslocamento, a participação em eventos de lazer e cultura, a reinserção e a constituição de vínculos dos moradores com a comunidade. Tal questão nos leva a considerar como é difícil a reinserção destas pessoas na comunidade, quando há uma escassez de acesso às atividades culturais e de integração que sejam realizadas fora do espaço do SRT e que possam promover a (re)construção de vínculos sociais, apropriação de outros espaços, revisitando espaços que fizeram parte de sua história de vida, etc.

Ao tomar nota dos entraves percebidos no cotidiano do SRT, a coordenação do serviço salienta que é necessário direcionar seus esforços futuros na capacitação dos cuidadores e na participação mais efetiva destes na rotina dos moradores, incentivando sua autonomia, acompanhando-os nas atividades que precisam de auxílio e na retomada das tarefas de casa. Uma futura parceria entre o SRT e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial de Santa Cruz (SENAC) será feita para a disponibilização de um curso de capacitação para a equipe do SRT, acerca do cuidado de pessoas com transtornos mentais. O SENAC é uma abertura do serviço e dos profissionais para a comunidade, criando visibilidade para tal aspecto. Há também a pretensão de convidar voluntários para realizarem trabalhos com os moradores, atividade que já fez parte da rotina do SRT e atualmente está inativa. Uma das profissionais assinala seu desejo de poder estar mais presente no Residencial, aumentando sua carga horária, para que possa de fato acompanhar a rotina dos moradores e auxiliar a equipe nas práticas de cuidado e desinstitucionalização. Considera também que muito foi feito neste um ano de

constituição do SRT, uma vez que os moradores vieram com muitas demandas clínicas e problemas de saúde e a equipe ateu-se primeiramente às essas questões mais substanciais.

O trabalho que foi feito no SRT com estes moradores até agora foi significativo, quando se compara ao modo como eles chegaram no primeiro dia à moradia. Este momento inicial de construção do espaço como uma casa e do cotidiano do SRT é um trabalho que não está dado *a priori*, ele vai sendo desenvolvido e reinventado no cuidado a cada morador, conforme vão sendo percebidas as necessidades e potencialidades de cada um. Esta pesquisa permitiu observar o quanto a equipe tem potencial para continuar realizando tais cuidados e que pode ir além, uma vez que esta equipe é preocupada com os moradores e atenta às suas singularidades, o que indica que as questões relacionadas à reabilitação psicossocial poderão ganhar mais destaque futuramente. Além disso, quando a Assistência Social contratar uma equipe para o Residencial Inclusivo, a equipe do SRT vai ficar menos sobrecarregada e vai poder focar no processo de desinstitucionalização destas pessoas. É necessário destacar que este processo é lento e gradual, não ocorre de um dia para o outro e os avanços na reinserção variam de morador para morador, de acordo com suas potencialidades e singularidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender o processo de constituição do Serviço Residencial Terapêutico no município de Santa Cruz do Sul. Este estudo qualitativo permitiu aproximar-me dos significados e das narrativas de profissionais e moradores acerca da constituição do SRT, compreendendo os processos, as tramas, as relações, os fenômenos intrínsecos e seu cotidiano. As dificuldades encontradas neste estudo dizem respeito à compreensão do processo de constituição do Serviço, que, por se tratar de um processo, está em constante construção e reconstrução de si mesmo e das práticas que realiza, nunca estando finalizado. Podemos dizer que o Serviço está configurado desta forma neste momento. Por se tratar de um Serviço novo no município, com menos de dois anos de constituição, apontamos como facilidade o acesso ao material da mídia bem como a contribuição das experiências e depoimentos das pessoas envolvidas neste processo. Ressaltamos como ponto positivo o uso do diário de campo e da observação participante, por possibilitar o acompanhamento da rotina da moradia, participar de reuniões informais entre a equipe e os moradores, além de realizar conversas informais com os profissionais e os usuários. O diário de campo é uma ferramenta que possibilitou a construção dos caminhos do SRT, a partir de uma releitura dos diários e experiências coletadas na pesquisa.

