

SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS:
entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado...

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

BRENA LEITE DE AGUIAR

SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS:
entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado...

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para a obtenção do
grau de Mestre em Psicologia

Orientador: **Prof. Dr. Aécio Marcos de Medeiros Gomes de Matos**

Recife

2009

Leite, Brena de Aguiar

Serviços de residências terapêuticas : entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado... / Brena de Aguiar Leite. – Recife: O Autor, 2009.

124 folhas: il., quadro.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia, 2009.

Inclui: bibliografia, apêndices e anexos.

1. Psicologia. 2. Serviços de saúde - Reforma. 3. Psiquiatria - Comunitária. 4. Saúde mental. 5. Autonomia(psicologia). I. Título.

159.9
150

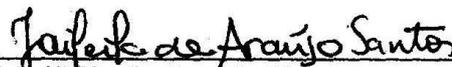
CDU (2.
ed.)
CDD (22. ed.)

UFPE
BCFCH2010/26

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS:

Comissão Examinadora:



Profª Drª Jaileila de Araújo Santos



Profª Drª Eliane Maria Monteiro da Fonte

2º Examinador



Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho

3º Examinador

Recife, 31 de agosto de 2009

AGRADECIMENTOS

"As pessoas que acreditam em nossas Capacidades fazem mais do que apenas incentivar. Elas criam para nós uma atmosfera que favorece nosso sucesso"

(John Spalding)

A Deus

Que me permitiu existir.

A minha mãe

Por ser, para mim, o fundamento que me possibilitou ser tudo que fui, que sou e o que virei a ser. A você, todo meu infinito amor e respeito.

A minha família

Por estar sempre junto, acompanhando e vibrando por todas as minhas conquistas.

A todos que fazem a Equipe do DSII

Por toda disponibilidade, calor humano com que me acolhem, tornando esse momento em que mestrado e trabalho se imbricaram, único, singular, de verdadeira *aprendizagem significativa* para mim, atingindo todas as parcelas da minha existência: pessoal, profissional, humana.

A Silvana Moreira,

Pelos ensinamentos, amizade, paciência, generosidade e confiança, sobretudo, nos momentos que nem eu própria acreditava conseguir. Enfim, não sou capaz de agradecer pela atenção e encorajamento constantes.

Ao Prof. Dr. Aécio Gomes de Matos, que tem um lugar muito importante nesse processo, entretanto, não de orientador...

Considero que a principal lição que eu aprendi, e você foi responsável por ela, foi amadurecer e crescer – e você faz parte disso!!!! OBRIGADA POR NÃO TER DESISTIDO!!!!

A Laís Vieira e José Osmar, pessoas que conheci no momento certo...

Gostaria de dividir também com vocês os frutos desse trabalho.

A todos os colegas de mestrado,

Especialmente Luciana Dantas, por quem tenho grande afeto e admiração, companheira fiel nos grandes e pequenos obstáculos, que compuseram esta etapa da vida acadêmica.

A Jussara, minha psicoterapeuta

Que tem caminhado junto comigo nos (des)velamentos dos meus labirintos existenciais, tornando cada encontro, momento de descoberta, amadurecimento e crescimento pessoal.

A Geórgia Araújo,

Pela sua disponibilidade constante e sua amizade. A você todo o meu carinho e respeito.

Aos amigos de hoje e de longa data,

Perto ou longe, seguem com entusiasmo não apenas meu percurso acadêmico, mas minha trajetória de vida: não apenas pelos risos, mas pelo enorme carinho e afeto que nos une. A todos, enfim, pela grande, velha e boa amizade.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CMS – Centros de Saúde Mental

CRTA – Cuidadores Antigos

CRTN – Cuidadores Admitidos por Concurso Público

DS – Distrito Sanitário

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

PNASH/Psiquiatria – Programa de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiátrico

PTI - Projetos Terapêuticos Individualizados

RT – Residências Terapêuticas

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SRT – Serviços de Residências Terapêuticas

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Técnico de Referência

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	9
1.1	Experiência do município de Recife	15
1.2	De volta ao jardim	18
2	AS SEMENTES	22
2.1	Da hospitalidade do Modelo Asilar Psiquiátrico à Reforma em Saúde Mental.....	22
2.2	A Reforma Psiquiátrica Brasileira	35
2.3	Reabilitação psicossocial como exercício da autonomia e do poder de contratualidade	40
2.4	Os serviços residenciais terapêuticos: uma nova ferramenta das ações de saúde mental no território?	45
3	PERCURSO METODOLÓGICO	52
3.1	O estudo	52
3.1.1	Referencial epistemológico.....	52
3.2	Locais do estudo.....	57
3.3	Os sujeitos da pesquisa	60
3.4	As categorias de análise das narrativas.....	61
3.5	A coleta e a análise dos dados	62
3.6	Aspectos éticos.....	63
4	RE-SIGNIFICANDO A EXPERIÊNCIA.....	65
4.1	Aspectos institucionais e terapêuticos - impacto da seleção de cuidadores.....	65
4.2	Atitudes e relações psicoafetivas dos TR e dos CRT com os moradores das RT	77
4.3	Casa x serviço – estar ou habitar.....	88
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
7	APÊNDICES	117
7.1	Apêndice A – Roteiro de entrevista.....	118
7.2	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	120
8	ANEXOS.....	122
8.1	Anexo A – Comitê de Ética em Pesquisa.....	123
8.2	Anexo B – Autorização da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde da Prefeitura da cidade do Recife	124

RESUMO

Introdução: O deslocamento do foco de atenção da doença para o sujeito é eixo principal da política de Saúde Mental, do município do Recife e se traduziu na implementação de uma rede de cuidados, tendo como meta o resgate da cidadania de pessoas com sofrimento psíquico nas Residências Terapêuticas. **Objetivo:** Identificar a efetividade do modelo psicossocial de base comunitária nas Residências Terapêuticas, como o equipamento onde a prática deste se concretiza. **Métodos:** Procedeu-se a um estudo qualitativo, empregando os métodos fenomenológico e etnográfico, para análise das observações de diário de campo e das narrativas de 10 membros da equipe cuidadora de moradores de três Residências Terapêuticas, do Distrito Sanitário II da cidade de Recife, no período de novembro de 2008 a janeiro de 2009. Para análise das narrativas duas variáveis de interesse foram eleitas: dicotomia entre o modelo hospitalocêntrico e o psicossocial de base comunitária, assim como a apropriação da reinserção social e da autonomia dos moradores pelos membros da equipe técnica. **Resultados:** Em todas as narrativas, esteve presente a intenção de reinserir os moradores na sociedade e de os auxiliar no desenvolvimento da autonomia, mas também um aprisionamento ao sistema tutelar hospitalocêntrico, assim como um contexto predominantemente do estar mais do que do habitar. **Conclusão:** É necessário desconstruir os conceitos da Psiquiatria tutelar para que a proposta da Residência Terapêutica avance nas questões da autonomia e da reinserção social e as residências sejam percebidas pelos moradores como habitação.

Palavras-chave: Reforma dos Serviços de Saúde. Psiquiatria Comunitária. Saúde Mental. Autonomia pessoal.

ABSTRACT

Background: The focus transference from the disease to the subject is the main axis of mental health policy, at Recife city, and it reflected in the implementation of a care network aiming the promotion of citizenship deliverance of persons with psychic suffering at Therapeutic Residences. **Objective:** To identify the effectiveness of a psychosocial community based model at Therapeutic Residences, considered as the equipment where this practice entails. **Methods:** A qualitative study was performed from November 2008 to January 2009, using phenomenological and ethnographic methods, to analyze the comments of a daily field and the narratives of 10 care team members of three Therapeutic Residences, at Health District of Recife city. Two interest variables were elected for narratives analyses: the dichotomy between hospital centered model and psychosocial community based model as well as the appropriation of dwelling's social reinsertion and autonomy by the technical team members. **Results:** In all narratives, the intention to reintegrate the dwellings in society and to assist their autonomy development was present, but also an imprisonment to a tutelage hospital centered system, as well as a predominant "living" context more than an inhabit. **Conclusion:** It is necessary to un-construct the concepts of tutelage Psychiatry for the advance of Therapeutic Residence proposition on the issues of autonomy and social reintegration, and to permit dwellings understand residences as housing.

Keywords: Health Services Reform. Community Psychiatry, Mental Health. Personal autonomy.

1 APRESENTAÇÃO

O tema central do presente trabalho são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), mas para compreendê-los é necessário resgatar parte da história da Reforma Psiquiátrica.

Por mais de três séculos, a hegemonia do modelo asilar produziu muitas seqüelas e desastres nas vidas de milhares de pessoas institucionalizadas. O modelo asilar oprimiu-as e reduziu-lhes expressões e sentimentos. Como conseqüência, a grande maioria dessas pessoas não tinha condições de voltar a viver sem ajuda de terceiros, e por isso era muito importante que fossem organizados programas e estratégias de apoio psicossocial (AMARANTE, 2007).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado em 1970, trouxe em sua base muito mais do que uma mudança de assistência às pessoas portadoras de sofrimento psíquico; implicou numa mudança de atitudes frente à diferença, construindo um novo olhar em relação à loucura.

Este Movimento tinha como propostas a inversão do modelo hospitalocêntrico, ancorado na clínica médico-centrada, para o modelo de rede de base psicossocial e comunitária e o surgimento de uma nova clínica “a clínica ampliada”, tomando como eixos norteadores: a inclusão social, a autonomia e o protagonismo social.

No ciclo atual da Reforma, a prática clínica enfrenta diretamente os desafios da inclusão social. Os serviços estão colocados no *front* da batalha da inclusão, num país em que as desigualdades estruturais assumem os paroxismos da violência, abandono, estigma, institucionalização perversa. Hoje o trabalho já está fora dos manicômios e a dura construção desta clínica a céu aberto é o desafio de todos nós. O manicômio real se modifica no cenário brasileiro e faz mover o manicômio-metáfora. O desafio é a construção de uma clínica da inclusão social, da autonomia e do protagonismo (DELGADO, 2007, p. 197-205).

O protagonismo social, ou seja, as práticas guiadas pelo modo de atenção psicossocial, representou a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, em relação às práticas então vigentes e dominantes, que estavam no lugar estrutural de sua alteridade necessária. Por isso, as transformações que configuraram o modelo de atenção psicossocial são sempre medidas na relação com o Modelo Asilar ou Paradigma Psiquiátrico (AMARANTE, 2007).

A Psiquiatria passou por uma transição paradigmática. A desinstitucionalização passou a ser o novo paradigma buscando substituir velhos pressupostos, valores, objetivos, crenças, expectativas e teorias que fundamentavam a prática excludente e totalizante (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). O objetivo principal da desinstitucionalização era poder transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos (usuários, profissionais, gestores) (ROTTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Pensar a desinstitucionalização como paradigma significa relacioná-la a um conjunto de soluções científicas de problemas concretos do portador de sofrimento psíquico. Nesse sentido, a desinstitucionalização é uma concepção de mundo que pressupõe o modo de ver o louco na sociedade e a prestação de cuidados, englobando um conjunto de teorias, instrumentos e conceitos (MARQUES, 2007).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica pressupunha que as políticas públicas deviam oferecer condições para o processo de desinstitucionalização dessas pessoas, incluindo estratégias de transformação estrutural e subsídios financeiros (AMARANTE, 2007).

A extinção significativa de leitos e hospitais psiquiátricos, no Brasil, com a simultânea implantação de serviços de atenção psicossocial representaram parte da dinâmica desse processo de transformação estrutural. Para o profissional que atuava em alguns desses serviços substitutivos, seria muito interessante a consciência de que ali estavam se operando rupturas conceituais, ao mesmo tempo em que técnicas, políticas, leis jurídicas e sociais eram modificadas. Ao escutar, acolher, cuidar, interagir e inserir, ao invés de

disciplinar, medicalizar, normalizar, eram construídas novas relações entre a sociedade e a loucura (DELGADO, 2007).

Nessa perspectiva, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgiram como uma instância importantíssima de atenção à saúde mental. Eram a estratégia reestruturadora do sistema de saúde vigente (BRASIL, 2002).

Os SRT são casas inseridas no espaço urbano, destinadas a cuidar dos portadores de sofrimento psíquico, tendo como propósito a progressiva inclusão social dos moradores, respeitando sua singularidade e contando com: a) suporte constituído por uma infraestrutura física e uma equipe multiprofissional, cujo objetivo é acompanhar as pessoas e ajudá-las a construir autonomia e independência adequadas às necessidades, e b) projetos terapêuticos individualizados (PTI) (BRASIL, 2004a).

Quanto ao suporte, é necessário que as residências terapêuticas (RT) sejam assistidas ou supervisionadas segundo o grau de independência que os moradores apresentam. Nas RT com pessoas menos independentes, podem ser oferecidos cuidados profissionais, ao mesmo tempo em que, naquelas com pessoas mais independentes, algumas atividades terapêuticas podem ser realizadas nos recursos sanitários existentes no território.

Em qualquer das duas situações, é importante ter como princípio que cumpre às equipes de saúde da família acompanhar todas as residências existentes no território, com a supervisão e o apoio matricial dos serviços de atenção psicossocial.

Admitindo que é no lidar cotidiano que se estabelece uma nova forma de cuidar e de acolher o sofrimento psíquico, centrado na escuta de cada demanda específica, foi construído um projeto terapêutico individual (PTI), admitindo como tripé de sustentação: individualização da atenção; ações centradas nas demandas individuais de cada morador e estimulação ao estabelecimento de vínculos de confiança com os profissionais e com a proposta (FURTADO, 2001).

Para que se possa compreender o processo pelo qual os SRT criam espaços produtores de sociabilidade; de escuta e falas, de compartilhamento

de responsabilidades e acolhimento do sofrimento psíquico, cumpre detalhar algumas de suas características.

Os beneficiários do programa de SRT podem ser:

Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário; egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal); pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, freqüentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS (BRASIL, 2004a, p. 8).

Fonseca (2006) refere-se ao programa de SRT como uma nova ética do cuidar que busca superar os conceitos de cura e exclusão, uma construção de novos pactos que possibilitariam a transformação do lugar tradicional do louco na comunidade, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos no mesmo patamar de sociabilidade.

Milagres (2003) aponta que as experiências dos SRT ou RT demonstram que através das interações discursivas, os moradores reconstroem suas identidades no fazer da prática cotidiana. Suas referências de vida são atualizadas no novo ambiente. Há uma releitura das experiências passadas; há descobertas de novas formas de se operar o dia-a-dia, moldando novos projetos de vida, transformando a visão que têm de si e do mundo.

Os moradores desses serviços residenciais devem estar vinculados a uma unidade de cuidados ambulatoriais, cuja equipe se responsabiliza por seu acompanhamento clínico e pela supervisão de suas atividades. O projeto terapêutico de cada paciente deve ter como objetivo central a reabilitação psicossocial, incluindo medidas que aumentem a sua autonomia e propiciem sua reinserção social (CARVALHO, 2001).

A RT tem como um de seus pilares, a questão da reabilitação psicossocial, vista no seu sentido instrumental como um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas com problemas severos e persistentes da Saúde Mental.

Numa definição clássica da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (1985) transcrita por Pitta (1996), a reabilitação psicossocial:

[...] seria o processo de facilitar o indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade [...] O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional e educacional, ajustado as demandas singulares de cada indivíduo e de modo personalizado (PITTA, 1996, p. 19-21).

Fundamentalmente, a denominação reabilitação psicossocial:

[...] está associada a um sem números de iniciativas mais ou menos articuladas, que buscam reduzir o poder cronificador e desabilitante dos tradicionais tratamentos, desenvolvendo-se dentro e fora dos hospitais e se utilizando de um sem número de técnicas (PITTA, 1996, p. 19-21).

Saraceno (2001, p. 16-17) aponta que a reabilitação é um termo que pode ser usado com uma outra conotação:

A reabilitação de pacientes psiquiátricos, graças a seus fins e a seus instrumentos de ação, constitui um *evidenciador* particularmente iluminado da principal característica da psiquiatria, ou seja, o de ser um *entretenimento* do doente. Na espera de que a doença passe sozinha ou que o doente morra doente ou, enfim, de que o doente piore, este vem entretido, com dureza e plenitude de significado, *dentro* do hospital psiquiátrico Mas o doente pode também ser entretido com medicamentos, com conversas, com atividades recreativas, com atividades ergoterápicas, com atividades criativas, etc. dentro dos ambulatórios, dentro do CAPS, dentro de sua família.

O autor prossegue, contrapondo o significado real da reabilitação psicossocial e algumas das variáveis que a determinam:

[...] como sendo um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e também, de *plena contratualidade* nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.

[...] a construção plena da cidadania, ponto fundamental da reabilitação psicossocial, depende de variáveis que *operam contra* ou *operam a favor da contratualidade* em casa, no trabalho e na rede social. Onde estão essas variáveis? Elas estão na *organização do pessoal* dentro de um serviço, em *quanto tempo* se está exercendo sua prática, em *qual* é a sua área de atuação, na hospitalidade que se oferece, na liberdade que se dá para que se esconda uma vassoura, ou não. São essas variáveis que *determinam* a reabilitação (SARACENO, 2001, p. 16-17).

Na medida em que se escuta, se reconhece e se valoriza a palavra dos moradores, no gerir da própria vida, haveria possibilidade de uma ressignificação de suas existências e do viver, tornando-os sujeitos de direito e de desejos de suas próprias histórias (KINOSHITA, 2001). É no sentido deste resgate de uma posição ativa na condução da própria vida que os autores reconhecem a presença do denominado *poder de contratualidade*, ou seja, a capacidade de realizar negociações e trocas no cotidiano, definindo os próprios interesses e relações. Esta capacidade vai depender de um valor previamente atribuído para cada sujeito dentro do campo social.

A indagação deste estudo sobre a efetividade do modelo psicossocial de base comunitária em relação ao modelo hospitalocêntrico, onde o SRT seria um dos equipamentos no qual esse modelo se concretiza, se faz relevante visto que o exercício da autonomia e o aumento da capacidade de os moradores negociarem e realizarem trocas nas diversas situações do dia-a-dia, como sujeitos de direitos e desejos, consiste na visão de vários teóricos da chamada Reforma Psiquiátrica, uma condição fundamental para a concretização da reabilitação psicossocial.

Essa afirmação parece encontrar respaldo nas experiências exitosas de desinstitucionalização ocorridas em diversos estados brasileiros (ALBUQUERQUE, 2006), demonstrando que muitas das pessoas internadas, cujos registros de prontuário sinalizavam alheamento, desinteresse social, estereotípias, ausência de iniciativa, foram protagonistas de uma transformação

radical, que apontou para a inclusão social e o exercício da cidadania, possibilitando uma ressignificação da própria existência.

Com base nos pressupostos que nortearam a Reforma Psiquiátrica e conseqüentemente os SRT, é importante voltar o foco de atenção para a conformação do programa de reabilitação psicossocial do município do Recife, perpassando o processo desde sua implantação até o momento em que o presente estudo objetivou investigar.

1.1 Experiência do município de Recife

A política de Saúde Mental, no município do Recife, veio se configurando a partir dos questionamentos da qualidade da assistência ofertada aos que passavam pela experiência da loucura. A questão que se colocava substancialmente era a do direito à diferença e o respeito aos modos singulares de subjetivação. Não se tratava de negar o transtorno psíquico, mas empreender compreensões a partir de sua polissemia, que se traduzia singularmente na vida de cada um que passava pela experiência de precisar de cuidado nesse campo.

A partir de 2001, dentro do contínuo de municipalização de serviços de saúde, colocou-se como eixo principal a necessidade de deslocar o foco de atenção da doença para o sujeito, no que se referia à Saúde Mental. Os pressupostos eram: redimir não apenas o sintoma, mas ir além destes, compreendendo a complexidade da existência do sujeito, seus desejos e necessidades; possibilitar a este sujeito a construção de estratégias capazes de diminuir tal sofrimento e aumentar o seu poder de contratualidade com a família e a vizinhança garantindo o seu espaço social independente de sua forma de ser e compreender o mundo.

Assim, a saúde mental foi eleita como uma das marcas de gestão, o que se traduziu na implementação de uma rede de cuidados, tendo por base a capacidade instalada.

Os objetivos da política foram consolidar um modelo de atenção em saúde mental, em todos os níveis da rede de saúde, com referência distritalizada e territorial; promover o processo de reabilitação psicossocial, através de projetos de inclusão social junto à família e à comunidade; desconstruir a assistência centrada no modelo hospitalar; além de discutir a transversalidade da saúde mental.

Buscou-se investir na rede de serviços substitutivos, promovendo sua expansão. Em 2001, havia um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), público, municipal, ao qual foram acrescentados outros 14, também municipais, situados nas redes distritais, sete para adultos com transtornos psíquicos (dos quais, um atendendo em regime de 24 horas), dois para a clientela infanto-juvenil (CAPSi) e seis, destinados ao atendimento para pessoas com transtornos causados pelo uso de álcool, fumo e drogas ilícitas (CAPSad). Dos cinco CAPSad, dois contam com albergues terapêuticos, denominados Casas de Meio do Caminho, que se constituem em pensões protegidas para usuários que precisam de uma atenção mais intensiva.

Além dos CAPS, considerados dispositivos estratégicos no processo de implementação da reversão do modelo de atenção em saúde mental, foi aumentada a disponibilidade de ambulatórios de Psiquiatria e Psicologia distribuídos nas Policlínicas, instalados em 10 unidades de saúde.

Quanto ao parque hospitalar psiquiátrico, mantiveram-se os seis hospitais privados e conveniados com SUS, os quais disponibilizam 1384 leitos.

Quanto às Residências Terapêuticas, em 2001, a Prefeitura, através da Secretaria de Saúde Municipal, implantou o Projeto Reabilitar, hoje Programa Reabilitar, entendido como um programa de reabilitação assistida (RECIFE, 2002a).

O programa de reabilitação assistida é constituído por dois projetos: *o Projeto de volta à família de origem*, que é realizado junto às famílias que têm algum de seus membros internados por mais de ano; e *o projeto de Residências Terapêuticas*. Regido pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Movimento da Reforma Psiquiátrica, o programa tem como meta a

promoção de um cuidado agregado ao respeito e resgate da cidadania de pessoas com sofrimento psíquico.

Este projeto teve início em 12 de Novembro de 1999, quando o Hospital Ulysses Pernambucano, sob a égide da Reforma Psiquiátrica, iniciou um processo de humanização do serviço, implantando o Lar Abrigado no hospital - uma proposta diferente para sete pacientes com doença crônica, sem qualquer vínculo social, mas ainda sob a redoma do hospital. É importante ressaltar que, embora esse processo de humanização tenha sido na verdade uma tentativa de adequação do sistema à desinstitucionalização, contribuiu para que, atualmente, os membros do hospital discutam-na, por terem amadurecido a idéia de que objetivo do Movimento da Reforma da Saúde Mental deva ser a desconstrução do sistema de hospitalização e, não, a sua destruição.

Ao resgatar a história, durante a realização do presente estudo, se pode identificar que o Lar Abrigado do Hospital Ulysses Pernambucano não foi o primeiro do Estado, uma vez que há registro de duas experiências semelhantes no Hospital Alcides Codiceira, no distrito de Cruz de Rebouças, Igarassu, nas quais oito pacientes foram incluídos (LEITE, 2003).

Mais do que uma moradia, o Lar Abrigado representou um grande passo para que as pacientes recuperassem a identidade a partir de uma autonomia protegida, já que se esboçava aí o que mais tarde recebeu o nome de Residência Terapêutica, esta última não mais no interior do hospital, mas inserida na comunidade.

Entre o período de 2001 a 2007, foram implantadas 11 Residências Terapêuticas, distribuídas em cinco Distritos Sanitários (DS II, III, IV, V e VI), sendo quatro destinadas a moradores do sexo masculino, cinco, restritas ao sexo feminino, e duas mistas.

Os SRT representam um objeto de desafio para o modelo de rede de base psicossocial e comunitária, uma vez que têm como finalidade a reinserção social de pessoas que já trazem consigo o rótulo de ex-pacientes psiquiátricos; como proporcionar essa reinserção considerando: o sujeito, o resgate de identidades, autonomia e o exercício de contratualidade?

No atual contexto de Reforma Psiquiátrica, o velho modelo asilar não mais domina, mas o novo modelo ainda não predomina.

1.2 De volta ao jardim

O interesse nos SRT, como objeto de estudo no Mestrado de Psicologia, surgiu durante a prática de estágio extracurricular no Distrito Sanitário II¹, no período de 2001 a 2003, quando foi vivenciado o processo de implantação da Política de Saúde Mental². Esse interesse foi reforçado, entre 2003 e 2004, quando da coleta e interpretação dos dados da monografia para conclusão do bacharelado em Psicologia.

No texto da monografia de bacharelado³, empregou-se a metáfora “*Um Jardim de Flores*” para fazer referência aos SRT, comparando as moradoras a *flores* das mais diferentes espécies, que não podiam ser cuidadas da mesma forma e deviam ter respeitadas suas demandas singulares - fatores importantes no trabalho de reinserção social. Essas *flores* eram conseqüência de *sementes* lançadas há certo tempo (Movimento da Reforma Psiquiátrica), num terreno ao qual, a cada dia, várias pessoas (idealizadores da proposta dos SRT e profissionais de saúde mental) se dedicavam em adubar. Para isso, utilizavam os mais diversos recursos (CAPS, Distrito Sanitário, comunidade intervenções terapêuticas diversas), na esperança de vê-las mais belas, vistosas, fortalecidas; fazendo uso de sua autonomia, exercendo a cidadania, donas de

¹ Distrito Sanitário é uma unidade operacional básica do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui uma espécie de autoridade sanitária quanto à administração da “questão saúde” em relação a uma determinada população, localizada em uma área geográfica específica. O Distrito Sanitário II cobre a Região Norte do Recife, que corresponde à Região Política Administrativa II integrada por 18 bairros, dentre os quais Campo Grande, Campina do Barreto e Água Fria.

² Durante o estágio extra-curricular, ocorria a implantação da Política de Saúde Mental no Distrito Sanitário II, criando a oportunidade estudar o Movimento da Reforma Psiquiátrica, as transformações que esse Movimento provocou, tais como o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o surgimento dos serviços substitutivos (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e os Lares Abridados), os Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental, o programa de reabilitação psicossocial e o processo de reinserção social através do trabalho. Ao mesmo tempo, foi possível acompanhar a implantação das Residências Terapêuticas.

³ LEITE, B. Residência Terapêutica: um campo de atuação do psicólogo clínico? Monografia de bacharelado em Psicologia, Recife, UFPE, 2003.

suas histórias, produzindo *novos frutos*, cuja qualidade estava atrelada à maneira como era cuidado esse jardim.

Nessa primeira incursão ao “*Jardim*”, foram percebidos alguns “pontos de contradição” na proposta do “Rehabitar” – projeto de SRT para o município de Recife – já que a *questão da autonomia* não tinha avançado muito, a atitude ainda parecia ser de tutela. O trabalho de reinserção social continuava restrito ao universo do CAPS de referência e o *espaço do território*, como recurso para trabalhar a reinserção dessas moradoras, pouco explorado.

Por outro lado, percebeu-se que a *figura do cuidador* é peça fundamental no trabalho de reinserção social, desenvolvimento da autonomia e resgate da subjetividade dessas pessoas. Faz-se necessário destacar que tudo ainda era muito novo, ainda estava se consolidando – proposta, rede de assistência e política de saúde mental do município, na lógica defendida pelo Movimento da Reforma em Saúde Mental.

Passados quatro anos dessa primeira incursão e seis anos da implantação da primeira RT no município do Recife, outros questionamentos voltaram a inquietar e foram as bases para o desenvolvimento deste estudo.

Considerando que, de acordo com a Portaria GM nº 106, de 11 de Fevereiro de 2000, as RT são casas instaladas na comunidade com a finalidade de cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuem uma rede de suporte social e familiar sustentável, percebeu-se que esses equipamentos têm o papel de viabilizar sua inserção social.

Atendo-nos ao fato de que essa nova experiência em curso, em que a vida dos moradores dos SRT, nas dimensões do morar e do se relacionar com outras pessoas, passou a se desenvolver em outro espaço, em um território até então desconhecido, outras questões se colocaram.

Nos SRT, o morador é de fato percebido enquanto sujeito? Na rotina dos SRT, a doença tem estado, de fato, num segundo plano, para dar lugar ao doente? A mudança de foco, da doença para o doente, tem se refletindo no trabalho dos SRT?

As respostas passaram a ser um desafio para o desenvolvimento da pesquisa, mas elas mesmas suscitavam novas indagações. Quais os fatores facilitadores e os entraves funcionais dos SRT? Como classificar as intervenções? São parciais e circunscritas ou está havendo uma abordagem integral dos sujeitos? Os SRT estão reabilitando seus moradores ou reproduzindo a lógica hospitalar de tutela? As práticas estão condizentes com as proposições da política de saúde mental vigente e com o princípio da desinstitucionalização ou não?

Outra questão veio agregar-se ao conjunto de indagações no momento em que se iniciou a coleta de dados. A decisão do município do Recife de instituir o cargo de cuidador em suas RT, por concurso público, substituindo cuidadores cuja capacitação se deu em serviço, poderá provocar mudanças no projeto dos SRT do município?

Partindo do pressuposto que a desinstitucionalização é um processo, buscou-se identificar as características dos SRT de Recife, por meio da explicitação das práticas em curso desenvolvidas pelas equipes envolvidas no cuidado em saúde mental, contidas nos discursos de seus integrantes. Foi por meio dessa escuta e da análise de discurso que tentou-se apreender os impasses e desafios vivenciados, superados ou não.

Para tanto a análise dos dados encontra-se guiada pelos seguintes objetivos:

- ∨ Identificar a apropriação do programa de RT pela equipe técnica¹, no que diz respeito aos aspectos institucional e terapêutico;
- ∨ Contrapor atitudes e relações psicoafetivas de técnicos de referência e cuidadores, antigos e novos, quanto à reinserção social, desenvolvimento da autonomia e resgate da subjetividade dessas pessoas;
- ∨ Caracterizar a compreensão dos membros da equipe técnica quanto à interpretação da RT, a partir das reflexões

¹ Constituem a equipe técnica que dá assistência à RT: Cuidadores (CRT), Técnico de Referência (TR) e gerentes do CAPS.

desenvolvidas por Saraceno (2001) entre o *estar x habitar* uma RT.

2 AS SEMENTES ...

2.1 Da hospitalidade do Modelo Asilar Psiquiátrico à Reforma em Saúde Mental

Criado inicialmente na Idade Média, o hospital tinha como principal função ser uma instituição de caridade e, como tal, oferecia abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. Por meio de um longo processo, o hospital foi transformado em instituição médica.

Em meados de 1656, surgiu uma nova modalidade de hospital não mais exclusivamente filantrópico, mas que passou a cumprir uma função de ordem social e política mais explícita – o hospital geral, no qual a internação era determinada por autoridades reais e judiciárias. Ao diretor do estabelecimento era delegado poder absoluto. Foucault concluiu que o hospital geral seria:

(...) uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa [...] Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer. O Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, no limite da lei: é a ordem terceira da repressão (FOUCAULT, 1978, p. 50).

Segundo Foucault (1978), o surgimento do hospital geral foi de fundamental importância para a definição de um novo lugar social para o louco e para a loucura na sociedade ocidental.

O saber sobre o hospital permitiu ao médico agrupar as doenças e, assim, observá-las de uma forma mais detalhada, em sua evolução. Dessa forma, produziu-se um saber sobre as doenças que, pelo modelo epistemológico das ciências naturais, ainda não havia sido possível construir. O hospital foi perdendo cada vez mais sua origem de caridade e, depois, de controle social; na mesma proporção, passou a assumir uma nova finalidade: a

de tratar de enfermos. Em uma palavra, o hospital foi medicalizado, foi transformado na instituição médica por excelência.

A substituição da sociedade absolutista pela sociedade disciplinar destinou um novo papel às instituições: a disciplina dos corpos, a introjeção das normas do pacto social construído entre pares, a normalização dos cidadãos e da própria noção de cidadania. Assim é que os hospitais – antes lugar de mortificação e des-historicização – tornaram-se lugar de verdade, de saber e de positividade.

Este vínculo histórico entre a medicina, que estava sendo constituída nos moldes da nova instituição transformada, e o hospital que estava sendo adequado à medicina hospitalar, marcaram fortemente a natureza do modelo biomédico da medicina ocidental, que passou a ser caracterizada como predominantemente hospitalar. O modelo biomédico implicou em uma relação com a doença, enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito em experiência da doença; isso não ocorreu apenas na psiquiatria.

A partir de 1793, o médico francês Philippe Pinel passou a dirigir o Hospital Geral de Paris, cujas experiências descreveu no *Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania*, o primeiro livro da disciplina que futuramente viria a ser conhecida como Psiquiatria. Pinel introduziu várias inovações nas práticas dos hospitais dos alienados e lançou as bases da síntese alienista. Elaborou uma primeira nosografia, isto é, uma primeira classificação das enfermidades mentais; consolidou o conceito de alienação mental e a profissão do alienista. Fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica pelo tratamento moral.

Pinel participou do grupo conhecido como “os ideólogos”, que foi de enorme importância para o pensamento filosófico francês no final do século XVIII. Os ideólogos buscavam a base verdadeiramente científica para o conhecimento dos fenômenos da realidade, tomando como referência principal o modelo da História Natural. Nesta tradição filosófica, objetivava-se o conhecimento do homem diante do que lhe é impresso por suas experiências, para consigo próprio e para com o que lhe é exterior. Este método analítico

filosófico situa-se na tradição de Locke e Condillac que adotado pelos ideólogos era especialmente aplicado à medicina por Cabanis.

A *teoria do conhecimento* de Locke (AMARANTE, 2007) surgiu, de certa forma, como resposta contrária à doutrina das idéias de Descartes. Para Locke, as idéias constituíram-se a partir da experiência empírica, pois todo conhecimento humano teria sua origem na sensação, a partir da qual seriam formadas as idéias, das mais simples às mais abstratas e complexas. De outra parte, no que tange ao pensamento político, Locke pressupunha uma natureza absolutamente livre e independente dos homens, os quais não deviam ser submetidos ao absolutismo divino e a dos regimes políticos.

Pinel inscreveu-se nessa mesma ordem, ao propor a liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, deviam ser submetidos a um tratamento asilar, sob regime de completo isolamento. Este, no entanto, não significa a perda da liberdade, pois muito pelo contrário, é o tratamento que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do 'tratamento moral', o princípio do 'isolamento do mundo exterior', é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada.

Dentre as mais importantes estratégias do tratamento moral estava o que Pinel denominava trabalho terapêutico. O trabalho assumia uma importância muito singular na sociedade em plena transição do modo de produção, quando o capitalismo ensaiava seus primeiros passos e o trabalho seria, portanto, um meio de reeducação das mentes desregradas e das paixões incontroláveis.

Pinel reformulou o conceito de cidadania, nascido na Grécia e renovado na Revolução Francesa, a partir da concepção que o homem devia participar da vida da comunidade, do que advinham sua virtude cívica, sua responsabilidade e o compromisso com a sociedade.

No mesmo contexto histórico em que foi construído o conceito de cidadania, como a responsabilidade e a possibilidade de conviver e partilhar com outros de uma mesma estrutura política e social, foi construído também, em parte pelos mesmos atores sociais, o conceito de alienação mental. Se o

alienado era considerado um despossuído da razão plena, e a razão era a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza, existia, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido como cidadão. Para Leurent, discípulo de Pinel, a alienação mental produzia a perda do livre-arbítrio e, conseqüentemente, da liberdade. Para recuperar a liberdade (como o livre-arbítrio), era necessário recuperar a razão.

A alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade. Para Hegel, a alienação não seria a perda absoluta da razão, mas simples desordem em seu âmago. O conceito de alienação mental nasce associado à idéia de periculosidade.

O isolamento – entendido como a institucionalização/hospitalização integral – era assim um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente. Afastava-se o alienado das interferências que pudessem prejudicar tanto a observação apurada para a consolidação do diagnóstico mais preciso e correto, quanto o próprio tratamento moral, que consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade. O hospital, enquanto instituição disciplinar era ele próprio, uma instituição terapêutica.

O histórico gesto de Pinel, desacorrentando os loucos, poderia dar a ilusão de que os loucos teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional. No entanto o que existiu foi uma metamorfose da natureza da instituição. Na medida em que o hospital deixou de ser o espaço de filantropia e da assistência social, para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados desacorrentados, porém, institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico.

Esquirol listou as cinco principais funções do hospício, iniciando por garantir a segurança pessoal do louco e das suas famílias, e prosseguindo por liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais;

submetê-los a um regime médico e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais.

A questão da segurança/periculosidade assumia papel de destaque em relação às funções terapêuticas e fez surgir dois grandes problemas de ordem social. A partir das premissas de Esquirol, os asilos ficaram rapidamente superlotados de internos em todos os países, incluindo o Brasil.

Por outro lado, a enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as funções sociais cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população e as constantes denúncias de violência contra os pacientes internados fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância da própria psiquiatria, ficassem comprometidos.

A Segunda Grande Guerra fez com que a sociedade passasse a refletir sobre a natureza humana, criando assim condições históricas para outro período de transformações psiquiátricas. Ao final da Segunda Guerra Mundial, a sociedade volta o olhar para os hospícios e descobre que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos em nada diferenciavam daquelas dos campos de concentração. Eram marcados pela absoluta ausência de dignidade humana.

Assim nasceram as primeiras experiências de reforma psiquiátrica. As várias experiências de reforma podem ser divididas em três grupos. O primeiro grupo é integrado pelas experiências de Comunidade Terapêutica e de Psicoterapia Institucional, baseadas no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que preconizavam que o modelo hospitalar estava esgotado e deveria ser substituído por serviços assistenciais que qualificariam o cuidado terapêutico. No terceiro grupo, estão a Psiquiatria Democrática e Antipsiquiatria, que colocam em xeque o paradigma asilar psiquiátrico tradicional e postulam a inexistência da doença mental enquanto objeto natural e a terapêutica constituída pela própria vivência da experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social.

A *Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional* tinham em comum a convicção de que seria possível qualificar a psiquiatria a partir da introdução de mudanças no hospital psiquiátrico, de tal forma que o mesmo se tornasse a instituição efetivamente terapêutica almejada por Esquirol.

No período do pós-guerra, eram bastante comóventes os danos psicológicos, sociais e físicos sofridos pelos jovens soldados ingleses. Muitos destes eram internados em hospitais para tratamento de seus problemas emocionais. Esta situação acarretou dois problemas: uma quantidade excessiva de pessoas que necessitavam de cuidados e, em contrapartida, uma oferta muito escassa de profissionais para atendê-las e precariedade de recurso num contexto de grande necessidade de recuperação da mão-de-obra para o projeto de reconstrução nacional.

Em meio a esse impasse, Main, Bion, Reichman do Monthfield Hospital (Birmingham, Inglaterra) encontraram uma saída original e criativa. Passaram a utilizar o potencial dos próprios pacientes no tratamento. Organizavam reuniões em que discutiam as dificuldades, os projetos, os planos de cada um; realizavam assembléias com duzentos ou mais pacientes, elaboravam propostas de trabalho em que todos pudessem estar envolvidos.

A expressão psicossocial surgiu nesse contexto histórico, a partir do livro *Psychosocial Medicine* de James L. Halliday, publicado em Londres, em 1948, estabelecendo as primeiras relações entre as transformações sociais e o psiquismo.

A experiência ficou ainda mais conhecida com Maxwell Jones, a partir de 1959, quando recebeu maior sistematização e maior dinâmica. Jones passou a organizar grupos de discussão e grupos operativos, envolvendo ainda mais os internos em seus tratamentos, chamando-os a participar ativamente de todas as atividades disponíveis, incluindo reuniões e assembléias diárias, para debater todos os aspectos relacionados à instituição. Ele entendia que a função terapêutica era uma tarefa que deveria ser assumida por todos, técnicos, familiares e pacientes. Ao enfatizar a atuação da equipe, evitava situações de abandono, descuido e, principalmente, de violência (BADARACCO, 1994).

Jones cria o termo comunidade terapêutica, para designar um processo de reformas institucionais que continham, em si mesmas, uma luta contra a hierarquização ou verticalização de papéis sociais, ou um processo de horizontalidade e democratização das relações (BADARACCO, 1994).

Na década de 1950, no hospital de Saint-Alban, no sul da França, a noção de “trabalho terapêutico” foi resgatada, como importante atividade que oferecia possibilidades de participação e assunção de responsabilidades por parte dos internos. A comunidade terapêutica passa a ser vivenciada no hospital, dando origem à Psicoterapia institucional, experiência de coletivo terapêutico, cuja premissa era admitir que, no hospital, todos teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade. Deveriam questionar e lutar contra a violência institucional e a verticalidade nas relações intra-institucionais.

Nascia a idéia da escuta polifônica, isto é, a busca de uma ampliação dos referenciais teóricos, de forma a não reduzir a escuta a esta ou aquela corrente conceitual, assim como a noção de acolhimento, ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos do hospital.

Concomitantemente, em outros países questionava-se o sistema de institucionalização dos pacientes alienados. No Brasil, uma primeira tentativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica ocorreu com a proposta das colônias dos alienados. Estas colônias foram construídas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados eram submetidos ao trabalho terapêutico, sob os cuidados de familiares contratados para morar nos asilos e lhes prestar cuidados. Teóricos, como Tosquelles, entendiam que a instituição psiquiátrica havia perdido seus ideais e possibilidades de exercer sua verdadeira função terapêutica (AMARANTE, 2007).

A vivência da Psicoterapia Institucional evidenciou a necessidade de um trabalho externo ao manicômio. Era preciso adotar medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar, de forma a evitar a reinternação ou mesmo internação de novos casos.