O primeiro eixo estruturado a partir dos resultados descreve os movimentos de reforma psiquiátrica que são percebidos em Santa Cruz do Sul nas últimas décadas, a partir do fechamento do Sanatório Vida Nova e da abertura de serviços como o CAPS e a Casa Irmãos Koch no município. No entanto, uma instituição de longa permanência para idosos, localizada em um município vizinho, estava dispensando tratamentos e condições de moradia desumanas a pessoas com transtornos mentais, idosos e deficientes, o que culminou no seu fechamento em 2015 pelo Ministério Público. O município de Santa Cruz foi acionado para remanejar os ex-moradores que eram santa-cruzenses e, a partir da realização de um Censo Clínico Psicossocial com estas pessoas, constatou-se demandas na área da saúde mental e da assistência social. Até o momento, alguns destes retornaram para suas famílias de origem ou organizaram novas formas de morar; mesmo assim, verificou-se que oito moradores possuíam seus vínculos sociais e familiares rompidos após dois anos ou mais de institucionalização. Tal fato proporcionou que o município articulasse a constituição de um Serviço Residencial Inclusivo, e de um Serviço Residencial Terapêutico entre 2015/2016 como estratégia de cuidado e desinstitucionalização e que promova a progressiva reinserção psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica. Neste primeiro ano de funcionamento do Serviço, a

equipe percebe-se como tarefaira, atendo-se a aspectos substanciais destes moradores, como questões burocráticas e cuidados clínicos e psiquiátricos, bem como preocupação com questões básicas como higiene, alimentação e saúde destes moradores.

O segundo eixo aborda as implicações dos moradores acerca do morar em um Serviço que se chama residencial e que propõe a apropriação deste espaço como seu lar e a construção de laços de afetividade com a mesma. Evidenciou-se poucas relações de afeto e vinculação mútua e baixa apropriação deste espaço como seu, o que denota que estes sujeitos, ao passarem longos períodos institucionalizados, tiveram suas subjetividades capturadas por uma lógica manicomial que controla corpo, espaço, tempo e produz segregação e perdas no plano das relações interpessoais. Neste sentido, os SRTs são dispositivos potentes na estimulação do processo de reapropriação e reconstrução de sua identidade como sujeito-cidadão, do seu espaço, do uso de objetos e da criação de vínculos interpessoais, possibilitando incentivar o morador a fazer escolhas, ampliar sua autonomia, respeitando seus desejos e singularidades e construindo modos de invenção da vida, características do processo de desinstitucionalização.

O risco de ser capturado por uma lógica manicomial é previsível e deve considerado no cotidiano do SRT, a fim de se evitar a reprodução de mecanismos de controle e exclusão que vão permear o cotidiano dos moradores e cuidadores, seja nas relações entre si, nas práticas de cuidado ou nos diversos âmbitos da vida que é produzida. As novas práticas em saúde mental direcionam para cuidados singulares, de acompanhamento e de construção coletiva. A rotina do SRT desta pesquisa evidencia uma preocupação com cuidados básicos da equipe com os moradores, regras maleáveis, respeito às singularidades dos usuários e momentos de escuta dos seus desejos, em um cuidado que exige estratégias de manejo e intervenção nas relações interpessoais.

Os moradores desta casa apresentam diferentes níveis de apropriação acerca do cuidado de si e de sua moradia, alguns se dispunham a ajudar nas tarefas da casa enquanto outros estão comprometidos pela doença mental e/ou pela institucionalização a que foram submetidos. O cuidado ao portador de transtornos mentais é um trabalho desgastante, exige disponibilidade, aceitação de sua doença e limitações, invenção de novas práticas e investimento nas potencialidades, possibilitando ao morador o próprio gerenciamento de sua vida. A equipe do SRT enfrenta alguns desafios com as demandas da casa e dos moradores, no que se refere à sobrecarga dos funcionários, uma vez que estes desempenham tarefas para além de suas funções, ao cuidarem dos moradores do Residencial Inclusivo que estão sem funcionários contratados no momento. Isso faz com que o número de funcionários,

mesmo estando superior ao que propõe a Portaria, se torne insuficiente frente às práticas de desinstitucionalização pretendidas pelo serviço. O tensionamento e indissociabilidade tutela-autonomia faz parte do cenário dos serviços substitutivos à lógica manicomial, que se pretendem desinstitucionalizantes, mas que borram estas fronteiras.

O terceiro eixo explana como caminhos para este SRT concentrar-se nos processos de reabilitação psicossocial, firmados num Projeto Terapêutico Singular construído e pactuado em conjunto com o morador e em consonância com seus desejos e potencialidades, visando uma rede de apoio social e a construção de projetos de vida. É função do SRT aproximar o usuário e suas redes de apoio com os serviços da rede de atenção do território, (re)inseri-lo no espaço social de sua comunidade, (re)construir uma rede social, afetiva, de lazer, emprego e outras necessidades, apoiando os cuidadores através da oferta de estratégias compartilhadas de cuidado na construção de alternativas às possíveis dificuldades encontradas no convívio.