Passaram a ser criados centros de saúde mental (CSM), distribuídos nas diferentes regiões francesas, que substituíam os ambulatórios e eram responsáveis pelo acompanhamento extra-hospitalar, dando origem à Psiquiatria de Setor. Pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica falava-se em regionalização.

A idéia de Lucien Bonnafé, principal personagem da Psiquiatria de Setor, foi subdividir o espaço interno do hospital, as enfermarias, segundo as regiões de origem dos pacientes. Desta feita, todos os pacientes provenientes de uma determinada região eram internados em uma mesma enfermaria. Quando recebiam alta médica, mantinham os mesmos contatos porque todos eram acompanhados no mesmo CSM da região de origem. As vantagens eram múltiplas porque na enfermaria ou nos CSM criavam-se inúmeras possibilidades de contato com parentes que visitavam outros internos, levando notícias, cartas ou objetos e alimentos (AMARANTE, 2007).

Além disso, o tratamento passava a ser considerado não mais exclusivo do médico psiquiatra, mas de uma equipe com vários profissionais. A equipe que acompanhava o paciente internado, o acompanhava após a alta, dando continuidade ao tratamento e explorando o fator positivo do vínculo já estabelecido no espaço hospitalar. Isto era particularmente importante quando o caminho era inverso, isto é, quando o paciente estava em tratamento no CSM e precisava ser internado.

Nos Estados Unidos, diferente da Europa, foi desenvolvida a Psiquiatria Preventiva, conhecida também como Saúde Mental Comunitária, cujas bases teóricas e propostas de intervenção foram explicitadas no livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, de Gerald Caplan (1980), considerado fundador e principal autor dessa corrente.

Caplan (1980) adotava a teoria etiológica, inspirada no modelo da *História Natural das Doenças*, de Leavell e Clark (1976), que pressupõe uma linearidade no processo saúde-doença, e uma evolução das doenças. Por conseguinte, todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Na medida em que as doenças mentais eram

entendidas como sinônimo de desordens, julgava-se poder prevenir e erradicar os males da sociedade.

A noção de prevenção adotada por Caplan (1980) foi transposta da psiquiatria para a medicina preventiva, considerando ocorrer em três níveis:

1. prevenção primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental ou condições etiológicas, que podem ser de origem individual ou do meio;
2. prevenção secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental já instalada;
3. prevenção terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a melhora.

A Psiquiatria Preventiva cria três conceitos, que promoveram grandes modificações no campo da Psiquiatria: crise, desvio e desinstitucionalização.

Para a intervenção preventiva, um conceito passou a ser estratégico: o de crise, construído fundamentalmente a partir das noções de adaptação e desadaptação social, oriundos da sociologia, e que permitiam a ampliação da ação da psiquiatria para além da noção mais restrita da doença mental.

As crises foram classificadas em:

- v evolutivas – quando relacionadas a processos normais do desenvolvimento físico, emocional ou social. Na hipótese de os conflitos gerados não serem absorvidos, poderia levar à desadaptação que, não sendo elaborada pela pessoa, poderia conduzir a doenças mentais;
- v acidentais – quando precipitadas por alguma perda ou risco. A perturbação emocional ocasionada pela crise provocaria, eventualmente, o surgimento de alguma enfermidade mental. Assim, torna-se um momento estratégico de intervenção preventiva, na medida que, em contrapartida, a crise pode ser encarada como uma possibilidade de crescimento para o indivíduo.

Em boa parte, foi em decorrência do conceito de crise que a Psiquiatria Preventiva assumiu a característica de uma proposta de saúde mental

comunitária, pois, daí, advieram as estratégias de trabalho de base comunitária, nas quais as equipes de saúde mental passaram a exercer papel de consultores comunitários, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais.

Um segundo conceito fundamental foi o *desvio* social, que se refere a um comportamento desadaptado à norma socialmente estabelecida; o que, no entendimento da Psiquiatria Preventiva, é pré-patológico.

Foi ainda no âmbito da *Psiquiatria Preventiva* que surgiu o conceito de desinstitucionalização, que se tornou uma das principais diretrizes das políticas de saúde mental nos Estados Unidos. Por desinstitucionalização entendia-se um conjunto de medidas que visavam a redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, redução do tempo médio de permanência hospitalar ou, ainda, promoção de altas hospitalares.

Como estratégias de efetivação das políticas de desospitalização, foram implantados vários centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais, com o objetivo de tornar o hospital um recurso obsoleto, que fosse caindo em desuso na medida em que a incidência das doenças mentais fossem adquirindo maior competência e efetividade em serem tratadas no regime extra-hospitalar.

No entanto, em que pese o fato de terem sido instalados vários serviços e estratégias desospitalizantes, ocorreu um aumento importante da demanda psiquiátrica nos Estados Unidos, não apenas para os novos serviços extra-hospitalares, mas também para os hospitais psiquiátricos: os próprios serviços comunitários se transformavam em grandes captadores e encaminhadores de nova clientela para os hospitais psiquiátricos.

A Psiquiatria Preventiva representou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma maior expansão dos preceitos médicos – psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais (AMARANTE, 2007).

Na Inglaterra dos anos 50-60, Ronald Laing e David Cooper começaram a implantar as experiências de Comunidade Terapêutica e

Psicoterapia Institucional nos hospitais em que trabalhavam. No entanto passaram a considerar que as pessoas ditas loucas eram oprimidas e violentadas, não apenas nas instituições psiquiátricas, onde deveriam estar para receber tratamento, mas também na família e na sociedade.

Elaboraram a hipótese de que o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na família e na sociedade, o que apontou para uma antítese à teoria psiquiátrica. Era necessário compreender que a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo, enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade.

Na tradição teórica e política, o hospital psiquiátrico não apenas reproduziria, mas radicalizaria as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social, fortemente manifestadas na família. Em consequência dessas críticas às estruturas social e familiar, a Antipsiquiatria rapidamente ficou associada e restrita aos movimentos contestatórios e antinstitucionais, que abalaram a Europa Ocidental, na década de 60, e culminaram com o movimento de maio de 1968.

A análise microssociológica do asilo psiquiátrico, realizada pelo sociólogo Erving Goffman (1968), um dos mais contundentes analistas críticos das instituições e do modelo teórico da psiquiatria, publicado em *Asylums* (publicado no Brasil como *Manicômios, Prisões e Conventos*), igualando asilos psiquiátricos a outras instituições de controle e violência, por ele denominadas de instituições totais, reformulou o conceito norte-americano de desinstitucionalização.

Para Goffman (1968), o que a psiquiatria denominava curso natural da doença, era, na realidade a carreira moral do doente mental. Esmiuçando os mecanismos e sistemas da institucionalização, em que se destacavam a carreira moral, a estigmatização ou mortificação do eu, a noção de desinstitucionalização tornava-se mais complexa e distante de ser desospitalização.

Essa contextualização despertou o interesse de psiquiatras de outros países. Franco Basaglia (2005), em Gorizia, uma pequena cidade no norte da

Itália, se propôs a reformar o hospital psiquiátrico ali existente ao perceber que o combate deveria ser de outra ordem, era necessário negar a psiquiatria enquanto ideologia.

Basaglia (2005) passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltados para a idéia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como estrutura física do hospício, mas como um conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentavam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana.

Para refletir sobre a influência da institucionalização no processo de desinstitucionalização, Basaglia (2005) utiliza a fábula de uma serpente que entrou pela boca de um homem enquanto este dormia e se alojou em seu estômago, donde passou a comandar sua vida, seus desejos e seu destino. Metaforicamente, Basaglia afirmava que a serpente era a própria instituição psiquiátrica e seus processos de mortificação e desistoricização.

A experiência de Gorizia, no período de 1961 à 1972, deu origem ao livro *A Instituição Negada*, coordenado por Basaglia (1985), que contém debates, princípios e estratégias da nova etapa das reforma psiquiátrica, cuja base foi a desconstrução do manicômio. No início dos anos 70, Basaglia, com grande parte da equipe que atuou em Gorizia, iniciou um trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste, uma cidade de médio porte, também situada no norte da Itália, a mais rica e original experiência de transformação radical da psiquiatria contemporânea.

Em Trieste, simultaneamente ao fechamento dos pavilhões e enfermarias psiquiátricas, foram sendo criados outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. A expressão *serviços substitutivos* passou a ser adotada para caracterizar um conjunto de estratégias que efetivamente tomasse o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, sem serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos.

É importante ressaltar que, nos primeiros anos da experiência, em Gorizia, Basaglia (2005) utilizou a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, com o objetivo de tornar o hospital um lugar efetivo de tratamento

e reabilitação dos internos, mas não as tomou como fim em si, como o objetivo último a ser alcançado, mas como estratégias provisórias e intermediárias de desmontagem da estrutura manicomial.

Os primeiros serviços substitutivos foram os centros de saúde mental (CSM), todos regionalizados, isto é, distribuídos criteriosamente pelas várias regiões da cidade. Ao contrário do modelo francês, os centros triestinos não eram serviços que reinternavam os pacientes no manicômio quando as situações eram consideradas graves. Os CSM triestinos assumiam a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território, a partir do conceito de tomada de responsabilidade. Em outras palavras, os CSM atuavam no território e reconstruíam as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, sem a segregação.

Outras estratégias relativas à inclusão social referem-se à criação de cooperativas de trabalho, a construção de residências onde os ex-internos do hospital passavam a habitar na própria cidade, através da participação e da produção social como grupos musicais e de teatro, produtoras de vídeos e oficinas de trabalho, dentre outras.

A proposta italiana mostrou que o mal obscuro da psiquiatria estava em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social. Sobre esta separação artificial foi construído o conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos da instituição, todos referindo a doença. A operação, denominada de desconstrução, foi a desmontagem desse conjunto de aparatos para restabelecer uma relação com os sujeitos em sofrimento (ROTELLI et al., 1990).

Assim, a experiência italiana mostrou que a desinstitucionalização, com integração do indivíduo na sociedade, é o processo social complexo, que procura acionar os atores sociais diretamente envolvidos; promovendo uma transformação que deve transcender à simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais. A desconstrução deve ter, como uma das estratégias de ação, a negação da psiquiatria enquanto ideologia. Significa negar a instituição manicomial; o saber psiquiátrico sobre a

doença mental, compreendido como um processo histórico e social de apropriação da loucura; o poder da psiquiatria em relação ao paciente e o seu mandato social de custódia.

A psiquiatria passou a experimentar novas definições e mais recentemente optou por adotar os termos transtorno mental ou desordem mental. A legislação brasileira utiliza a expressão portadores de transtorno mental. No campo da saúde mental e atenção psicossocial, tem-se utilizado falar de sujeitos em sofrimento psíquico, pois a idéia de sofrimento remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida.

Com a doença entre parênteses enfim era possível enxergar o sujeito, com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios, o que possibilitou uma ampliação da noção da integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Os serviços já não eram locais de expressão da exclusão, disciplina, controle e vigilância panóptica (FOUCAULT, 1977). Deviam ser entendidos como dispositivos estratégicos, lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais, em que se enfatizava a produção de subjetividades, propiciando contato com o sujeito e aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos.

2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

O processo brasileiro acompanhou as experiências psiquiátricas e com elas aprendeu a refletir e buscar a correção dos erros dos processos anteriores.

Vivenciou as Comunidades Terapêuticas, em colônias como a do Juquery, em São Paulo, onde chegaram a estar internados dezesseis mil doentes.

Experimentou as idéias de Basaglia (2005), na cidade de Santos, na década de 1980, implantando a experiência de Trieste, tendo se tornado eixo da mais importante face do processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Constituído a partir do final dos anos 70, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira surge em meio ao clima de efervescência que dominava o Brasil, nestes anos de organização social e civil contra a ditadura militar.

Tinha como proposta:

[...] a superação da prática dos pressupostos teóricos da instituição psiquiátrica tradicional – que somente via defeito, irracionalidade, desrazão e periculosidade no louco/doente – e pôr em discussão a possibilidade de resgatar histórias, biografias e subjetividades dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico, permitindo assim o debate sobre a cidadania e os direitos humanos desses sujeitos e, mesmo, o direito a um verdadeiro e digno tratamento (AMARANTE, 1977, p. 164).

Assim sendo, o principal objetivo e o mais importante desafio da Reforma Psiquiátrica:

[...] é a transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabelecem com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTE, 1977, p. 165).

A ação reformista consistia, por um lado, em denunciar as distorções existentes no trato com o louco e a loucura, convocando a participação da sociedade civil na construção das políticas públicas que revertessem o quadro até então existente e, por outro lado, simultaneamente, em preconizar duas ordens de princípios: a inversão da política nacional de saúde mental de privatizante para estatizante e a implantação de alternativas extra-hospitalares que significavam a inversão do modelo de hospitalar para ambulatorial, de curativo para preventivo.

Ainda em 1980, o Ministério da Saúde redigiu o documento “Diretrizes para a área de Saúde Mental”, defendendo:

[...] a substituição do modelo assistencial custodial por um modelo mais abrangente, a ampliação do enfoque exclusivamente organicista para uma abordagem multicausal do transtorno mental, a integração das ações de saúde mental às ações desenvolvidas na rede de serviços de saúde, com a criação de unidades intermediárias entre a internação e o ambulatório tradicional, a ênfase no tratamento extra-hospitalar, a limitação do período de internação e promoção da reintegração familiar e social do doente, a articulação dos sistemas formal e informal de cuidados de saúde, a promoção de estudos epidemiológicos e pesquisas operacionais que norteiem a prática assistencial e a participação de vários segmentos da sociedade na discussão, avaliação e operacionalização das mudanças requeridas (CARVALHO, 2001, p. 18-19).

O novo modelo assistencial, que insistia na criação de formas alternativas de assistência ao internamento em manicômios, tinha alguns princípios norteadores, os quais orientavam as estratégias da Política de Saúde Mental, já reformulada e apoiada nos ideais do Movimento da Reforma Psiquiátrica, tais como:

[...] a prestação da assistência em ambiente predominantemente extra-hospitalar, com a indicação de internação integral apenas quando estritamente necessário, a inclusão da assistência numa estratégia de atenção primária de saúde¹ com regionalização/integração e hierarquização dos serviços e a utilização de equipe multiprofissional (CARVALHO, 2001, p. 19-20).

Nesse cenário político, um marco histórico foi 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que buscou a construção de uma nova visão das questões de saúde no país, cujos princípios tornam-se direitos pela Constituição 1988, consubstanciados no conceito de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas; que visam “[...] à redução de riscos de doenças e outros agravos, ao acesso universal e igualitário das ações, para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988a, p. 91).

¹ Atenção Primária são ações preventivas, direcionadas a evitar que o sujeito venha a adoecer, ocorrendo através do atendimento às necessidades básicas do indivíduo. Podem envolver criação de empregos, instalação de esgotos, ações destinadas à educação e segurança.

Como resultado, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, norteado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Inicia-se a ruptura de uma visão de saúde restrita à ausência de doenças, e busca-se uma produção diretamente ligada à noção de qualidade de vida (BRASIL, 1988b).

O movimento dos trabalhadores em Saúde Mental, que desde a década de 70 vinha se organizando, ganha fortes aliados. Deixa de lado sua especificidade de movimento de trabalhadores em saúde mental, para se tornar um movimento social pela reforma em saúde mental, a luta por uma sociedade sem manicômios. Questionam-se os saberes científicos e se reabrem as discussões, num universo plural de idéias, pela busca de um conhecimento interdisciplinar, quiçá transdisciplinar, na multidimensionalidade dos fatos para a construção de uma nova aliança.

O processo do movimento dos trabalhadores em saúde mental, em 1988, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987 e 1992, e a Conferência de Caracas, em 1990, foram definidores para que a Política Oficial de Saúde Mental, no Brasil, criasse dispositivos sanitários normativos de nova abordagem prática e teórica de assistência psiquiátrica, dentro de novos paradigmas estabelecidos e ratificados pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2002.

Delgado (2007), ao historiar os processos desencadeados pela Política Oficial de Saúde Mental, assim se refere:

[...] o hospital psiquiátrico não é mais o centro de gravidade do público de saúde mental. O acesso do tratamento não é mais majoritariamente garantido por internações psiquiátricas ou consultas ambulatoriais convencionais; a oferta dos serviços agora é deslocada e diversificada, o modelo teórico não é mais caracterizado pelo reducionismo biológico estrito. As exigências concretas da clínica no território demarcaram uma real mudança de marco epistemológico, bem como um real rito de passagem, no que diz respeito às referências em cuidado em saúde mental (DELGADO, 2007, p. 197-205).

A partir de 1991, a Reforma Psiquiátrica Brasileira começa a ser operacionalizada, quando o Governo Federal cria propostas e equipamentos sanitários, estabelece a normalização e o financiamento de novos serviços

extra-hospitalares em saúde mental, o controle rigoroso e a supervisão dos hospitais psiquiátricos do SUS.

Decorrentes das primeiras Portarias, que normalizaram a implantação da reforma, houve o que Vasconcelos (1992) chamou de “desospitalização saneadora”, a qual implicou na redução de leitos psiquiátricos públicos e privados conveniados ao SUS, que não apresentavam condições hoteleiras mínimas de assistência.

Em 1992, ocorrem conferências municipais e estaduais preparatórias da II Conferência Nacional de Saúde Mental, contando com participação significativa de usuários e familiares, em todos os debates. As críticas ao modelo psiquiátrico hospitalocêntrico são aprofundadas e planejam-se estratégias para o enfrentamento da situação.

Nessa ocasião é colocada a problemática dos indivíduos cronicados, egressos de longo internamento em hospitais psiquiátricos, que não contam com o suporte familiar, mas apresentam condições pessoais de estabelecer moradia na comunidade, de forma adequada. Ressalta-se a necessidade de implementação de serviços denominados “lares abrigados”, visando solucionar a questão (FONSECA, 2006).

Em abril de 2001, é aprovada a Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil, também conhecida como Lei Paulo Delgado que, após tramitar doze anos entre o Congresso Nacional e o Senado, ratifica o processo de luta pela transformação da assistência psiquiátrica no país. Enquanto a Lei Nacional era debatida, oito leis estaduais e muitas leis municipais são aprovadas e promovem avanço do processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

A Lei nº. 10216/01 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Tem como proposta o fim das internações compulsórias¹ e a substituição progressiva dos leitos manicomiais por recursos de assistência na comunidade, dos quais as Residências Terapêuticas são fruto.

¹ Internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo Juiz competente, que leva em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto a salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários

Em 2002, o Ministério da Saúde edita a Portaria nº. 251/02 que reclassifica os hospitais psiquiátricos e regula a porta de entrada dos mesmos, restringindo sobremaneira novas internações.

Em seguida, o Ministério da Saúde cria o Programa de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiátrico (PNASH/Psiquiatria) que passa a avaliar os hospitais psiquiátricos da rede SUS, impondo sanções àqueles que descumpriam as novas normalizações.

Em 2003, é criado o programa “De Volta pra Casa”, com o objetivo de fortalecer a rede extra-hospitalar.

Em 2004, é assinada a Portaria GM 2. 068, concedendo um incentivo de R\$10.000,00 aos municípios, para a implantação de Serviços de Residência Terapêutica. No mesmo ano, são promulgadas as Portarias nº. 52/2004 e nº. 53/2004 que instituem o Programa Anual de Reestruturação Psiquiátrica Hospitalar, consolidando o processo de redução de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2004b).

Uma nova ética do cuidar se consolida, em que a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com as diferenças são diretrizes fundamentais (BRASIL, 2002).

2.3 Reabilitação psicossocial como exercício da autonomia e do poder de contratualidade

A Reforma Psiquiátrica Brasileira inspirada na Reforma Democrática Italiana tem como espinha dorsal a questão da desinstitucionalização e, como um de seus eixos principais, a reabilitação psicossocial, a qual:

Implica numa ética da solidariedade que facilite os sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrentes de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível de autonomia para a vida cotidiana (PITTA, 1996, p. 13-14).

O *estímulo à autonomia e ao poder de contratualidade* são alguns dos objetivos que devem estar presentes junto aos SRT, pilares onde se assenta o trabalho da reabilitação psicossocial.

A questão da reabilitação psicossocial tem sido tema de discussão nos últimos cinquenta anos em todo o mundo. Muitos autores vêm se debruçando sobre o assunto, dentre eles, teóricos da Reforma Democrática Italiana, como Basaglia (1985), Rotelli (2001) e Benedetto Saraceno (2001).

Segundo Saraceno (2001), existem três motivos para que o tema da reabilitação esteja em evidência. O primeiro é a necessidade de responder à demanda de ex-internos psiquiátricos e, conseqüentemente, por um aumento de pacientes extramuros, estes oriundos, quer do movimento de reforma assistencial, na Itália, quer por razões econômicas, como a redução de despesas com internação psiquiátrica nos Estados Unidos, ou ainda por razões mistas, onde a racionalidade dos gastos interagiu com indicações técnicas de investimento extra-asilar, na Inglaterra. O segundo motivo foi realizar a reabilitação dentro dos próprios hospícios, decorrente do maior conhecimento sobre os direitos dos internos, num rompante democrático do mundo ocidental.