Apresenta-se como desafio na reinserção destes moradores a localização deste Residencial, distante do centro da cidade, a locomoção dos mesmos dependendo do automóvel da instituição, limitando as trocas sociais apenas àquelas que ocorrem dentro do SRT. Problematizam-se articulações para que se possa ampliar território subjetivo, frequentando espaços na comunidade e possibilitando uma rede de sociabilidades para os moradores, ainda, como os moradores poderão ter mais responsabilidade e autonomia para gerenciar o uso do dinheiro do PVC, a partir de uma educação financeira. O profissional de referência do CAPS é um importante ator neste processo, assim como o acompanhante terapêutico, na sua função de um trabalho clínico que visa uma melhora na organização subjetiva do morador, por meio da ampliação da circulação e da apropriação de espaços públicos e privados.

A sobrecarga de tarefas da equipe e a falta de profissionais dedicados à reabilitação psicossocial estão impedindo que a mesma desempenhe atividades de acompanhamento e saídas do Residencial, na qual questionam-se que outros modos ou atores sociais são possíveis para se pensar estas práticas. Este SRT configura-se dentro da Rede de Atenção Psicossocial como uma estratégia de desinstitucionalização que deve estar articulada aos demais pontos da rede para que se efetive um cuidado integral a este morador; neste momento ele se articula a alguns pontos da rede. A articulação com a comunidade ainda é restrita, há escassez de acesso a atividades culturais e de lazer, os moradores saem para participar de eventos anuais no CAPS, e dois moradores frequentam uma Oficina no CAPS. A coordenação do serviço aponta

como fundamental a ampliação de atividades e centralização nos processos de resgate de autonomia e de cidadania.

Diante desta realidade, o Serviço Residencial Terapêutico se configura como um importante dispositivo problematizador da saúde mental. A partir desta pesquisa, novos caminhos se abrem para a realização de outros estudos, como os estudos qualitativos que utilizem o método de pesquisa participante, contudo por um período de tempo de observação maior do que o realizado neste trabalho. Entendemos que é fundamental a produção de estudos que mostrem experiências de constituição de Serviços Residenciais Terapêuticos e que continuemos a acompanhar os processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial no país. Esta pesquisa pretendeu contribuir na ampliação das discussões acerca dos Residenciais, refletir sobre as práticas de cuidado e desinstitucionalização, colaborar para avanços no campo da saúde mental e observar as dificuldades, principalmente no que se refere à articulação dos Residenciais com a RAPS e com a comunidade.

Embora esta pesquisa apresente críticas e problematizações acerca da constituição do SRT em Santa Cruz do Sul, merece destaque o reconhecimento deste serviço com um grande potencial e empenho da equipe em continuar realizando os cuidados primordiais com estas pessoas. Percebe-se que há profissionais preocupados com a integridade física destas pessoas, com seu bem-estar, com empenho para acolher e cuidar de suas demandas. Em pouco mais de um ano de funcionamento, muito se conseguiu realizar quando se compara ao descaso com que eram tratados na antiga instituição, e a equipe atendeu-se a questões mais substanciais dos moradores, que chegaram com demandas clínicas e problemas de saúde significativos.

Neste sentido, estes moradores estão em um ambiente com os cuidados mínimos assegurados e com profissionais empenhados em seu cuidado, porém ainda falta disponibilidade de tempo para que questões acerca da desinstitucionalização e retomada de autonomia sejam acompanhadas mais de perto e com frequência. Isto nos faz pensar que as perspectivas no que diz respeito a este cuidado são positivas, ou seja, os aspectos de reabilitação poderão vir a ser foco futuramente, principalmente quando a equipe deste SRT não precisar mais ater-se às demandas do Residencial Inclusivo. Salienta-se, ainda, que este processo de reabilitação é moroso, exige paciência e que os avanços de cada morador na retomada de sua autonomia ocorrem de forma singular e com ritmo próprio, são ganhos que virão a médio e longo prazo.