O terceiro motivo se reflete na complexidade epistemológica contemporânea sobre a questão da loucura e do ser louco. Estudos epidemiológicos realizados pela Organização Mundial de Saúde demonstram que o discurso das psicoses está fortemente relacionado às variáveis do contexto, quer antes do episódio da doença ou durante a mesma, necessitando estratégias de ações voltadas a essas variáveis, que constituem os fatores de risco ou proteção, na reabilitação dos sujeitos.

Saraceno (2001) refere que autores clássicos da reabilitação psicossocial construíram um modelo teórico-prático que tem como objetivo principal permitir que pacientes crônicos desenvolvam ao máximo sua autonomia em ambientes normais. Para tal, várias técnicas de orientação cognitiva e educacional estão na base das ações, no treinar habilidades que melhorem o viver cotidiano, tornando essas pessoas menos vulneráveis.

Para Saraceno (2001, p. 112),

A reabilitação seria um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca e de recursos de afetos; é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”. Assim sendo, a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muito e reciprocamente multiplicantes.

No enfoque da Reforma Italiana, a reabilitação psicossocial é vista como um processo de cidadania, não só na restituição dos direitos suprimidos do usuário, mas a construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) de direitos que ele nunca teve. É micro-contratualidade, no que diz respeito ao sujeito da ação, e macro-contratualidade, no enfoque gerencial como os serviços estão organizados. Mais do que um conjunto de técnicas, a reabilitação é um marco na estruturação organizacional e não pode ser aplicada independente de um marco político estrutural.

Saraceno (2001) afirma que a construção do direito de cidadania, como eixo prioritário, não é uma escolha somente ética, mas também técnica, somente um cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas. Em outras palavras, a partir do momento que é permitido ao outro exercer seu poder de negociação, nas diversas esferas de sua vida: afetiva, social e do trabalho, conseqüentemente, se abre a possibilidade desse outro caminhar sozinho, recuperar o direito a sua cidadania, sendo respeitado na sua diferença.

A reabilitação deve estar em todos os lugares, do hospital psiquiátrico à comunidade, e envolver todos os atores do processo e não só o paciente. Não deve ser dissociada do tratamento, devendo acontecer simultaneamente.

Para que haja o assenhramento dos sujeitos das ações, ou seja, o aumento do poder de contratualidade real, com vistas a ampliar a autonomia dessas pessoas, faz-se necessária construção de uma rede estruturada, porém flexível, de intervenções, que garanta o espaço a todos, que crie situações que possibilitem o exercício das negociações, visando ao aumento da capacidade de escolha dos sujeitos das ações.

Valentini Jr. e Vicente (1996) defendem que, nas trocas, estão contidos o resgate de poder deliberativo, a elaboração de contratos, a busca de consenso em torno de objetivos fundamentais, a convivência com as diferenças e os conflitos.

Saraceno (2001) coloca que o modelo de reabilitação não pode ser *darwinista*, em que só os fortes sobrevivem. Ao contrário, o modelo tem que ser o das redes múltiplas de negociação, buscando a participação de todos e não colocando a autonomia plena dos sujeitos como o ponto crucial da questão. O mito da autonomia plena é um dos principais fatores da hiperseleção de pacientes para integrarem projetos de reabilitação, deixando à margem um número de pessoas sem possibilidades de devida assistência. O caminho é o da autonomia possível para cada caso.

Ratificando essa idéia, Goldberg (1994) propõe que o termo de autonomia seja compreendido como algo singular para cada sujeito, não estando preso a modelos estabelecidos. O que pode significar para uns a conquista de trabalhar, administrar seu próprio dinheiro, e, para outros, simplesmente a capacidade de reconhecer a chegada de crises e administrá-las.

Por sua vez, Kinoshita (2001) refere que a autonomia é a capacidade de o indivíduo gerar normas e ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta. Observa também que isto não deve ser confundido com auto-suficiência ou independência, pois a interdependência é inerente aos seres humanos. Ele diz que o problema é a dependência de forma restritiva/restrita. Assim o conceito de autonomia está intrinsecamente ligado à rede de múltiplos pertencimentos.

Saraceno (2001) considera que a reabilitação é uma necessidade ou mesmo uma exigência ética na atenção em saúde mental e, assim, os espaços de reabilitação devem estar comprometidos também com aspectos éticos. A qualidade dos espaços de reabilitação consiste na redistribuição de poder aos seus participantes, que devem se tornar sujeitos ativos de suas histórias e dos seus desejos, sujeitos produtores de competência.

Três eixos são apresentados por este autor como *lócus* de construção de aumento da capacidade contratual dos sujeitos: o morar, a rede social e o trabalho, cenários entendidos como lugares de trocas, espaços de relacionamento e negociações.

O morar é visto como habitar; não é só estar num lugar. O habitar remete ao grau de propriedade do espaço, material e simbólico, e conseqüentemente com um elevado grau de contratualidade sobre a organização desse espaço. É na cotidianidade que o poder de contratualidade é exercitado.

A noção de habitar tem relação com a noção de lar como local da intimidade das pessoas e de sentimentos de pertença, onde dominam os códigos e criam-se referências para a vida. É um lugar de compartilhamento e de experimentação das relações interpessoais na construção da intersubjetividade; local em que se amplia o capital social e que contribui para a redução da vulnerabilidade no contato com o mundo.

Saraceno (2001) alerta para a complexidade da passagem de *espaço* para *lugar*: “Certamente, a passagem de ‘espaço’ para ‘lugar’ é um processo complexo que diz respeito não só a arquitetura, mas, sobretudo, as relações – afetivas e de poder - entre os homens”. Segundo o autor em foco, mesmo na ausência de uma casa, é possível trabalhar o eixo do habitar, pois é um processo de transformação dos espaços, um lugar de negociação. A função dos técnicos é intermediar o processo, não só do ponto de vista do usuário, mas, sobretudo, do ponto de vista da integração com o contexto.

A casa como lugar do habitar, segundo Pitta (1996, p. 21):

[...] traz consigo experiências concretas e complexas de reaprendizagem do tempo e espaço com ritmos domésticos e afetivos, o uso de objetos e oportunidades da vida diária não centrado nas demandas massivas de cuidado, mas justo o contrário, centrado nas demandas singulares de cada um.

O segundo eixo do exercício da prática contratual ressaltado é a rede social, na qual, haverá troca da identidade do sujeito atomizado para o sujeito cidadão. Esta rede social começa na família e vai para a comunidade em geral. A partir da convivência com uma diversidade de atores sociais, tem-se a

possibilidade de agregar novos vínculos e de exercitar a capacidade de realizar trocas.

Através da negociação dos diversos interesses, garante-se não a eliminação do conflito, mas seu controle. Na medida em que os moradores se articulam com vários aspectos da reprodução social, no espaço da comunidade, eles se deparam com inúmeros recursos que podem ser mobilizados. Essa mobilização é a essência da reabilitação. Esse enfoque permite um processo de reapropriação pessoal das dimensões reais e simbólicas do corpo, do espaço, do tempo, do uso dos objetos e de criação vínculos interpessoais na vida cotidiana (FONSECA, 2006).

O terceiro eixo é a produção de trocas de mercadorias e valores através do trabalho com valor social. Saraceno (2001) coloca que o trabalho não pode ser visto como sempre foi visto no manicômio: como terapia em si mesmo, norma moral, entretenimento e, algumas vezes, exploração. O princípio básico, que norteava a rotina do manicômio, era o disciplinamento pelo trabalho, trabalho esse alienado, não reconhecido, não pago e alienante.

Através da possibilidade de trabalhar e ganhar pelo trabalho, a pessoa é reconhecida como sujeito de direito e se reconhece como sujeito de desejo; a auto-estima melhora, passando a se reconhecer como capaz de produzir e realizar trocas.

2.4 Os serviços residenciais terapêuticos: uma nova ferramenta das ações de saúde mental no território?

Segundo Delgado: “[...] o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo” (DELGADO, 1999, p. 17).

Desta forma, o território é o ponto central na reorientação das políticas de saúde mental e, como consequência, se apresenta como diretriz nas estratégias de desinstitucionalização.

A reabilitação psicossocial dos usuários de longa permanência institucional envolve intervenções e interseções de vários campos, pois a integralidade do cuidado implica, além da desospitalização e da moradia: em reconstrução de histórias de vida, rede social, emprego e lazer, entre outras necessidades que se superpõem à atenção, possível apenas através da reorganização dos serviços. A reorientação do modelo assistencial, com base no marco teórico da atenção psicossocial, aponta para um processo de desinstitucionalização que contemple o “sujeito em sua existência – sofrimento” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Embora tenha ocorrido uma redução de 54,56% dos leitos psiquiátricos no país, nos últimos dez anos¹, pode-se observar que uma parcela expressiva da população internada hoje é constituída por clientela de longa permanência. Essa clientela longamente institucionalizada é formada por uma massa de moradores de instituições psiquiátricas públicas e privadas, marcada pela miséria e destituída, em sua maioria, de seu poder contratual. Segundo Kinoshita (2001), o poder contratual é o valor atribuído a cada indivíduo dentro do universo social, sendo este pressuposto para o processo das trocas sociais.

De acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, entre 2002 e 2007, houve aumento dos leitos em instituições cadastradas com quantitativo até 160 leitos (de 24,11% para 43,59% do total de leitos psiquiátricos do país), o que pode favorecer uma melhor qualidade no cuidado aos pacientes.

Ainda segundo o mesmo relatório, quanto menor o número de pacientes nas instituições psiquiátricas, maior disponibilidade dos profissionais para acompanhá-los. No entanto, apesar da redução de 12.551 leitos em hospitais psiquiátricos no mesmo período, em agosto de 2007, havia 38.843 pacientes internados nas instituições psiquiátricas (BRASIL, 2007). De acordo com a literatura e as previsões do Ministério da Saúde, de 20% a 30% do quantitativo desses leitos estariam ocupados por pacientes com tempo maior que um ano de permanência. Isto significa que a política de

¹ Segundo dados de Relatório de Gestão 2003-2006 do Ministério da Saúde, em 1996 existiam 72.514 leitos psiquiátricos no país. Em 2006, foram contabilizados um total de 39.567 leitos.

desinstitucionalização solicita intervenções para além da implantação de CAPS.

Hoje, no Brasil, a expansão dos SRT mostra ter um ritmo próprio e acompanha, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos. A rede de residências terapêuticas conta com 475 serviços em funcionamento e aproximadamente 2.500 moradores.

Nos SRT, a despeito de um amplo processo de humanização e transposição de alguns aspectos da neurose institucional, passa a configurar-se a necessidade de criar uma forma de assistência que ultrapasse as práticas desindividualizantes e institucionalizadoras, abrindo brechas para o surgimento de um indivíduo instituinte e criador.

É, neste contexto, que emerge a idéia de uma forma de atenção aos moradores com foco da atenção centrado em cada individuo e suas demandas particulares. Para que isto ocorra, se faz necessário que as ações terapêuticas desenvolvidas junto aos moradores sejam organizadas em torno de objetivos definidos e a evolução do morador avaliada continuamente, tendo como pano de fundo a reabilitação psicossocial.

Os equipamentos residenciais em saúde mental constituem um elemento fundamental da estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica colocado em marcha em vários países do mundo, inclusive no Brasil, nos últimos 30 anos.

No processo de desinstitucionalização psiquiátrica, ocorrido nas últimas décadas, principalmente em países europeus e americanos, a construção de alternativas adequadas de moradia para a clientela de cuidado contínuo tem se constituído em um componente fundamental do circuito de cuidados mais gerais em saúde mental (VASCONCELOS, 1999) e, portanto, para o sucesso da estratégia. Dispositivos residenciais de boa qualidade, acoplados a serviços de atenção psicossocial adequados, constituem elementos-chave na substituição dos leitos asilares e das enfermarias psiquiátricas convencionais, evitando a simples transferência do doente de uma instituição para outra, que reproduz o mesmo modelo (transinstitucionalização), bem como a simples desospitalização e negligência social, sobretudo tendo em vista o atual

aumento da população que vive nas ruas (denominados *homeless*). Este último fenômeno, dada sua visibilidade social e potencial contribuição para o aumento da violência urbana, muitas vezes vem sendo associado de forma unilateral ao fechamento das instituições psiquiátricas, de forma a alimentar campanhas de mobilização da opinião pública contra o programa de desinstitucionalização (VASCONCELOS, 2000a).

Além disso, os serviços residenciais também têm um outro papel fundamental: o de evitar a simples extinção de recursos da área de saúde mental pelo fechamento das instituições convencionais ou pela morte gradual dos moradores idosos dentro dos asilos. Nessa direção, o atual contexto de políticas sociais neoliberais, com um vertiginoso desinvestimento nos programas sociais, revelou um caráter até então pouco reconhecido nas análises do sistema asilar, tradicionalmente centradas mais no caráter segregador e de controle social da instituição psiquiátrica: a de que estas geralmente enormes instituições constituem uma forte concentração geográfica de recursos patrimoniais e humanos do campo da saúde mental.

Assim, o processo de desinstitucionalização requer a conversão e desconcentração desses recursos, não só como forma de implementar serviços substitutivos acessíveis dentro da própria comunidade, de forma descentralizada, nas diversas regiões das cidades, mas também como estratégia de evitar que esses recursos sejam apenas extintos (VASCONCELOS, 2000a).

Os equipamentos e serviços residenciais, principalmente aqueles que implicam a aquisição de patrimônio físico, constituem uma estratégia fundamental de conversão e deslocamento dos recursos investidos nos asilos para a rede social mais ampla, sem o risco de uma forte volatilização em recursos sem a tangibilidade física, facilmente deslocáveis para outros investimentos públicos mais prioritários (VASCONCELOS, 2000a).

O princípio básico que orienta a proposta desse leque mais amplo de opções residenciais é ofertar equipamentos adequados à variedade de quadros diferenciados de dependência e autonomia, à situação social, familiar,

comunitária e ao desejo expresso, de cada cliente singular (VASCONCELOS, 2000b).

No Brasil, historicamente, Juliano Moreira, no início do século passado, foi quem pela primeira vez, falou sobre um serviço para pacientes externos ao hospital, cuja idéia central era inserção dos pacientes em casas de família. Em Pernambuco, Ulisses Pernambucano foi também um pioneiro a propor a assistência psiquiátrica no domicílio, tanto no início dos problemas psiquiátricos, como na intervenção pós-alta (FONSECA, 2006).

Furtado (2005) refere que, em 1973, encontra-se pela primeira vez a referência a pensões protegidas num documento oficial do Governo Brasileiro, o Manual de Serviços da Assistência Psiquiátrica do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como dispositivo de transição entre o hospital e o domicílio, porém a proposta não saiu das intenções.

No início da década de 90, segundo esse autor, surgem experiências concretas de residências extra-hospitalares, em Porto Alegre (RS), Campinas (SP), Santos (SP), Ribeirão Preto (SP) e Rio de Janeiro (RJ), visando à reinserção social dos ex-internos dos hospitais psiquiátricos. Chamados à época de lares abrigados, pensões protegidas e moradias extra-hospitalares, forneceram subsídios importantes para que a iniciativa viesse a ser incorporada como política pública.

Para cada transferência de pacientes do hospital psiquiátrico para um SRT, há igual redução do número de leitos do hospital de origem. Os recursos financeiros da Autorização de Internação Hospitalar dos leitos desativados vão ser transferidos para os tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência desses indivíduos, visando à consolidação da assistência extra-hospitalar de uma clientela cujos laços sociais foram marcadamente comprometidos pelo tempo da institucionalização (FONSECA, 2006).

Em 31 de Junho de 2003, foi criado o Programa “De volta pra Casa” e sancionada a Lei de nº. 10. 708 que “*institui o auxílio - reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internação*” (BRASIL, 2004b, p. 23).

Nessa mesma data, a Portaria GM nº. 2 077 regulamentou a Portaria nº. 2. 078 de 31 de outubro de 2003 e criou a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta pra Casa”; finalmente a Portaria nº 246, de 17 de fevereiro de 2005, que destina incentivo financeiro para a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2004b).

O Programa “De volta para Casa tem por objetivo a inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados”. (BRASIL, 2003, p. 1).

O auxílio-reabilitação psicossocial regulamentado pelo programa é estratégico para a efetivação da assistência extra-hospitalar, contribuindo financeiramente como suporte social a esses indivíduos. “Cada beneficiário do programa recebe mensalmente R\$420,00, durante um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos de reintegração social do paciente” (BRASIL, 2004b, p. 23).

As pessoas beneficiadas pelo auxílio-reabilitação devem estar inseridas nos SRT, em suas famílias de origem ou em moradias alternativas e atendidas em um CAPS ou serviços de saúde mental do município de sua residência (BRASIL, 2003).

Em alguns municípios, como Recife, há legislações específicas instituindo auxílios financeiros à clientela com vários anos de internamento, pagos com verba de reorientação das autorizações de internações hospitalares, todas vinculadas ao acompanhamento dos contemplados pelos CAPS.

Em 2002, a Câmara de Vereadores do Recife aprovou a Lei nº. 16 782 que “assegura ajuda financeira para reintegração social de pessoas carentes, portadoras de transtorno mental, com um ano ou mais de permanência institucional em um hospital psiquiátrico” (RECIFE, 2002b, p. 1).

No Recife (2002a), a Prefeitura da cidade, através da Secretaria de Saúde Municipal, implantou o Projeto Rehabitar, hoje denominado Programa Rehabitar, entendido como um programa de reabilitação assistida.

O Projeto Reabilitar tem como objetivo geral “superar a dependência institucional através da reinserção social da clientela alvo, estimulando a vida autônoma com rede social comunitária e garantia dos direitos de cidadania” (RECIFE, 2002a, p. 3).

Para tanto, tem a intenção de (RECIFE, 2002a, p. 3):

- Desenvolver habilidades e potencialidades que favoreçam a conquista da autonomia e a retomada da vida em comunidade;
- Criar mecanismos de engajamento social levando as pessoas à descoberta de um novo projeto de vida por meio da conscientização e suas possibilidades de mudança;
- Promover o conhecimento e a utilização dos recursos comunitários para o atendimento às necessidades de cada indivíduo, favorecendo a adaptação das pessoas a uma nova estrutura de vida;
- Desenvolver atividades terapêuticas que favoreçam o desenvolvimento da capacidade laborativa, visando à reinserção gradativa no mundo do trabalho;
- Propiciar a convivência comunitária por meio das atividades socioeducativas, tais como: auto-expressão, criatividade, musicalidade, participação comunitária; por meio de tarefas e situações relacionadas a essas práticas.

Apresentado o marco teórico que serviu de guia às reflexões acerca do Serviço de Residências Terapêuticas, cumpre explicar a maneira pela qual ocorreu o processo de coleta e análise dos dados.

Fundamentalmente, buscou-se identificar em que aspectos os SRT do município do Recife reproduzem o modelo asilar psiquiátrico e a existência de pontos de ruptura teórico-prático com este modelo, no que diz respeito aos processos de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, exercício da autonomia e do poder de contratualidade dos moradores.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

*Nada poderia aparecer (a palavra aparência não faz sentido)
Se não existissem receptores de aparências, criaturas vivas
capazes de conhecer, reconhecer e reagir (em imaginação ou
desejo, aprovação ou reprovação, culpa ou prazer) não
apenas ao que está aí, mas ao que para elas aparece e que é
destinado a sua percepção.*

(HEIDEGGER, 1972)

3.1 O estudo

O presente estudo foi do tipo qualitativo, empregando dois métodos: o método fenomenológico com análise da narrativa de 10 sujeitos, membros da equipe cuidadora¹ de moradores de três Residências Terapêuticas, do Distrito Sanitário II da cidade de Recife, bem como da equipe gerencial; no período de novembro de 2008 a janeiro de 2009, e etnográfico, pela observação de campo.

Para melhor caracterização do tipo de estudo, é necessário o detalhamento do referencial epistemológico, para explicar o porquê adotaram-se a perspectiva fenomenológica da existência humana e o recurso da narrativa como guias de coleta e análise dos dados.

3.1.1 Referencial epistemológico

Começaremos esclarecendo o que vem a ser essa perspectiva fenomenológica da existência humana, tomando por base Critelli (1996).

¹ Equipe cuidadora refere-se ao grupo de profissionais envolvidos com as RT composta por TR e cuidadores.

Para Critelli (1996), a fenomenologia é uma visão abrangente de mundo, um outro modo de se compreender a existência, que se põe ou se oferece como possibilidade de estruturar os modos ônticos concretos de pensar e ser de uma civilização. Assim, a fenomenologia abre-se como uma nova vertente possível, sobre a qual e desde a qual os conhecimentos dos homens e seus modos de ser-no-mundo podem se reconstituir. A fenomenologia terá, certamente, várias maneiras de permitir, concreta e operacionalmente, a aproximação e a interpretação do real. Serão diversas e diferenciadas *articulações metodológicas*, sempre desenvolvidas num acordo com a questão e o fenômeno que provocarem o querer saber a seu respeito.