O momento político atual em nosso estado é de tensão, quando visualizamos o pacote do atual governador apontando para a diminuição do Estado, uma vez que a entrega das

funções públicas, através da extinção de fundações fundamentais, e as tentativas de privatizações das empresas públicas representam um pacote ideológico e não muito resolutivo em termos financeiros e de demandas. Além disso, o cenário da saúde mental no estado também é preocupante, pois percebe-se uma intenção da Secretaria Estadual de Saúde de retomar as atividades do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) como centro de referência em formação e assistência em saúde mental. Esta política se configura um retrocesso nas conquistas da Reforma Psiquiátrica, firmadas pela lei 10.216/2001, visto que nosso Estado foi o precursor na luta pela garantia de humanização do cuidado e na promulgação de uma Lei estadual, há mais de 20 anos, que defende a extinção dos manicômios. Esta retomada dos espaços do HPSP causa medo e nos faz presenciar um momento de incertezas quanto ao modo como será conduzida a saúde mental no estado e se algumas políticas serão colocadas em questionamento. Em meio a este cenário, esta pesquisa se faz importante para que repensemos o cuidado em liberdade e a produção de saúde ao portador de transtornos mentais nos residenciais terapêuticos, visualizando esta como uma possível saída em substituição à institucionalização.

Para finalizar, há uma implicação ética e política desta pesquisa ao pretender fortalecer os objetivos e pressupostos da Reforma Psiquiátrica e possibilitar que ela avance cada dia mais. A luta pela reforma promove a garantia dos direitos dos cidadãos e provoca mudanças políticas e sociais, movimento este que nunca cessará, ao contrário, ele deve existir dentro de nós e nos mover constantemente. Afinal, o maior desafio da luta antimanicomial, além de modificar a cultura e o estigma da exclusão do “louco” perante a sociedade, é propiciar espaços para que este possa habitar e conviver em liberdade e em seu território, consolidando o exercício da cidadania e a reabilitação psicossocial para os portadores de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

AMARANTE, Paulo (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed., rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

_____. *Saúde mental e Atenção Psicossocial*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AMORIM, A. K. M. A; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, Feb. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a25v14n1.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

ARGILES, Carmen Terezinha Leal et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, July 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/20.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

BELINI, M. G; HIRDES, A. Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 562-569, Dec. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a03.pdf>>. Acesso em 26 out. 2016.

BRASIL. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/8. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário oficial [da] república federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 21 ago. 2016.

_____. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 21 ago. 2016.

_____. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 de julho de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS*. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/redes_de_producao_de_saude.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12*, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2016.

_____. Ministério Público. Estado do Rio Grande do Sul. *A pedido do MP Justiça interdita Instituição Perpétuo Socorro em Cachoeira do Sul*. 2016. Disponível em: <<http://mp.rs.gov.br/noticias/id42155.htm>>. Acesso em: 03 maio. 2017.

_____. Departamento de Ações em Saúde/Secretaria Estadual de Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. *Nota técnica orientações para acompanhamento de usuários em processo de desinstitucionalização pelas redes de atenção psicossocial dos municípios*. Porto Alegre: 2014a.

_____. Ministério Público. Estado do Rio Grande do Sul. *Cachoeira do Sul: MP realiza fiscalização de residenciais de idosos e pacientes de saúde mental*. 2014b. Disponível em: <<http://201.7.130.33/noticias/id37063.htm>>. Acesso em: 03 maio. 2017.

_____. Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, nº 39-E, Seção 1, pág. 23, 11 fev. 2000a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. Portaria nº 1.220/GM/MS, de 7 de novembro de 2000. Implementa os programas terapêuticos na modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 nov. 2000b. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-gmms-no-1220-de-7-de-novembro-de-2000/>>. Acesso em: 30 set. 2016.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 dez. 2011a. Nº 251 – 30/12/11 – Seção 1 - p.59. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). 2011. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 dez. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15 maio 2017.

_____. Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 34. Brasília – DF: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome Ministério da Saúde. *Serviço de acolhimento institucional para jovens e adultos com deficiência em residências inclusivas*. Orientações técnicas preliminares. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.ocuidador.com.br/imgs/utilidades/cartilha01-50fd29d85bec3.pdf>>. Acesso em 16 maio. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2015/09/CREPOP_2013_CAPS.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. *Resolução nº 466 para a pesquisa com seres humanos*, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 09 nov. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. *Resolução nº 510 para a pesquisa com seres humanos*, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

DELGADO, Paulo. *Projeto de Lei nº 3.657/89*. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

ESTELLITA-LINS, Carlos; OLIVEIRA, Verônica Miranda; COUTINHO, Maria Fernanda. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, Feb. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a26v14n1.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2017.

FASSHEBER, V. B; VIDAL, C. E. L. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 194-207, June 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n2/v27n2a03.pdf>>. Acesso em 26 out. 2016.

FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. *História da loucura na idade clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FRICHEMBRUDER, Simone Chandler; SOUZA, Nádia Geisa de. A Utopia da Constituição do “Mapa” da Reforma Brasileira. In: SILVEIRA, MFA.; SANTOS JUNIOR, HPOS., orgs. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2017.

FRIZZO, Kátia Regina. Diário de campo: reflexões epistemológicas e metodológicas. In: SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. T. (Org.). *Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas e metodológicas*. Porto Alegre: Sulina, 2010, v. 01.

GAÚCHA. ClicRBS. Justiça interdita abrigo em Cachoeira do Sul. 04 ago. 2016. Disponível em: <<http://gaucha.clicrbs.com.br/rs/noticia-aberta/justica-fecha-abrigo-em-cachoeira-do-sul-por-falta-de-condicoes-173330.html>>. Acesso em: 03 maio. 2017.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOMES, Maria Paula Cerqueira et al . Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1803-1807, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 jun. 2017.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Rev. Latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 7, n. 2, p. 83-96, June 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000200083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 out. 2016.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-209, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 out. 2016.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

JERONIMO, Rosa Nadir Teixeira; GONCALVES, Teresinha Maria. O processo de apropriação do espaço e produção da subjetividade. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 195-200, June 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/08.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2017.

JORNAL DO POVO. Justiça interdita casa de repouso Perpétuo Socorro. 03 ago. 2016. Disponível em: <http://www.jornaldopovo.com.br/site/noticias/244203/Justica_interdita_a_casa_de_repouso_Perpetuo_Socorro.html>. Acesso em: 03 maio. 2017.

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Ser, estar, habitar: serviços residenciais terapêuticos no município de Campinas, SP. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 23, n. 3, p. 245-52, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/55639/59099>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

MICHAELIS. *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. Melhoramentos. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 30 set. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social*. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social*. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NOAL, Martha Helena Oliveira. Uma construção coletiva em Santa Cruz do Sul- RS. Da Internação à Reabilitação. *Rev. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.6, n.14, p.27-41, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1765/3935>>. Acesso em: 03 maio 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Relatório Sobre a Saúde no Mundo*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 30 set. 2016.

PINEL, Philippe. *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Tradução: Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007.

PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G. da. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta de avaliação da relação entre demanda e oferta de cuidado. In: PINHEIRO, Roseni (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2007.

PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

_____. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho et al . Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 13, n. 30, p. 199-207, Sept. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a16.pdf> >. Acesso em: 30 set. 2016.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

ROTELLI, Franco. *Desinstitucionalização: uma outra via*. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf>>. Acesso em 06 jun. 2017.

WACHS, Felipe et al. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. *Physis*, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 895-912, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a11.pdf>>. Acesso em 26 out. 2016.

ANEXO 1**Carta de aceite da Coordenação do Serviço Residencial Terapêutico**

Santa Cruz do Sul, 10 de novembro de 2016,

Ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos, para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado: “Território, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial: práticas de cuidado em saúde mental em um Serviço Residencial Terapêutico”, desenvolvido pela acadêmica Graziela Klauck do Curso de Psicologia (3025), da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, sob a orientação do professor Moises Romanini, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa e autorizamos o desenvolvimento desta pesquisa no Serviço Residencial Terapêutico.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e 510/16 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária. Informamos que a presente pesquisa será realizada a partir do método de pesquisa participante, na qual ocorre a inserção e aproximação do pesquisador com o fenômeno a ser pesquisado, e caso haja necessidade, serão realizados outros métodos complementares, como entrevistas semiestruturadas, entrevistas narrativas ou rodas de conversa.

Atenciosamente,

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO 2**Carta de aceite da Secretaria Municipal de Saúde**

Santa Cruz do Sul, 10 de novembro de 2016,

Ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o protocolo de pesquisa intitulado: “Território, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial: práticas de cuidado em saúde mental em um Serviço Residencial Terapêutico”, desenvolvido pela acadêmica Graziela Klauck do Curso de Psicologia (3025), da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, sob a orientação do professor Moises Romanini, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa e autorizamos o desenvolvimento desta pesquisa no Serviço Residencial Terapêutico.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e 510/16 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária. Informamos que a presente pesquisa será realizada a partir do método de pesquisa participante, na qual ocorre a inserção e aproximação do pesquisador com o fenômeno a ser pesquisado, e caso haja necessidade, serão realizados outros métodos complementares, como entrevistas semiestruturadas, entrevistas narrativas ou rodas de conversa.

Atenciosamente,

Assinatura e carimbo do responsável institucional