As articulações metodológicas emergentes da fenomenologia têm em comum: a interpretação de que o *ser* não é a identidade lógico-conceitual do que quer que seja, mas *uma condição ontológica do ente homem*; uma condição na qual a vida lhe foi dada e da qual ele tem que dar conta até o seu morrer (como indivíduo e espécie) (CRITELLI, 1996). Assim,

Ser¹ é, então, o poder de manifestação peculiar ao homem, em diversos modos. Ser não é a idéia, a representação da universalidade das qualidades genéricas e específicas dos entes², nas quais estes têm sua possibilidade de ser garantida pela abstração, inclusive de sua singularidade (CRITELLI, 1996, p. 130).

Na investigação fenomenológica, é importante chamar a atenção para o interrogador, aquele que vai por intenção lançar-se no conhecimento de algo. O interrogador faz parte do que ele *quer saber e do que ele pode ver*. Ele é elemento constituinte desse *olhar* em que tudo o que é tem sua chance de aparecer, mesmo que como mera testemunha.

O interrogador do real deve dispor a si mesmo como alguém a quem também deve voltar sua interrogação. Esse mesmo real que ele quer conhecer só chega a ser, inclusive, pelo seu *olhar*, o qual, por sua vez, é jamais um olhar dele mesmo, isolado, mas um olhar plural do qual fazem parte todos aqueles com quem ele mesmo é no mundo, como também é um olhar exclusivo, no qual se expõe toda a sua singularidade (CRITELLI, 1996).

¹ *Ser*, na terminologia filosófica, é o que faz um ente seja ele mesmo e não um outro ente qualquer. (CRITELLI, 1996:29).

² *Ente*, na terminologia filosófica, é tudo o que é, o manifesto. (CRITELLI, 1996:29)

Esse olhar do interrogador também deve ser interrogado fenomenologicamente, em busca de seu sentido, portanto, aquilo mesmo que se quer compreender (as escolhas, os modos de cuidar do escolhido e os modos de cuidar dos modos de cuidar envolvidos em acontecimento), também permanece, durante todo o tempo da investigação, sendo a interrogação básica que o interrogador deve fazer a si mesmo no cuidar de sua investigação (CRITELLI, 1996).

O que se manifesta através do investigador acaba sendo aquilo mesmo em busca de que ele se põe a caminho. Através de si mesmo, o que ele vem a saber se autentica, ainda porque o próprio investigador, enquanto interroga o real, está dando conta de ser, dando conta inclusive de ser ele mesmo (própria ou impropriamente).

O objeto de estudo em foco é muito abrangente e requer a identificação de fenômenos emergentes, relacionados ao fenômeno estudado. Por esse motivo, optou-se por usar o método fenomenológico, empregando dois instrumentos: uma entrevista fenomenológica, semi-estruturada (Apêndice A), integrante do método fenomenológico clássico, e um diário de campo, fruto da imersão da pesquisadora no campo da investigação, derivada de sua vivência profissional nas Residências Terapêuticas. Realizou-se a análise fenomenológica das entrevistas e a análise cultural e conjuntural das observações de campo, cruzando-as na discussão dos resultados.

O emprego desses métodos possibilitou que a pesquisadora transpusesse o lugar da neutralidade na ciência sendo o próprio sujeito na coleta de dados, participando e inserindo-se no campo de experiências dos membros da equipe técnica. Essa inserção possibilitou falar a partir da vivência em primeira pessoa, como pesquisadora, de um campo de experiências que foi tornado comum em sua relação pesquisador-equipe técnica, ou seja, permitir acessar, participar e comunicar acerca das experiências vividas, até então exclusivas ao universo privado dos membros da equipe técnica.

Em termos metodológicos, a inserção da pesquisadora na vivência mesma de si com os membros da equipe técnica possibilitou, uma vez liberta dos objetivos traçados e propostos pela Fenomenologia, trazer consigo

confirmações ou refutações de suas hipóteses iniciais, não enquanto racionalizações, mas a experiência de pesquisadora no e com o mundo vivido dos membros da equipe técnica.

Quanto ao emprego do recurso da narrativa, como maneira de possibilitar uma via de acesso ao sentido dessa experiência, parece adequado recorrer às idéias de Walter Benjamin (1985), um importante filósofo do século XX, cuja obra tem como tema central a crítica contundente a certos aspectos da modernidade.

Segundo Benjamin,

[...] a forma como a sociedade se estrutura na atualidade conduz a uma desvalorização da experiência, como algo único e pessoal. A experiência acaba se degradando frente à tendência da modernidade de se relacionar de forma massificada e técnica com o mundo que nos rodeia. Tal contexto conduz ao predomínio da informação, que tem como característica básica a necessidade de uma verificação imediata, ou seja, de ser plausível em seu conteúdo e compreensível 'em si' e "para si" (BENJAMIN, 1985, p. 217).

Assim sendo, o homem moderno acaba impossibilitado de poder interpretar a história, nela se reconhecendo implicado. Dessa forma, a importância da narrativa como experiência tende a desaparecer. Com o declínio da narrativa, as pessoas acabam se afastando do passado e de suas tradições, contribuindo para que o mundo atual seja tão impessoal e destituído de singularidade (BENJAMIN, 1985).

A narrativa, ao contrário da informação, conserva seu poder de promover reflexões e mudanças ao longo do tempo. Ela é produto de uma vida artesanal, comunitária, de uma época da história da humanidade, na qual os homens, por se encontrarem guiados por um outro modo de vivenciar o tempo e o espaço (elementos constituintes do existir humano), sentavam no final do dia, em rodas, contando o que haviam vivido. As histórias transmitiam um certo modo de sentir a vida, de se relacionar com a natureza e de prover os meios para a sua subsistência. Faziam-no de uma maneira muitas vezes sutil, enigmática, na qual os inúmeros sentidos das mensagens eram desvelados a partir do modo como a história e os contos transmitiam ensinamentos. Além

disso, “conselhos” eram sabiamente comunicados por quem, no decorrer dos anos, já havia acumulado experiências de toda uma vida (BENJAMIN, 1985).

Significa dizer que a narrativa também possibilita o resgate da experiência do vivido, bem como da sua compreensão; além de ter a capacidade de nos remeter ao campo da pessoalidade e da propriedade. A possibilidade de trazer no final uma “moral da história” acaba facilitando a permanência viva do relato na memória do ouvinte que, forçosamente, acabará tendendo a transmiti-la a outro.

A narrativa, também denominada “história oral” nos meios acadêmicos, sempre teve um papel fundamental na construção do saber. Cautella (2003, p. 85) exemplifica que: “Heródoto, considerado o pai da história enquanto disciplina, apontava a narrativa como a base para descrever a *verdade* que se via” (grifo nosso). Nas palavras de Morato e Schmidt (1999, p. 127), “Plural e única, a narrativa amalgama a sabedoria e o desconhecido, o refletido e o vivido, o lembrado e o esquecido”.

Considerando a intenção de elaborar uma síntese dos elementos colhidos na presente pesquisa, levando em conta o modo de apreensão destes pela pesquisadora, a utilização do recurso da narrativa, norteadas pela perspectiva fenomenológica se fez necessária, pois, segundo Souza (2001, p. 70):

[...] esta perspectiva nos aproxima do fenômeno, buscando captá-lo e expressá-lo, em resposta àquilo que são e como são verdadeiramente, sendo esta aproximação mobilizada pela inquietação e pelo interesse que em nós o fenômeno evoca e em que e como nos afeta. E somente porque nos sentimos afetados, atiramo-nos na aventura de conhecê-lo, conduzindo-nos a um certo envolvimento, que nos direciona para o fenômeno, olhando-o a partir de dentro dele mesmo, em seu modo de acontecer”.

O caráter qualitativo foi escolhido por permitir a compreensão da efetividade do trabalho de uma equipe técnica no processo de reinserção social e reabilitação de moradores de residências terapêuticas, por meio da observação natural e sem controle, empregando a fenomenologia. Seu caráter subjetivo, exploratório, descritivo, possibilita a obtenção de dados ricos e

profundos, não generalizáveis, para apreensão de um sistema de inter-relações numa realidade holística e dinâmica (FERNÁNDEZ; PÉRTEGAS, 2002).

3.2 Locais do estudo

Os locais de estudo foram três Residências Terapêuticas, situadas nos bairros de Cajueiro, Torreão e Hipódromo, adscritos ao Distrito Sanitário II da Prefeitura da Cidade do Recife. Assim como um CAPS, localizado no bairro do Torreão, na cidade do Recife, e a Coordenação de Saúde Mental, situada na Secretaria de Saúde da Prefeitura da cidade do Recife, no bairro do Recife.

A RT de Cajueiro estava destinada à moradores do sexo feminino, abrigando seis moradoras; A RT do bairro do Torreão, abrigava oito moradores do sexo masculino, enquanto que a RT do bairro do Hipódromo destinava-se a quatro moradores do sexo masculino e quatro moradores do sexo feminino.

Para caracterização das RT, resgataram-se os aspectos administrativos e a rotina ali desenvolvida.

Todas as RT funcionam em casas alugadas pela Prefeitura da Cidade do Recife, arejadas, adequadamente mobiliadas, com eletrodomésticos essenciais, cujo espaço físico consiste em quartos amplos, sala (estar/jantar), cozinha, dependência de serviço, terraço, jardim e quintal. São administradas financeiramente pelos Distritos Sanitários, no que diz respeito ao pagamento de aluguel e taxas de consumo de água, luz, telefonia, assim como é responsável pela manutenção das instalações físicas. Cabem aos moradores as despesas com alimentação.

Cada casa possui seis técnicos de nível médio, denominados cuidadores, que se revezam em regime de plantão, acompanhando os moradores nas tarefas cotidianas e em suas negociações e colaborando na construção do processo de uma autonomia possível. Por função, eles são agentes facilitadores nas ações de reabilitação psicossocial dos moradores.

Para caracterizar as RT como espaço vivencial, a pesquisadora recorreu ao registro do dia-a-dia das RT investigadas, construído a partir das observações realizadas em diário de campo. Observou-se que:

- a) Cada RT tem um morador que se caracteriza e é reconhecido pelos demais moradores como um suporte ou guia, capaz de intermediar seu diálogo com as CRT e os outros moradores, adequando melhor a convivência com as peculiaridades de cada um. Este morador toma para si, diariamente, a responsabilidade de identificar modificações de humor, comportamento, desejos e necessidades dos demais moradores, confortando-os e auxiliando no cuidado geral. Essa responsabilidade esteve expressa na narrativa de Miosótis, moradora da Residência feminina, situada no bairro do Cajueiro:

Miosótis disse que Amor Perfeito parece uma criança, só faz as coisas se mandar. Miosótis disse que de todas, ela própria é mais orientada e não sabia o que é que seria das outras meninas sem ela...

Na Residência Mista II, situada no bairro do Hipódromo, também foi possível identificar a figura do morador responsável, assumido por Lavanda, que veio abrir a porta na chegada da pesquisadora, por ser a moradora com quem ficam as chaves da casa.

Também na Residência Masculina, situada no bairro do Torreão, o diálogo entre uma CRTA e o morador Narciso, sobre a alteração da distribuição de tarefas na casa em virtude do ingresso de novos cuidadores, ainda não devidamente treinados e habituados à rotina, permitiu identificá-lo como a referência na casa.

Narciso me pergunta quando vão chegar os outros cuidadores, os "CRTN", e diz que nesse momento só ele tem cumprido com as tarefas de casa (lavar a louça do café e do jantar), os outros têm deixado para os cuidadores fazerem; *"as coisas estão diferente"*, diz ele. CRTA logo acrescenta que não é pra ser assim, cada um tem uma tarefa, é preciso Narciso dizer para os CRTN que a execução das tarefas dos moradores deve ser feita pelos moradores; não é para os CRTN estarem fazendo.

- b) Em todas as RT, a divisão da responsabilidade pela execução das tarefas de rotina pouco diferia daquela de qualquer residência, embora apresentasse características próprias à condição psíquica dos moradores. Nas visitas às RT, a pesquisadora observou exemplos dessa rotina. Na Residência feminina, Miosótis ofereceu um cafezinho na chegada da pesquisadora à casa e se dividiu entre ficar escutando a reunião e preparar o almoço. Em outra visita, à noite, presenciou Crisântemo lavar pratos do jantar. Na Residência Masculina, encontrou *Flox* varrendo o terraço e foi informada que Copo de Leite era o cozinheiro oficial. Na Residência Mista II, Jasmim era responsável por cuidar do jardim.
- c) Outros aspectos da rotina dos habitantes de uma casa, como ir a médico, embelezar-se, tomar banho, assistir à TV, fazer caminhadas, repousar, sentar-se em cadeira no terraço para passar o tempo, também estavam presentes nas RT, conforme constatado pela pesquisadora. A título de ilustração, são transcritos alguns trechos do diário de campo:

Miosótis retornou da policlínica, e agora resolveu se dar conta da minha presença, me dar atenção. [...]e foi terminar de pintar as unhas.

Após o jantar, Papoula estava no terraço fumando seu cigarro de papel (hábito do hospital), Crisântemo recolheu-se para o quarto (natural de sua rotina), Alecrim estava assistindo TV, Amor-perfeito terminando de se arrumar, e todo mundo sob a responsabilidade de Miosótis.

Carinho de Mãe e Amor Perfeito vão à unidade do Parnamirim, uma vez no mês, cuidar dos pés na loja de quiropodia Dr. Scholl.

Quando chegamos para a visita, Falaenópolis estava dando o seu passeio; para depois ir ao médico, acompanhado de Flax, que se dispôs a acompanhá-lo porque era dia de fazer compras para a casa (dia de feira), oportunidade em que poderia comprar seu lanche.

Margarida, muito afetuosa, foi que deu conta da minha presença. Falou comigo, me acolheu, é uma senhora que apesar da vivência em hospital, tem uma aparência bem cuidada, é uma “vozinha” muito simpática. Falei que ela estava bem no seu robe azul, ela disse que não estava tão arrumada, ainda não tinha tomado seu banho hoje.

3.3 Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram um representante da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde da Prefeitura da cidade do Recife, uma psicóloga com vivência na coordenação do Projeto Reabilitar da Prefeitura da cidade do Recife, quando de sua implantação, três cuidadores, dos quais um foi admitido por concurso público, três técnicas de referência e duas gerentes de CAPS.

Para melhor compreensão da metodologia adotada neste estudo, é importante discriminar o nível de complexidade das categorias funcionais que os sujeitos exerciam à época da pesquisa, que serviu como filtro para a análise das narrativas, delimitando vivências e pertinência das informações.

Da Coordenação de Saúde Mental, buscou-se a história do programa das RT, desde sua implantação até o momento da coleta dos dados, contemplando a contextualização vivencial do processo de inserção de novos funcionários na RT, por meio de concurso público.

Dado que as informações prestadas pelo representante da Coordenação de Saúde Mental restringiam-se a um período de dois anos, impedindo uma visão crítica mais ampla do programa de RT, enquanto processo de reinserção social e autonomia, uma psicóloga, que vivenciara este processo desde sua implantação, foi convidada a participar da pesquisa. Suas informações foram consideradas relevantes, em virtude de sua participação ativa na implantação e coordenação do programa, explicitando os movimentos de transformação do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial de base comunitária. Sua contribuição também se baseou na vivência de conflitos gerados pelo processo de seleção pública para cuidadores.

Na presente pesquisa, o termo cuidar é entendido como um processo e um conjunto de ações com o objetivo de promover a apropriação das RT pelos moradores como casas, no sentido amplo da palavra, e não somente um local de estar, nas quais devem se dar a reinserção social e o exercício da autonomia. Admitiu-se que cuidado em saúde se faz entre, a partir e para pessoas, e que, portanto, não há qualquer tecnologia, por mais potente,

moderna e irresistível que seja, que efetivamente cuide e trate de pessoas. Pessoas cuidam de pessoas

Ao identificar que o cuidar era exercido por duas categorias funcionais, ambas foram incluídas na pesquisa: técnicos de referência (TR) e cuidadores (CRT).

Junto aos TR, buscaram-se informações sobre o funcionamento das RT e as modificações operadas no trabalho dos cuidadores, ao longo do tempo. Um dos TR foi especialmente importante, como sujeito da pesquisa, por ter vivenciado a transformação do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial de base comunitária, assim como os conflitos gerados pelo processo de seleção pública para cuidadores.

Considerando que o processo administrativo, representado por uma seleção pública de cuidadores realizada em 2008, exerceu grande influência sobre cuidadores do programa das RT, criando duas categorias distintas quanto à experiência com pessoas com sofrimento psíquico, a seleção de sujeitos da pesquisa contemplou cuidadores com maior tempo de serviço, designados nesta pesquisa pela sigla CRTA, assim como cuidadores admitidos por concurso público, designados pela sigla CRTN.

Dentre os gerentes de CAPS, incluídos nesta pesquisa, havia um gerente clínico, do qual foram buscadas informações derivadas de sua experiência na supervisão dos TR, como também de sua vivência passada como TR em RT destinada ao sexo feminino. Havia também um gerente operacional, cujas informações contemplaram a explicação da relação administrativa entre CAPS e RT.

3.4 As categorias de análise das narrativas

Duas categorias foram consideradas de interesse: a) a leitura dos sujeitos da pesquisa da dicotomia entre o modelo hospitalocêntrico e o modelo psicossocial de base comunitária; b) a apropriação da reinserção social e da

autonomia dos moradores das RT pelos membros da equipe técnica, dentro do modelo psicossocial de base comunitária.

Considerando que os sujeitos da pesquisa ocupavam funções distintas e detinham conhecimentos próprios dessas funções, a análise das narrativas foi subdividida em categorias de detalhamento. As categorias de detalhamento estão diferenciadas no Quadro 1, no qual se observa que os membros da equipe técnica foram designados por letra do alfabeto, em obediência ao sigilo de identidade dos participantes da pesquisa.

Quadro 1 – Quadro informativo sobre os sujeitos investigados, com informações que permitem caracterização mínima

Categoria de detalhamento	Membros integrantes	Designação
Aspectos institucionais e terapêuticos, cujos informantes foram membros do escalão de decisão	Representante da Coordenação de Saúde Mental, Gerente Clínico, Gerente Operacional, Psicóloga	A, B, C e D
Impacto da seleção de cuidadores por concurso público, na dinâmica assistencial das RT, cujos informantes foram membros do escalão de decisão	Representante da Coordenação de Saúde Mental, Gerente Clínico, Gerente Operacional, Psicóloga	A, B, C e D
Atitudes e relações psicoafetivas	TR, CRTN, CRTA e moradores das RT	E, F e G
Leitura dos membros da equipe técnica do significado das RT enquanto casas dos moradores	CRTN e CRTA	H, I e J

3.5 A coleta e a análise dos dados

Obtida a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (Anexo A) e a autorização da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde da Prefeitura da cidade do Recife (Anexo B), iniciou-se a coleta de dados.

Após agendamento prévio, a pesquisadora manteve contato com cada sujeito da pesquisa, no respectivo local de trabalho, explicando-lhe os objetivos, o método de coleta das informações e tirando suas dúvidas, solicitando sua assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B).

Em ambiente menos ruidoso, procedeu-se à gravação da entrevista, em gravador digital, marca Zenox[®], a qual consistiu em a pesquisadora formular perguntas constantes do protocolo de entrevista e registrar as narrativas, livres de interferência e não necessariamente restritas à pergunta formulada. As entrevistas tiveram a duração média de 50 minutos.

Paralelamente à coleta das narrativas, no mesmo dia ou em outras visitas às RT, a pesquisadora registrou fatos, diálogos, reuniões, vivências e observações pessoais ocorridas nas RT, envolvendo os membros da equipe técnica, moradores e a pesquisadora. Esses registros constituíram o diário de campo.

Baseada no método fenomenológico, que possibilita várias maneiras, concretas e operacionais de aproximação e interpretação do real dos fenômenos que provocaram o querer saber a seu respeito, a pesquisadora buscou compreender a singularidade dos modos de cuidar, levando em conta o distanciamento necessário para permitir a interpretação mais fidedigna das narrativas, porque elas, ao contrário das informações, conservam seu poder de promover reflexões e mudanças ao longo do tempo. No entanto, cruzou a leitura das informações às anotações do diário de campo, buscando tecer uma trama mais firme, para discutir os aspectos objeto desta pesquisa.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, tendo sido aprovado sob número 204493 (Anexo A), em cumprimento ao que determina a Resolução n°. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e da Convenção de Helsinki, atualizada em 2002, em Hong-Kong.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde da Prefeitura da cidade do Recife (Anexo B).

Foram assegurados, a todos os participantes da pesquisa, o direito de desistência da participação em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo, assim como o direito de sigilo de sua identidade em todas as publicações que venham a ser editadas desta pesquisa.

4 RE-SIGNIFICANDO A EXPERIÊNCIA

"Contar experiências é próprio da Experiência de ser-no-mundo. A todo momento, estamos contando e trocando experiências, narrando aventuras".

(SOUZA, 2001, p. 65)

Para discussão dos resultados, foram consideradas as categorias de detalhamento explicitadas na metodologia do estudo em foco, voltadas sempre para as categorias de interesse, ou seja, para a contextualização da dicotomia entre o modelo velho e o novo, correspondendo ao hospitalocêntrico e o psicossocial de base comunitária, respectivamente, e a apropriação da reinserção social e da autonomia pelos membros da equipe técnica, respeitados os níveis de informação que cada sujeito da pesquisa detinha.

4.1 Aspectos institucionais e terapêuticos - impacto da seleção de cuidadores

A discussão dos aspectos institucionais perpassa a história do Programa Reabilitar, porque nas narrativas percebemos claramente a existência de dois períodos, marcados por uma mudança de gestão na Coordenação de Saúde Mental, a qual promoveu movimentação de funcionários.

O membro D, discorrendo sobre as relações entre o CAPS e as RT, afirmou:

"A responsabilidade era das TRs, e tinha uma coordenação para resolver as questões burocráticas, administrativas e supervisão clínica; hoje não se tem mais, e o próprio técnico de referência deixa de trabalhar com a questão clínica para resolver as burocráticas; a parte da escuta, da parte clínica deixa a desejar porque com a

reformulação e retirada de pessoas, e atribuições foram acumuladas pelo CAPS, pela própria técnica de referência”.

Questionada sobre a existência de um responsável pelas residências na Coordenação de Saúde Mental, D afirmou:

“[...] [não havia nada e] ninguém; no nível central, tinha a Coordenação de Saúde Mental como coordenação [...] não se tinha o que era as residências, qual o papel da coordenação das residências, o que seria necessário para se ter uma coordenação funcionando?” (grifo nosso) (transcrição fiel da fala).

O membro B, questionado sobre a relação do CAPS com as RT, afirmou:

“[...] veja, eu defendi, institui, e foi um dos pontos também que eu discordei da nova gestão (a partir de 2007), foi de ela ir acabando com o espaço dos fóruns das residências [...] porque era o lugar onde se reunia todas as TR do município, e se podia discutir sobre as residências, porque assim, se questionava como é que estavam as residências. Será que é para fazer grupos dentro da residência? É pra fazer terapia com os moradores na residência? Deve fazer assembléia dentro da residência? Então, assim, a gente ia ouvindo, discutindo, gerando uma diretriz mais ampla que norteasse o projeto, porque cada casa funcionava a partir da direção da TR; era necessária a criação de diretrizes, e também era um espaço onde se tomava distância, se podia escutar e falar coisas que não dentro das residências. E esse espaço é importante, mas que foi minado com a atual gestão”.

Percebemos que a mudança de gestão trouxe consigo o desconhecimento de atribuições das funções e, mais do que isso, o desconhecimento do objetivo das RT como um dispositivo de

desinstitucionalização, o que parece poder explicar determinações que romperam e desestabilizaram uma sistemática de trabalho com reflexos nos moradores, assim como alteraram procedimentos consensuais com os quais os membros da equipe técnica buscavam soluções.

Essa afirmação encontrou respaldo também na narrativa do membro C, ao informar que:

“A TR ficava com os cuidadores fazendo a escuta, tinha reunião com os cuidadores pra trabalhar o momento tanto a demanda institucional como a demanda dos cuidadores; e as dificuldades que a gente tinha, a gente levava para a coordenação porque assim, como os TR falavam de suas dificuldades, era elaborado um plano de ação junto à coordenação do projeto. Então eram TR bastante trabalhadas. A diferença é que antes a gente cuidava desse cuidador e hoje, não” [referindo-se à mudança de gestão] (grifo nosso)

Prosseguindo na apreciação da continuidade do processo institucional, após a mudança de gestão, o membro C disse:

[...] Eu acho que a gente vinha, pelo menos esse é o meu sentimento, a gente vinha no processo. Hoje, eu acho que a gente está no lugar de volta. Eu vi o projeto num momento bem mastigadinho, sabe? Hoje eu vejo rápido demais, sem muito trabalhar, acho que estamos voltando para o mesmo ponto; eu acho que está acontecendo queima de etapas, é, queimando etapas [...] Acho que [houve uma] parada”. (grifo explicativo nosso)

O processo de apropriação do programa de RT parece pressupor o domínio da proposta do próprio programa, assim, não se pode falar de apropriação das RT baseada no desconhecimento de seus princípios.

Apesar da redução de leitos psiquiátricos, ainda é recorrente a dificuldade de articulação dos diversos recursos / equipamentos no território

para os programas de saúde mental, de uma maneira geral, e de modo particular para os SRT, uma vez que esta articulação faz-se necessária no trabalho de (re) inserção dos moradores.

A articulação dos diversos recursos, em paralelo à vontade política dos gestores, precisa somar-se ao exercício de uma clínica comprometida com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a um processo de transformação cultural dos atores envolvidos, quais sejam, a comunidade/sociedade, os profissionais, os portadores de sofrimento psíquico e suas famílias. O conhecimento e a implementação das noções e conceitos básicos da clínica da atenção psicossocial são determinantes na condução dessa trajetória (GULJOR et al., 2007, p. 18).

Goffman (1999), ao se referir à manutenção de padrões humanitários de tratamento, aponta a eficiência da instituição como um dos problemas a serem vencidos.

A obrigação da equipe dirigente quanto à manutenção de alguns padrões humanitários de tratamento para os pacientes apresenta problemas específicos, mas encontramos outro conjunto de problemas característicos no constante conflito entre padrões humanitários, de um lado, e eficiência da instituição do outro (GOFFMAN, 1999, p.70).

O mesmo fato é reconhecido pelo membro B, ao se referir às angústias da implantação do programa das RT e à mudança de gestão, atribuindo o hiato institucional como emergente do processo partidário e, portanto, da eficiência da instituição.

"[...] eu acho que todo começo sempre tem grandes erros, que a gente depois vai tentando resgatar. Foi a questão da autonomia; na implantação das primeiras residências. [...] Era uma responsabilidade muito grande tirar moradores de uma instituição e ter que dar conta; morador que não tinha onde morar, e que não podia dar nada errado porque existia uma pressão muito grande da gestão também para dar certo. Era a primeira gestão daquele partido, e com um projeto bom, novo, norteado pela Reforma Psiquiátrica, então tinha que dar uma resposta, dar certo, que a gente não podia falhar. Isso é o que eu acho que foi efeito negativo,

efeito negativo é que a gente fez um cordão de isolamento em torno da residência; que o nível de autonomia sofreu um atravessamento; mas isso é natural pra quem faz processo, e a gente foi se dando conta aos pouquinhos, e foi tentando controlar”.

As narrativas analisadas pareceram indicar que, do ponto de vista institucional, os membros responsáveis pela gestão do Programa Reabilitar se percebiam como detentores do próprio programa, perdendo o foco do objetivo principal, que é o morador.

Do ponto de vista institucional, a quebra da continuidade do cuidar e, portanto, do bem-estar dos moradores, é preocupante. Embora o hiato a que os membros da equipe técnica se referiram tenha sido de ordem administrativa, para os moradores, foi um hiato do cuidar, uma parada do processo terapêutico. Há que se reconhecer que a Reforma Psiquiátrica e qualquer programa voltado para SRT deve ser suprapartidário, dada a natureza da própria doença e do doente.

Buscamos compreender o processo histórico que permeava as narrativas, no intuito de resgatar processos institucionais e sua relação com o objetivo primeiro do Programa Reabilitar.

Em relação ao Distrito Sanitário pesquisado, no período de 2001 a 2008, as RT foram aumentando em quantidade e sofrendo mudanças desde a constituição da equipe técnica até o modo de ser operacionalizada.

Até 2006, havia um número maior de profissionais envolvidos no trabalho com as RT e os papéis das diversas instâncias eram mais definidos. A coordenação em nível central do Programa do Reabilitar era responsável pelas questões burocráticas e pela articulação entre Coordenação de Saúde Mental/Distritos/CAPS e pela especificidade do trabalho com as RT. O CAPS assumia a questão burocrática e financeira sob a supervisão do Programa Reabilitar, a assistência aos moradores em momentos de desestabilidade destes, bem como participava do trabalho de sua reinserção social. O Distrito se responsabilizava pela manutenção das casas e pelo pagamento de aluguel e taxas de consumo de água, luz e telefonia.

Em 2006, extinta a Coordenação do Programa Rehabitar, este é integrado à Coordenação de Saúde Mental. O Distrito recebeu nova incumbência de assumir as funções burocráticas. O CAPS afastou-se das RT, tendo em alguns momentos, até mesmo, se isentado de sua responsabilidade, uma vez que a ele foi delegada a responsabilidade de dispensar as medicações psicotrópicas e atender o morador só em momento de crise. Com isso, coube ao TR assumir a função administrativa, além da sua função clínica, passando ainda a articular a relação CAPS/Distrito com as RT.

A alteração administrativa sufocou o TR, privilegiando os aspectos administrativo, burocrático e normativo, o que caracterizou um viés institucional, relegando ao segundo plano a função clínica, que deveria ser sua tarefa principal, em consonância com o objetivo do projeto, qual seja, incentivar a autonomia e a reinserção dos moradores. A tarefa do TR, nos últimos tempos, foi apenas uma: administrar conflitos entre todas as instâncias envolvidas.

Nesse processo histórico institucional administrativo e na análise das narrativas, percebemos que a reinserção social e a autonomia dos moradores foram colocadas em segundo plano.

Mesmo apresentando modos de operar diferenciados em relação ao SRT, os Distritos Sanitários partiam de um mesmo princípio, qual fosse, a compreensão das RT como sendo mais um equipamento que se encontrava sob sua responsabilidade; instituíam ou modificavam as regras, sem considerar muito a quem estavam atingindo. O grau de interferência que ocorria nessa relação era variável e dizia muito como os atores (CAPS, TR, cuidadores, moradores) envolvidos nessa relação se posicionavam. Era uma relação em constante “tensão”.

O morador, pela sua especificidade, apresentava-se nessa relação como elemento que precisava ser levado em conta, informado e trabalhado sobre essas interferências, modificações, portanto as RT não podiam ter sido inseridas no “mesmo pacote” dos outros equipamentos.

Outros aspectos gerenciais foram citados nas narrativas e merecem destaque, dada a cadeia de eventos que desencadeou, com reflexos diretos no cuidar dos moradores.

No período de mudanças administrativas, as tensões entre as instâncias gestoras das RT foram percebidas pelos TR, cuidadores e pelos moradores como uma oportunidade de reivindicações.

Ao mesmo tempo em que o número de moradores foi aumentando e assim também a complexidade do trabalho nas RT, as tensões administrativas cresceram. O processo de seleção de novos cuidadores, que já estava sendo planejado como uma necessidade futura do Programa, foi antecipado pela necessidade do cuidar e não somente, por motivos administrativos.

Essa antecipação gerou processos positivos, mas também conflituosos, se assim se pode chamar.

Um aspecto positivo do concurso de cuidadores foi identificado pelo membro A, como sendo a estabilidade trazida pelo concurso, a qual permitiria o trabalho da questão da independência e da autonomia dos moradores. Era atribuição de um cuidador estimular as pessoas para que elas pudessem ser inseridas na sociedade e se tornassem independentes. Esta questão não era trabalhada pelos CRTA, pois a lógica que se construiu foi de que a reinserção social dos moradores significaria a demissão dos CRTA, mas não dos CRTN, por serem concursados. A situação de instabilidade provocada pela precarização do vínculo gerava o sentimento de insegurança dos cuidadores não concursados (CRTA).

Assim o membro A se expressou:

"[...] A independência e autonomia; e os outros cuidadores nem trabalhavam isso, porque ficava "você tem que depender de mim, pra que eu possa ficar aqui". Eu acho nesse ponto o concurso muito positivo, porque, se a gente está numa residência e luta pela independência e autonomia e se tem uma pessoa que não tem garantia, é muito contraditório".

"[...] gente tinha um tipo de contrato muito precário, muito longe do que a gente queria; um trabalhador que não tinha nenhum estímulo

para trabalhar na residência, e não tinha nenhum estímulo para estimular com quem eles trabalhavam. [Tinham que] ficar todo mês precisando garantir o salário deles e era muito desgastante”.

Referindo-se aos CRTN):

“Ele é concursado; ele não vai ser demitido, não é? Ele pode no máximo mudar de residência, ficar em outro turno; agora essa idéia de que a residência depende de mim não existe. Então o sentido de independência pode ser trabalhado muito mais”. **(grifo explicativo nosso)**

“Agora você tem um cargo, você é cuidadora de uma residência terapêutica, posso me garantir nesse cargo; agora com o cargo, aprovado pela assembleia, vai enriquecer muito o processo da residência terapêutica, porque agora a pessoa que trabalha na residência não vai ganhar de três em três meses o salário, é um cargo; ele fez um concurso, ele tem benefícios, está vinculado ao CAPS, ao Distrito, eu acho uma coisa muito importante, bem mais profunda, mais séria; assim de amadurecer mesmo o trabalho numa residência terapêutica, de crescer mesmo”.

Essa mesma afirmação foi reiterada pelo membro B, afirmando:

Outra coisa muito difícil. Agora teve o concurso, mas na época os cuidadores eram contratados, eles viviam uma contradição que se os moradores melhorassem, eles perderiam o emprego; e essa contradição atravessava diretamente a relação deles com os moradores. Isso nós víamos nos fóruns. Porque nós próprios de alguma forma estimulava isso n os cuidadores.

Das narrativas depreendemos que a estabilidade funcional foi confundida com os objetivos da RT, ou seja, pareceu haver ainda uma ligação mais forte da subsistência, sobrevivência e qualidade de vida do cuidador do que do morador, como verificamos na narrativa que se seguiu do membro A, considerando que o exercício de um cargo concursado pelo cuidador é

segurança para o morador, embora possa romper relações psicoafetivas, cuja solução será fazer com que o morador compreenda que essas perdas são naturais:

"[...] Agora também acho que isso é proteção, o paciente de residência terapêutica tem que saber que isso estar propenso a acontecer em qualquer momento da vida, numa família, numa residência terapêutica. Eu acho que tem que trabalhar com eles que se trata de funcionário público, que ele pode sair, pedir demissão, ir para outro emprego, conseguir outra coisa melhor; eu acho que é importante trabalhar essa saída, esse desmame de vínculo, mas é muito importante tomar cuidado para não estar protegendo. Eu acredito que perder o vínculo com esses novos vai ser mais fácil, eu sei que tem antigos que passaram mais de cinco anos, mas mesmo que esses novos passem cinco anos, com esses cuidadores vai ser diferente, porque ele é concursado, a relação do cuidador é com o cargo". (grifo nosso).

A narrativa denotou ausência de apropriação dos objetivos do programa e um vínculo com o modelo velho de tutela. Embora se deseje que esse vínculo seja rompido, ainda não pareceu haver maturidade dos membros do sistema gestor em assumir essa ruptura, prejudicando assim a reinserção social e a autonomia. O reforço da relação hierárquica que caracteriza a tutela parece que, ao longo do tempo, exigirá ainda mais dedicação por parte dos responsáveis pela reinserção social na demarcação das funções em direção aos reais objetivos das RT.

Na verdade, essas narrativas descortinaram uma dicotomia entre os cuidadores, havendo, de um lado, cuidadores experientes que haviam vivenciado a implantação do programa e os fóruns de discussão para busca de soluções, porém não tinham a formação técnica de que o programa necessitava para atender à complexidade crescente, e, de outro, os cuidadores concursados, com qualificação prévia, mas inexperientes, dificultando as relações psicoafetivas. Havia também um embate entre os TR e os CRTN,

dado que as funções não estavam bem definidas, levando a prejuízo para os moradores, como expressa o membro B:

“O vínculo transferencial do cuidador com o TR é de muito embate, é de competição. O cuidador muitas vezes queria estar no lugar do TR”.

“Eu acho que tudo atravessa a questão da aliança, você tem o atravessamento institucional e você tem o atravessamento, que eu diria da relação transferencial dentro da residência tomando os dois. Faz o estrago do ponto de vista da atuação dentro da residência”.

O estímulo da autonomia e do poder de contratualidade são alguns dos objetivos que devem estar presentes junto ao serviço de RT, pilares onde se assentam o trabalho de Reabilitação Psicossocial.

Segundo Saraceno (2001), a reabilitação seria um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”. Assim sendo,

[...] a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para a sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes (SARACENO, 2001, p. 112).

Em outras palavras, a partir do momento que é permitido ao outro (portador de transtorno psíquico) exercer seu poder de negociação nas diversas esferas de sua vida: afetiva, social e do trabalho, conseqüentemente, abre-se a possibilidade desse outro (portador de transtorno psíquico) caminhar sozinho, recuperar o direito à sua cidadania (ter direitos e deveres), como qualquer um de nós, sendo respeitado na sua diferença.

No entanto, a teoria e a práxis da desinstitucionalização consistem em substancial inversão: o negócio precede o ócio, ou seja, somente a partir do

direito ativo ao exercício de negócio (da troca de oportunidades materiais), o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação. Pode-se definir

[...] a criação e a multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas como o tecido de uma “rede de negociação”, ou seja, as redes de negociação, na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos fracos de uma sociedade (SARACENO, 2001, p. 112).

Apesar de no discurso de todos os atores-participantes estar presente o conceito de autonomia norteado pelas concepções de Saraceno (2001), na prática, o que se pode observar com relação à RT, é que o tipo de Autonomia trabalhado está mais próximo do modelo darwinista, conforme expresso nas três narrativas do membro D.

“Eu acho que autonomia não é sinônimo de fazer tudo que eu quero porque a gente vive em sociedade e não pode fazer tudo que se quer; mas é fazer as coisas de acordo a manter o bom convívio; você ter vontade de fazer determinada coisa e poder ver, é eu poder sair de casa e ir a uma padaria, sem ter ninguém que diga, não, não vai; é eu querer arrumar meu armário da forma que eu quero, é, eu morar na minha casa e poder mudar móvel de lugar e poder; é, eu ter o meu dinheiro, contribuir com as despesas da casa mas ficar também para o meu lanche, para dar um passeio; então eu acho que essa é a autonomia mínima que a gente precisa trabalhar; depois, se a gente conseguisse trabalhar essa autonomia cada um poderia ter a sua casa; existem experiências assim, de pessoas que saíram de residências e passaram a dividir um espaço com outras pessoas; então a gente sabe que precisa trabalhar com esse objetivo, que a autonomia seria seguir a vida sem precisar dessa tutela do município porque dessa forma eles ficam tutelados. A tutela é do município, eles são de responsabilidade do município; a partir do momento que eles estão numa casa, a partir do momento que eles são referenciados a um CAPS, a partir do momento que existe uma coordenação do programa, eles não têm essa autonomia. Por mais que a gente diga que eles têm, não têm; eles vão ter essa autonomia

quando de fato forem donos de si e poder decidir por vontade própria. Hoje vou ficar acordado, sem dormir, hoje vou fumar dez cigarros porque eu quero fumar, hoje vou sair desarrumada porque eu quero, eles não têm. A gente tutela; de uma certa forma é um tipo de tutela, mas é uma visão para mascarar, para suavizar, acho que a gente não deixa de ter esse comportamento; por que quando saem da casa a gente diz que fugiu? Ele saiu, ele está na casa dele e sai na hora que ele quer, e a gente fica enlouquecida quando um desaparece”.

“Bota uma pulserinha no braço, sai identificado de outra forma, onde é que está a autonomia que tanto está se trabalhando para que ela aconteça? E o medo, a responsabilidade que se tem se acontecer alguma coisa? Ora! Se o objetivo do programa é o resgate da autonomia, estão sendo preparados pra isso, por que o medo? Que autonomia é essa vigiada, na mesma casa? É insegurança da gente, enquanto técnico de saúde mental que não está preparada ainda para gerenciar esse tipo de coisa, a gente só fala, mas na prática se tem muito medo, a verdade é essa”.

Assim sendo, o modelo de autonomia presente no programa de reabilitação é aquele darwiniano,

[...] onde é perseguida a capacidade do indivíduo de participar de forma vitoriosa (autonomia) na batalha da sobrevivência; a reabilitação seria o melhoramento dos atributos danificados (incapacidade), a fim de que o sujeito possa estar a par com os outros (SARACENO, 2001, p. 113).

Tal como afirmou o Membro B, não é temerário afirmar que o modelo existente nas RT, à época da pesquisa, era marcadamente tutelar, pelo menos do ponto de vista institucional.

“Quando a gente diz que tem uma responsabilidade, a gente está pecando, a gente está colocando eles no lugar de objeto e não de sujeito; então a gente tem que estar atento a todo esse movimento, que digo romântico, da reforma. A gente tem que trabalhar com esse sistema; e um dos dispositivos para tornar a autonomia seria esse:

tornar a residência cada vez mais autônoma, independente da instituição. Em função da rede, a gente avançou pouco, deixou para consolidar depois, mas rede está muito voltada para a tutela, articula pouco com o social; tem alguns moradores que conseguiram, por exemplo, estudar ou participaram de curso de bijuterias, outros fizeram os vizinhos de amigos, mas a gente, eu acho que a gente trabalhava pouco, entendeu? A gente trabalhava a equipe de um modo geral. O próprio cuidador, trabalhar com isso, a história de se ele se tornar autônomo eu perco o meu emprego, nós, do lugar de coordenação de TR. trabalhamos pouco”.

4.2 Atitudes e relações psicoafetivas dos TR e dos CRT com os moradores das RT

A análise das narrativas dos TR e dos CRT, envolvendo atitudes e relações psicoafetivas com os moradores das RT, buscou a identificação de situações que se caracterizavam como resquícios do modelo tutelar, marcados pela noção de moradores como sujeitos passivos e submissos a regras ditadas pelos membros da equipe técnica, que detinham o poder, bem como situações nas quais se podia identificar reinserção social e autonomia, fosse dos membros, fosse dos moradores.

O cuidado é uma condição que possibilita, produz, mantém, preserva a vida humana que é frágil, fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre os seres. Cuidar não pode ser apenas executar ações que visem a tratar a doença que se instala no indivíduo, ou seja, o cuidador não é somente um técnico especializado que executa um conjunto de ações. O sujeito não se reduz a uma doença ou a uma lesão que lhe causa sofrimento. Cuidar nos remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro.

Neste sentido, nos aproximamos muito da afirmação de Basaglia (2005), de que é necessário colocar a doença mental entre parênteses para que possamos enxergar o sujeito. Ver e ouvir aquele que tem uma história de

vida pessoal, marcada por condições sociais, econômicas e culturais de um dado tempo e lugar. Não é apenas a doença mental que deve ser colocada entre parênteses, mas a doença naquilo que induz e tem como consequência olhares e práticas reducionistas (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude "cuidadora" precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001, p. 71).

Para Goffman (1999), as exigências especiais de trabalho com pessoas estabelecem a rotina diária para a equipe dirigente, que precisa enfrentar a hostilidade e as exigências dos internados e, geralmente, precisa apresentar aos internados a perspectiva racional defendida pela instituição. Por isso, é preciso observar tais perspectivas.

Essa identificação automática do internado não é apenas uma forma de dar nomes, está no centro de um meio básico de controle social: normal x anormal. A equipe dirigente tende à visão médica, opta pela compreensão do paciente como um sujeito passivo, um sujeito submisso às normas. Quando olhavam para o morador, mesmo desejando incentivar sua autonomia, dentro do limite de cada um, os profissionais, na prática, não focavam a pessoa, mas o doente; sua linha de referência era o quadro psicopatológico; era a partir dele que se concluíam o que podia ou era permitido fazer.

Percebemos resquícios dessa necessidade de manter a visão médica no contexto das RT; sempre que se referiam aos moradores utilizavam o discurso médico, descreviam seus progressos bem como suas limitações norteados pelo diagnóstico, uma vez que este reverenciava uma relação de controle legitimado pelo saber psiquiátrico. Todo movimento de cuidadores e equipe do CAPS era realizado de maneira a investir na manutenção desse estado de controle.

O exercício do direito de autonomia pelo morador podia desencadear e desnudar a dicotomia entre a proposta da recuperação psicossocial e a manutenção do modelo tutelar. Ainda não era enxergada a pessoa, mas a doença na forma do modelo médico centrado. Quando acontecia a expressão desse sujeito era algo percebido como uma exceção, fora da norma, precisando ser investigado.

Notamos uma necessidade de manter tudo subordinado às regras, tomando autonomia como sinônimo de cumprimento de regras. Não parecia pertinente questionar o estabelecimento das regras na RT. A indagação era se estas estavam sendo definidas entre eles (moradores) ou vinham da equipe permanente. Por um lado, existia a crença de que as normas eram pactuadas entre moradores e equipe, e pelo outro, principalmente entre CRT, essas normas deviam ter origem na equipe, porque esta era quem tinha condições de avaliar.

Na narrativa do membro H, em que houve o relato da saída de um morador para fazer visita a sua família, percebemos a presença de regra ditada pela equipe.

“Pronto, um fato que aconteceu, assim, que a gente pode citar é o de Copo de Leite [na RT masculina], Vivia dizendo que ia embora, ia fugir, então quis depois que começou a ver seu dinheiro chegar na mão dele. Ele a guardar, ele guarda o dinheiro dele porque ele tem um objetivo, então ele quis ir para a família, e a gente conversou com Gerente do DS e mandou; Eu já tinha tentado telefones e não tinha conseguido a família de jeito nenhum; mas, mesmo assim, eu mandei um telegrama informando que ele ia chegar tal dia, que entrasse em contato; depois que ele estava lá. A família entrou em contato comigo, ele foi muito bem recebido pela família, quiseram que ele inclusive passasse mais tempo do que ele tinha se proposto com a gente, assim, se comprometido e ele não quis ficar. Ligaram, dizendo que compravam o remédio, e tal, aí eu disse não e ele disse não; aí ele veio, até da rodoviária para casa, porque eu tinha dito para ele, que quando chegasse na rodoviária ligasse, mas ele não [ligou]; e assim, todo medo que a gente teve, foi muito bom tanto

pra gente como pra ele. Então, ele foi de novo no natal, passou mais dias até o ano novo, e quando voltou ele disse que não quer morar com a família, ele vai continuar na residência, e que vai guardar o dinheiro dele porque ele quer comprar a sua casa. Então um dia ele vai sair da residência, mas para o cantinho dele. Agora disse que de vez em quando vai querer ir visitá-los, a família é só para visita, não para morar com a família” (grifo explicativo nosso).

O sentimento de responsabilidade da instituição pelos atos do morador esteve permeado de uma tentativa de tutela, à qual o morador não aceitou, com uma forma de exercício da autonomia, ao tomar a decisão de retornar sozinho da rodoviária para a casa, contrariando a ordem do TR.

Paralelamente às vivências de autonomia, em outra narrativa, a do Membro E (CRTA) se observaram resquícios do modelo hospitalocêntrico na imposição de uma rotina que se adequava ao cuidador e não ao morador.

“Agora elas ficam com essa chave; a gente guardava os mantimentos a chave e deixava o de usar fora, num armário aberto, de fácil acesso; a gente colocava uma quantidade disponível, porque se comia tudo de uma vez, se deixasse Papoula comia o açúcar todo de uma vez”.

Notamos a necessidade do retorno a uma relação de dependência, indicada pela contradição entre o que era defendido e o que era feito, numa prática em que ora as situações eram pactuadas, ora não eram. Percebemos a facilidade de ingresso na RT e igual facilidade com que as decisões eram tomadas adotando a máxima “vai ser assim, porque vai ser melhor para mim”, significando que o melhor para mim referia-se à equipe e ao Distrito, sem levar em conta o morador e o seu momento.

Quando você falou sobre a pergunta “o hospital mudou apenas de lugar?” Eu acho que tudo depende do momento, se você traz como uma construção compartilhada, por exemplo, a gente pactuar junto, olha eu sou alérgica ao cigarro, eu não posso fumar dentro de casa, e a gente vai trabalhando, é dizer o porquê, o sentido; a questão é

quando a coisa é verticalizada, quando “é goela abaixo”, sem nenhuma construção; mas a partir do momento que a coisa é construída, se faz uma reflexão, eu acho que é diferente. [...] Eu acho que isso tem a ver com as pessoas porque antes tudo ficava pactuado, está entendendo? Tal hora, tal dia vai ter uma visita de X ali, Y quer vir aqui, vocês aceitam? O pintor vem para pintar aqui a casa, sabe? Então tudo isso era visto para não causar o efeito surpresa; a questão da alimentação, a gente fazia questão que eles fossem ao supermercado; lembro que existia uma norma que veio para comprar os fardos de alimentos, tudo igualzinho e chegasse e deixassem nas casas, e aí gente parou pra refletir pra quem esta norma estaria trazendo benefício, isso foi revertido, porque queriam fazer das residências como qualquer outro serviço. [...] Isso não é trabalhar a autonomia” (MEMBRO C).

Era um desafio para a proposta dos SRT trabalhar uma relação diferente da que foi estabelecida e vivida no hospital psiquiátrico, uma relação que permitia a expressão desses sujeitos com seus desejos, tal como referido pelo membro I:

“Primeiro, é elas expressarem o desejo; assim, isso é uma dificuldade minha, de na casa não estar trabalhando isso. Falta um certo trabalho continuado com as casas, nesse sentido, de se trabalhar o desejo. O que seria isso? Que se desperte o desejo nelas; o que vai fazer a diferença nesse trabalho é o momento que elas desejarem, o desejo de ... ser desejante”.

A manifestação do desejo parece estar ligada aos modos de vínculo de dependência e independência, que são estabelecidos na relação com os moradores, serão os facilitadores ou dificultadores na construção de autonomia destes. Na prática, o trabalho nas RT tem na sua base algo relacionado com o vínculo que é estabelecido entre o morador e a equipe, algo ligado a confiança, como se percebe bem definido pelo Membro F (CRTA):

“Afeto, a gente é aquela luz que vai guiando eles, até eles saberem o caminho de voltar; a gente não faz o caminho por eles”.

Na narrativa do Membro G (CRTA), percebemos, com riqueza de detalhes, que o olhar dos cuidadores continuava guiado pelo modelo anterior, embora também apresentasse crença no modelo atual, ao se referir ao trabalho que era realizado pela equipe nas RT (objetivo) e a forma como acontecia a transformação dos moradores na busca da reinserção social e no resgate de sua autonomia.

“ A residência é uma flor no sertão’. O que me fez fazer essa comparação? Porque quando a gente vê aquelas pessoas no hospital, a gente não tem aquela esperança, aquela visão de que será o futuro, você não tem uma visão do futuro, exemplo, elas são assim, elas não vão mudar. O trabalho que a gente faz com eles logo no início aparenta ser muito difícil mesmo, parece que não vai acabar sabe? E eu contei isso porque no sertão as pessoas ficam esperando pela chuva, mas ali não só tem a flor do mandacaru, que é algo muito raro de se ver, e num local que a gente vê, que é seca, mas tem a flor ali bem nutrida, e aí você se pergunta como é que ocorre isso? Porque é impossível, mas com o trabalho de natureza, ela é difícil de dar em terra molhada, e também mostra que naquela terra é possível. Não é porque está destruída, seca, rachada, que passa meses, até ano, ano não, mas meses, e aquela flor ali sem nenhuma gota de água, se eu tirar pra minha casa, para regá-la, mas se eu tirar do chão, prepará-la, nutri-la, vou jogar para residência agora. A mesma coisa é a residência, quando você tira de lá, sai todo mundo desorientado, sem norte. Ao trabalhá-la, acho que um ano, água mole em pedra dura tanto bate até que fura, mas aí você não sabe quanto tempo vai passar, pra você vê brotar. A mesma coisa é a residência, a gente quer trabalhar, a gente quer usar o que aprendeu em capacitação e quer que venha logo a resposta, mas não é assim, a gente tem que adubar, a gente tem que regar, mas ainda falta muita coisa, a gente trabalha no improviso, pra gente chegar até a autonomia depois que está

pronto”.

Merece destaque a referência que a CRT fez à capacitação, sinalizando para o aumento de complexidade do trabalho e a forma como novos conhecimentos a auxiliaram na resolução dos desafios apresentados.

As práticas desenvolvidas estão promovendo novas institucionalizações, porém, com a adoção de práticas distintas das características totalizantes que uma instituição pode ter, como é apontado por Goffman (1999). Essas novas práticas fazem uso da potencialidade instituinte que uma instituição pode ter (LOURAU, 2004), através de novos processos que promovem um rompimento com a cristalização de práticas segregadoras e excludentes.

Ao fazer a pergunta: “Você acha que o hospital mudou apenas de lugar?” aos informantes, ainda que resquícios do antigo modelo se mostrassem presentes, identificamos que os equipamentos substitutivos eram uma realidade, da qual não se voltará atrás. No entanto, em um mesmo Distrito, identificamos RT que alcançaram o objetivo do programa, ao mesmo tempo em que existiam RT, onde aconteceu apenas transposição. O hospital não mudou de lugar, melhor dizendo, ele mudou de lugar, porque agora são RT, mas não se mudou de modelo: estavam mais humanizados, mas os vínculos institucionais (de um modelo anterior) permaneceram arraigados e não houve a reinserção.

“A residência como equipamento de reinserção? Eu acho que ainda precisa se avançar para isso. Acho que com o tempo pode ser, mas no momento ainda não é. Olhe, eu vi, antes era, eu vi muito, os meus olhos testemunharam isso, cada um no seu tempo: uma Alecrim chegar a estudar e participar de atividades na escola; Carinho de Mãe ir ao show de Reginaldo Rossi, Papoula estar hoje em padaria comprando sem fugir, então cada um faz as suas coisas dentro das suas limitações, interagindo com a comunidade numa boa, acho que esse objetivo foi atingido [...] Acho que apenas se teve uma transferência do hospital para as casas [...] a gente está

saindo de um paradigma, mas não se rompe completamente com um paradigma anterior, não é? Não é só um trabalho com as residências, é com o CAPS, é um trabalho maior. Para mim, autonomia é ele, o morador, dentro do tempo dele e das possibilidades dele, ele pode atualizar isso; a gente conseguindo isso, se chega à reinserção, a sua autonomia e, conseqüentemente, a sua cidadania, de uma forma satisfatória, aí é se ter qualidade de vida" (MEMBRO C).

Um fator para o qual se precisa estar atento é o lugar que o morador ocupa no projeto, como a equipe olha esse morador - como sujeito ou como objeto? A forma como se percebe esse morador irá determinar o incentivo e/ou não incentivo desta autonomia e reinserção social.

Um fator que apontava para a reprodução de um modelo hospitalocêntrico, mesmo estando já numa RT, era a forma como acontecia a integração desses moradores no interior/exterior da casa; como se dava a interação entre eles, entre eles e a rotina da casa, entre eles e a equipe de profissionais (técnico de referência, cuidadores, equipe do CAPS, profissionais do DS) que passaram a fazer parte de suas vidas. Muitas das formas de interação desses moradores, captadas durante o trabalho de campo, tanto nos fragmentos de fala como nas observações realizadas em loco, apontaram para um agregado de pessoas que conviviam juntas. A existência de vínculos afetivos, de confiança, solidariedade, companheirismo entre eles, e entre eles e equipe de profissionais, nas diversas instâncias (RT, CAPS, DS), ainda eram incipientes.

O propósito de fazer do SRT um dispositivo de desinstitucionalização exige, assim, a consideração do cotidiano. A partir da tematização deste "lugar" onde a vida acontece, acessaremos tanto a vida institucional e o cuidado ali oferecido, quanto a experiência desses sujeitos nas redes que os constituem e dais quais eles se valem para sustentar a sua existência.

A idéia de cotidiano (DELGADO; LEAL, 2007), adotada neste estudo, é de espaço mesmo de vida, ou seja, a instância onde ocorre o entrelaçamento

ou a colisão de estruturas socioculturais mais ou menos instáveis e enraizadas com o indeterminado da dimensão subjetiva.

A relação da RT com seu entorno poderia ser compreendida como uma relação que ora apontava para atitudes tutelares, ora para atitudes que estimulavam uma autonomia do tipo dependente (SARACENO, 2001), ainda bem distante da que era defendida pelo movimento da reforma psiquiátrica, qual seja, a de estimular o poder contratual desses moradores. O que ocorria era um assistencialismo, embora o tempo todo se buscasse uma relação mais autônoma. A inserção na comunidade era limitada pelo “cinturão de cuidado” construído pela equipe no entorno da RT, tendo como focos da responsabilidade os TR e a equipe de cuidadores.

Observamos, na narrativa do Membro J, tanto o exercício da convivência com a comunidade e certa liberdade de ir e vir, quanto a relação de dependência, representando o cinturão de segurança referido.

“Vão ao shopping; fazem várias coisas assim, vão para festinhas como Alecrim, Qualquer coisa que façam, lembram de Alecrim; elas tem uma sintonia muito grande com a lojinha, com a padaria. Se elas forem ao mercadinho e disserem: eu vim buscar tal coisa depois a cuidadora paga, eles mandam com tranqüillidade”.

Ao conferir complexidade à questão da autonomia, pretendemos refletir, em um sentido mais amplo, o seu valor de processo. Para Castoriadis (1982), a autonomia será sempre incompleta, pois encontra em outros indivíduos e nas circunstâncias materiais da vida exigências sempre renovadas, imprevisíveis ou intencionais, fazendo com que, no mundo social, só possamos exercê-la em quotas. A noção de quotas serve bem ao trabalho de reabilitação psicossocial, uma vez que permite relativizar, sem desconsiderar ou subestimar, o valor das habilidades individuais no trato com a autonomia e, ainda, o modo de subjetivação, a diferença que a experiência da loucura pode demarcar em relação ao laço social, o que certamente não dispensa o investimento contínuo para uma melhor apropriação dos recursos importantes à sociabilidade, inclusive aqueles a serem criados.

Quase nem é preciso lembrar que a idéia de autonomia e a de responsabilidade de cada um por sua vida pode facilmente

tornar-se mistificações se as separamos do contexto social e se as estabelecemos como respostas que bastam a si mesmas (CASTORIADIS, 1982, p. 131).

Se a análise das RT quanto à autonomia fosse feita com base na narrativa do membro I (CRTN), seria preciso incluir um novo elemento, não desejável, mas real, impedindo seu exercício por parte do morador, que estivesse preso ao modelo hospitalocêntrico. A questão da medicação foi apontada como um instrumento mantenedor da dependência dos moradores e comparada a uma camisa de força.

"[...] eu percebo que existe uma coisa chamada medicação, que eu tenho pouco conhecimento de medicação psiquiátrica, mas a gente percebe que dá oito horas da manhã, o pessoal toma café da manhã e volta a dormir de uma maneira profunda. [...] Então como é que a gente vai trabalhar a reabilitação com uma pessoa que não se levanta, que está quimicamente presa numa camisa de força química?" (CRTA I)

No entanto, mesmo considerando o elemento medicação como restritor de autonomia, mormente quando utilizada para acalmar um morador que se exalta em defesa de seus direitos, percebemos oportunidades perdidas por CRT e TR no convívio com os moradores, por supervalorizarem atividades que não estavam relacionadas à reinserção social ou à autonomia. Pareceram mais ligadas ao despreparo desses profissionais em relação à potencialidade dos moradores, provavelmente por serem portadores de transtornos mentais.

"No hospital não tem esse acompanhamento, e na residência tem acompanhamento médico, de tudo; faz um tratamento bucal, faz um exame de mama, se precisar faz uma radiologia, vai ao cardiologista, se ela quiser fazer pode ir a uma nutricionista, porque eles precisam porque quando saem do hospital saem carregados de problemas; se é hipertenso a gente descobre; é uma mudança que você percebe por fora, no hospital não acontece essa revisão; e na residência você tem a oportunidade fazer um raio X, de fazer um

checkup duas vezes ao ano, e ter a disponibilidade de qualquer outro especialista; tem a possibilidade de escolha”;

“Eu acho que mudou alguma coisa, de você estar dentro do hospital e de você estar numa casa, mas algo ainda está preservado porque está dentro delas mesmo. Pra você vê, para saírem de casa mesmo é muito difícil, e, assim, muita coisa mudou mesmo; Miosótis mesmo, a cuidadora nova, incentivou que ela fizesse um bolo, mostrou receita, fez junto, coisa que ela não faria no hospital, e depois eu fiz questão de experimentar e dizer que estava muito bom; é muito bom ela está na cozinha dela, fazer um bolo, mesmo que por sugestão do cuidador, mas dela pegar essa sugestão, escolher os ingredientes e fazer, ao mesmo tempo ela poderia ter escolhido não fazer; e outras coisas que acontecem lá, que não consigo me lembrar agora que me fazem refletir “meu Deus, no hospital elas não teriam a chance de fazer isso”; é em parte está sendo atendido, essa coisa do resgate da cidadania” (MEMBRO G).

Estar fora do manicômio, alargando as possibilidades de viver, deve ser uma escolha de cada um, e não uma prescrição seriada. Sair do manicômio é uma aposta rumo ao inesperado, em que os TR e os CRT se oferecem como parceiros, mediadores dessa trajetória imprevisível. Apostam no laço do trabalho, no vínculo que pode permitir a construção de outros tantos na vida dessas pessoas. Para isso, mantêm sua presença no cotidiano desses sujeitos, recebem uma marca ao serem designados como TR ou CRT. Assim, seu trabalho se dá em um campo de apostas, de se lançar ao inesperado, lidando, a um só tempo, com a *cautela* necessária à lida com “materiais” delicados e com a *audácia* inevitável aos desafios de alta complexidade (desinstitucionalização).

Ser referência é *estar* com esses sujeitos, há pouco ou muitos anos saídos do hospício, descobrindo a que se refere o cuidado com cada um deles e cientes de que a referência não é algo que se dá necessariamente com uma nomeação. Como função, implica riscos e fracassos que serão analisados e

tratados sempre *a posteriori*. Há aí, portanto, uma tensão própria a esse trabalho artesanal, delicado, que não deve ser confundido com algo natural, linear e previsível.

Mesmo assim considerando o trabalho desenvolvido, generalizando o contido na análise das narrativas, podemos afirmar haver um movimento de atitudes e relações psicoafetivas voltadas para o modelo psicossocial de base comunitária, porém as conquistas referentes à reinserção social, à autonomia e ao exercício da cidadania ainda são poucas. Há, por trás do movimento renovador, um aprisionamento ao modelo hospitalocêntrico, contido nos interdiscursos, escondido em pequenos detalhes da RT, conforme foi observado nas visitas. Parece existir um sentimento de impotência a dificultar uma relação psicoafetiva mais sólida, sem comiseração ou excesso de preocupação.

4.3 Casa x serviço – estar ou habitar

No âmbito da política de desinstitucionalização, as razões que definiram os SRT como um serviço do SUS e o instrumento legal que os criou permitem compreender que não se trata de dar casa para quem não tem. Trata-se, isto sim, de instituir uma modalidade de cuidado substitutiva ao leito de longa permanência. Na prática, todo o esforço está em fazer a casa acontecer, sendo esse o principal valor terapêutico.

De fato, a institucionalidade dos SRT deflagra a natureza de sua dupla inscrição: um serviço público de hábitos essencialmente privados (uma casa). A negociação dos limites da intervenção terapêutica, ao que nos parece, não está no usuário ou no técnico, mas, sim, no campo intersubjetivo que se funda na relação de cuidado, o que, nesse caso, convoca ao exercício de papéis diferentes, ainda que sob a mesma função para o trabalhador (de cuidado).

O fato é que, inicialmente, na casa ou na rua, em contextos diferentes, ocorrem duas chamadas especiais: somos convocados a cumprir invariavelmente o papel do terapeuta sob um pedido de tutela (pelos atores da comunidade, em geral) ou convidados a assumir múltiplos papéis, sem que a

função de cuidado se defina claramente (pelas equipes, em geral). Nesse caso, os dois registros operam na construção da prática clínica, o que implica ressignificar o sentido da tutela diante do mandato social de exclusão e definir melhor o que é acompanhamento contínuo na comunidade, para o campo.

Há mesmo quem suponha tratar-se de um trabalho “mais social”, apoiando-se equivocadamente na oposição clínica x reabilitação psicossocial, e não propriamente na especificidade que cada qual comporta. Na lida, apropriamo-nos das especificidades, e não da oposição, porque trabalhamos de modo a recolher do extraclínico o que é clínico, em um esforço de fazê-lo somente quando pertinente, uma vez que há, na experiência do morar, questões que não merecem esse tipo de captura. Trata-se, assim, da tarefa de desinstitucionalizar a própria clínica em alguns aspectos, sem que isso se traduza em um recuo de seu rigor.

Entendemos que o acompanhamento contínuo fora dos limites institucionais de um serviço, ponto de ancoragem de relações identitárias, de estabilidade e de proteção, aponta para uma nova inscrição e subjetivação dos trabalhadores.

É tênue a linha que separa a RT entre a concepção de ser casa e ser serviço. A RT seria uma casa ou um serviço?

“É um serviço, vai ser sempre um serviço, eu acho; porque vai ser sempre público, a não ser que um morador chegue a um nível tal de autonomia e saiam da casa, e use tudo público, e o público vai estar prestando um serviço assim, que ele vai apenas para se tratar, eu acho que é o futuro ideal, mas a gente está muito longe de chegar lá, muito longe; eu acho que pela própria história do morador, uma pessoa que está privado muito tempo em hospital psiquiátrico é difícil que resgate esse nível de autonomia, não é impossível, mas difícil, e esse ideal está muito longe de se alcançar; então essa contradição que as residências são residências e são serviços devem percorrer as residências, e todo mundo tem que aprender a lidar com essa contradição e trabalhar para torná-los cada vez mais autônomos, e as residências se assemelharem mais a residências;

então a gente discutia muito. Se o morador cair e quebrar a perna, vai para um hospital como qualquer cidadão? E isso era muito polêmico, porque as pessoas diziam, não, tem que ser especial porque é morador especial, e isso era motivo de muita discussão, e o foco do que vou dizer agora é que a gente tem uma dívida social que a gente tem que pagar, ou seja, eles foram explorados tanto tempo pelo governo do hospital psiquiátrico que eles agora iam dar atendimento especializado. Eu discordava e dizia: a gente tem também com o favelado, com o homem da esquina, e essa é uma dívida infundável e para pagar uma dívida infundável é uma tarefa impossível e muito mórbida. Eu acho que a gente pode, sempre que conseguir, consultas no ambulatório. É claro que a gente tem uma responsabilidade com os moradores, porque a gente tirou eles de dentro do hospital, mas eles escolheram ir também. Eu entrevistei muitos pacientes, que eles não quiseram sair do hospital e nenhum deles saíram amarrados” (MEMBRO B). (Transcrição literal)

“A idéia é essa, ser uma casa igual às outras, mas inicialmente não pode ser, porque eles estão saindo do hospital; eles precisam de um trabalho maior naquele momento, naquela transição de não fazer nada, para começar a fazer alguma coisa” (MEMBRO F).

Na narrativa que se segue, entretanto, observou-se uma separação nítida, um corte entre serviço e casa, além de estimular um movimento de tutela ao sugerir a oferta de um serviço especializado ambulatorial aos moradores das residências, pré-determinando uma necessidade. Pareceu um contra censo, porque, no segundo momento, o membro D narrou que, para pessoas fora das RT, essa necessidade nasce da própria pessoa, mas para os moradores deveria ser uma **condição** *sine qua non*.

“Eu acho interessante quando as pessoas falam da clínica como se fosse os grupos operativos acontecendo dentro das residências. Eu acho interessante, porque a gente não fica esperando na casa da gente que venha uma pessoa fazer isso, dá uma ajuda. Eu acho que

tem que criar possibilidades de se buscar, porque isso já faz parte da clínica; você se conscientizar da necessidade, de buscar essa ajuda, e não deixar que as pessoas venham dentro da casa pra dizer que eu preciso ser escutada, e falar dessa, e dessa questão. Eu acho que deve ter o grupo operativo, mas não dentro do ambiente casa. Eu acharia importante se a gente tivesse num ambulatório de psicologia, um espaço para os moradores da residência, que tivesse grupos terapêuticos, que a clínica pudesse realmente funcionar enquanto subsidio na socialização, na reestruturação do eu que foi fragmentado, está entendendo? Aí eu acho que a gente teria um avanço qualitativo muito grande; se a gente pudesse implantar nesse ambulatório uma clínica voltada para o morador da residência". (MEMBRO D)

"Onde é minha casa e onde é um espaço de tratamento? Até porque essas pessoas moravam onde eram tratadas, então se a gente trata dentro de casa, a gente vai esta reproduzindo o mesmo modelo, o modelo asilar, onde elas vão ser tratadas dentro de casa e não é o nosso objetivo de reproduzir modelo, mas, sim, trazer de volta a cidadania da pessoa. Se a gente tivesse condições, que a gente sabe que não tem, por conta da demanda que a gente tem, seria necessário pensar na possibilidade de se ter esse espaço de escuta no ambulatório, sistematizado, com compromisso, com contrato de grupo, está entendendo?" (MEMBRO D).

Nesse sentido, a saúde mental tem muito a nos ensinar, uma vez que nesse campo, a relação entre as pessoas sempre foi a chave-mestra do tratamento; talvez tenha sido mesmo sorte dispor-se, ao menos até bem recentemente, de muita pouca tecnologia de ponta nessa clínica, pois só restava mesmo atuar com o que se dispunha: alguns medicamentos, pouquíssimos exames efetivos e a relação com os nossos pacientes.

Assim, tem-se percebido que, após a implantação dos chamados "novos serviços" em saúde mental – referimo-nos aqui, em particular, aos SRT,

existe o risco de acreditar que apenas a existência oficial desse serviço, ou seja, a sua criação em decorrência de Portarias do Ministério da Saúde, é suficiente para garantir clínica e tratamento para os que ali se inscreveram como pacientes.

Em vez disso, esse é apenas o primeiro passo, pois a construção do serviço é muito mais do que um nome ou uma determinada forma de financiamento. A implantação do “novo serviço” não pode dispensar esse precioso ensinamento, qual seja, o de que a implantação do serviço, a sua estrutura de funcionamento não garantem o que se passa dentro dele, retornando-se aqui a idéia da relação com os nossos pacientes.

Muito se tem produzido em termos da chamada relação terapêutica, mas o assunto se torna complexo quando se pensa o que seria um Serviço de Residência Terapêutica. Casa ou serviço? Se for uma casa, por que pensar em termos de terapêutica? Em nossas casas, não consideramos nossas relações com nossos parentes em termos de terapêutica, apenas vivemos e nos relacionamos com as pessoas que coabitam conosco. Se for uma casa, por que falar em termos de uma “equipe” responsável por essa casa? Por acaso, temos “equipes” em nossas casas, além das pessoas que fazem a estrutura da casa funcionar? Assim, se pensarmos em termos de casa, tal qual nós a conhecemos e entendemos, adentraremos em um mar de contradições do qual será difícil sair.

Ao mesmo tempo, se pensarmos exclusivamente em termos de um serviço, por que nos daríamos ao trabalho de implantar casas, com todas as dificuldades que isso representa, ao menos nos grandes centros: alugarmos casas por meio do serviço público, equipando-as e mantendo-as em funcionamento; deslocarmos profissionais que fazem falta na instituição, para se ocuparem delas, fragmentarmos esforços e energias?

Desse modo, tem-se de manter a contradição casa/serviço viva, sem cair na tentação de resolvê-la. Trabalhar exatamente na tensão da contradição, sem escamoteá-la, o que seria impossível, mas tentando explorar ao máximo suas diversas vertentes.

Uma dessas vertentes traz embutida uma das questões centrais que emergem do enorme esforço que é a implantação de um Serviço Residencial Terapêutico: que diferença haveria entre um espaço institucional em que muitos dos futuros ou já moradores dos novos SRT se encontram asilados há anos e o novo espaço residencial que habitarão? O que construiria (e garantiria) essa diferença?

A chave para a resposta à primeira pergunta, e que consideramos central na discussão a respeito dos SRT, encontra-se em dois termos. O primeiro diz respeito à qualidade da relação que se estabelece nesse espaço, ao passo que o segundo se refere ao grau de poder que é dado ao sujeito para gerir e tomar decisões sobre esse mesmo espaço – o que não se faz sem enormes dificuldades, uma vez que a tendência inicial desses sujeitos, dados os anos de hospício e algumas das características da própria psicose, é não quererem decidir nada, não quererem se responsabilizar sobre nada, não quererem fazer nada.

O primeiro termo também não é menos difícil, pois de que relação se fala em um SRT? A vida em uma casa e a vida na cidade são constituídas de relações. São as relações que constroem a vida e não o contrário.

Uma possível resposta à pergunta do porquê nossos hospitais de pacientes internados em surto, portanto em crise aguda, estão cada vez mais cheios de pacientes de longa permanência, diríamos que isso se dá porque ninguém efetivamente presenteia o paciente psicótico com a disposição de acolhê-lo, isto é, a ocupar esse lugar de primeiro elo entre ele e o laço social.

Não é tanto a gravidade sintomatológica dos casos que decide a permanência desses pacientes no hospício ou o seu retorno para suas famílias e comunidades. É muito mais a qualidade de vínculo que existe entre os familiares e tais pacientes, ou seja, a qualidade ou espessura do tecido social existente. Ora, essa também é uma tarefa nossa: favorecer que esse tecido social se adense, sobretudo, para aqueles que permanecerão em STR e que necessitarão de laços para se manterem nesses serviços de forma não “manicomial”.

“Eu acho que sim; eu acho que residência terapêutica, eu consigo

vê-la como uma faca de dois gumes: a residência pode ser um momento, sim, de transição: paciente, depois de quinze anos internado, ir para uma residência, se consolidar, criar uma independência e caminhar sozinho, pode sim, e é assim; ou também não tem muito mais o que fazer e vai permanecer lá. Eu acho que é uma faca de dois gumes: pode ter pacientes que não vão viver esse momento de transição, como tem pacientes que já saiu. É, eu tenho muito cuidado, com histórias assim “a família não quer”, a família tem a idéia dele em crise, a família tem a idéia dele bulindo na casa, acha que ele vai dar muito trabalho. Por que não levar para a residência [SRT]? cria a independência dele e ele volta pra casa. Tem que se ter muito cuidado, porque se a família não quer, ele nunca mais vai tirar da residência terapêutica, certo? É uma faca de dois gumes, se a família vê que ele está bem, está numa casa, aí é que não vai saber mesmo” (MEMBRO A).

Aqui, todavia, há um problema. Será que cabe a nós profissionais da saúde oferecer-nos como “tecido social” para nossos pacientes? É conosco que eles se relacionarão ao passarem dos hospícios para os SRT?

É fundamental trabalhar também com os familiares e os amigos desses pacientes, pois o sentido de ter uma casa, habitar uma casa, passa pelas relações que pudemos construir. Um SRT não é um hospital e, mesmo nos hospitais, as famílias deveriam participar muito mais dos tratamentos dos seus familiares do que o fazem. A responsabilidade e a relação, portanto, devem envolver também a família, a comunidade do entorno e não apenas a equipe da RT.

Para isso, há que se fazer um trabalho, que, em princípio, não é simples, pois, em geral, a família está afastada há anos, delegou a responsabilidade do cuidado de seu familiar à equipe técnica da RT e não pediu para retomá-lo. Nós é que a convocamos de volta. A narrativa do Membro A historia a dificuldade de alimentar a relação da família do portador

de transtorno mental com ele e com o processo terapêutico, mesmo lhe informando da disponibilidade de um serviço próprio.

“Teve, teve logo no início, teve um paciente, teve outros também, mas esse do DS III, saiu do hospital, e ele não disse nada, e o hospital falou que ele não recebia nenhuma visita familiar; e aí ele foi passar muito tempo na residência terapêutica. Na residência terapêutica, um dia, ele lembrou do nome dele, ele quis dizer o nome dele, porque no hospital ele estava como ignorado; e aí ele lembrou do nome dele, falou pra TR: ‘Minha família mora em tal município’. Aí, se ligou para o município, se anunciou na rádio e conseguiu localizar a família. A família imaginava que ele tinha morrido, e tal, aí, ele disse que queria visitar a mãe, que era em outro município. Pegou um ônibus, passou o final de semana e voltou pra residência. Depois de uns meses, chegou e disse: ‘Olha eu não quero ficar aqui mais não, quero ir morar no município da minha mãe’. Foi para o município da mãe, ficou um tempo bem e depois teve umas discussões com a família dele e voltou a se internar lá mesmo no município; e a família ligou pra gente dizendo: ‘Não tinha condições mesmo não dele ficar com a gente, tal, tal, tal’. E foi muito discutido isso, será que tem como voltar? Aí foi uma confusão, uns achavam que era um retrocesso, porque ele tinha conseguido, e agora ele volta, a família não quer mais ele e aí eu sei que ele não voltou para residência, conseguiram um quatinho pra ele lá e ele está lá até hoje”.

Saraceno (2001) afirma que, para a autonomia ser trabalhada, é preciso aumentar a capacidade contratual do paciente e um dos eixos que permite a construção dessa capacidade contratual é o morar. Um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual é representado pelo quanto o próprio ‘estar’ em qualquer lugar se torna um ‘habitar’ esse lugar.

O estar refere-se a uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que, no dito espaço, não tem poder decisional, material e simbólico.

Na observação de campo realizada nas RT, foi possível constatar o anonimato do espaço, caracterizado por um ambiente no qual apenas um rádio tocando baixinho e alguns porta-retratos a um canto da sala sugeriam a presença de pessoas. Apesar dessa primeira impressão, encontrava-se uma “vozinha” precisando de alguém que se disponibilizasse a conversar, um jovem que ao primeiro estímulo levantou-se, mas como foi apenas uma voz, retornou ao que estava fazendo: nada! Esse anonimato e essa inércia chamaram mais a atenção, porque só ocorria em uma RT, destoante das demais.

A constatação pareceu refletir a quebra da continuidade do cuidado derivado da mudança de gestão, mas também indicou que uma mesma proposta, instrumentalizada em espaços distintos, tenderá a ter características distintas a depender da forma como os TR e os CRT se apropriaram da proposta de RT.

Diferente do observado em campo,

o habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de “propriedade” (não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, a sua divisão afetiva com os outros (SARACENO, 2001, p. 114).

Conversando com as moradoras das RT do DS II, percebemos que a apropriação da casa ainda era muito incipiente. O que ainda estava sendo privilegiado não era o “habitar”, mas sim o “estar”, uma vez que a maneira como todo aparato de serviços e instituição atrelados a ela, favorecia essa não apropriação; um exemplo disso era a condição de “real administrador” da casa que o Distrito Sanitário ocupava, não permitindo aos moradores ter poder decisional e simbólico.

A narrativa do membro B deixou clara essa dominação do Distrito Sanitário e ainda permitiu que se vislumbrasse o *modus operandi* desse processo.

“Outro ponto que ameaçava muito a questão da autonomia era a imbricação institucional com o Distrito, com a gestão, porque uma determinada época pra consertar uma torneira precisava do funcionário do Distrito, e aí havia pessoas dentro da casa, despreparadas, faziam uso inadequado do tipo: chegava lá e fazia ligação, e n questões. Como quebrar esse vínculo?” (MEMBRO B).

O Manicômio é o lugar por excelência onde é negado o habitar e afirmado o estar. Tudo isso explica porque a questão da Psiquiatria é caracterizada pela idéia contínua e obsessiva da residência dos doentes, todavia o manicômio consistia em uma residência coagida, controlada, expropriadora. Dessa forma, sair do manicômio representava um percurso através de graus diversos de proteção e residencialidade, até a residência autônoma ou o reentrar na própria casa originária.

Certamente é verdade que a casa foi e é o eixo central da questão da Psiquiatria: a história da Psiquiatria é uma história de “casas”, mais ou menos fechadas, mais ou menos isoladas, mais ou menos vigiadas.

Neste sentido, é natural e inevitável que a ênfase seja sempre dada à noção do estar mais do que àquela do habitar. É preciso encontrar casa alternativa ao manicômio, aos internados do manicômio. É preciso inventar casa para estadas breves (centros de crise), casas protegidas (com constante supervisão feita pelo staff), casas para grupos de pacientes, casas para pacientes sozinhos e comunidades-alojamento (SARACENO, 2001, p. 114-115).

Em razão disso, [...] ratifica-se que a reabilitação deve se ocupar da casa e do habitar, isto é, a reabilitação precisa perpassar o aspecto da casa como uma “conquista concreta”, bem como a “ativação de desejos e habilidades ligadas ao habitar” (SARACENO, 2001, p. 114-115).

Em uma das RT, na narrativa do Membro J (CRTN) se pode perceber a conquista da casa por uma das moradoras.

"[...] Miosótis mesmo, a cuidadora nova incentivou que ela fizesse um bolo, mostrou receita, fez junto, coisa que ela não faria no hospital, e depois eu fiz questão de experimentar e dizer que estava muito bom. É muito bom ela está na cozinha dela, fazer um bolo, mesmo que por sugestão do cuidador, mas dela pegar essa sugestão, escolher os ingredientes e fazer".

Saraceno ressalta, contudo, que:

[...] os percursos individuais que acompanham a experiência de aquisição da casa são percursos fundamentais para a reabilitação: o direito não é somente à casa, mas também a sua aquisição como processo de formação de cidadania do paciente (SARACENO, 2001, p. 120).

Para pessoas não portadoras de transtornos mentais, alterações do curso de vida habitualmente não perturbam o habitar, mas, para aqueles em sofrimento mental, pequenas modificações em seu entorno podem ter grandes conseqüências. O fato foi consubstanciado na narrativa do Membro F (CRTA), quando se referiu às conseqüências da substituição de cuidadores do Programa Rehabitar.

"Já se apropriaram; mas agora nesse momento de saída, troca de cuidadores, Lirio star gazer, mesmo estava dizendo que ia embora, 'CRT Antiga, vou embora dessa casa, tenho que procurar outra moradia pra mim'..."

A realidade dos SRT, em Recife, hoje, identificada pelos fragmentos de narrativa, apontou para a reprodução da matriz institucional. A habitação da casa por parte dos moradores ainda nos pareceu incipiente. A habitação estava atrelada ao despertar do desejo nesses moradores, fato importante porque, ao despertar o desejo, pode se falar de existência de sujeitos.

É preciso não só assistir aos moradores com o olhar clínico, no qual estão incluídos os cuidados da vida diária (higiene, alimentação e locomoção), mas, principalmente, estimular sua maior autonomia em relação a aspectos

mais subjetivos do *morar*, como os desejos, as escolhas e a retomada da autoestima.

Olhar com algum estranhamento para os espaços, que se oferecem hoje como única alternativa de moradia, é um exercício necessário para que outras alternativas aconteçam, já que, por si só, o estatuto de morador não garante que tal lugar seja uma casa.

Falar de casa é mais do que falar de um espaço físico diferente do hospital; é falar, sobretudo, dos tipos de relação que o sujeito pode estabelecer com determinado espaço, dizendo respeito a um complexo de experiências cotidianas de apropriação de objetos e espaços, de rotinas subjetivas e de afetos. Nesse sentido, recorre-se à definição de casa que Saraceno oferece:

[...] um complexo de experiências concretas de requalificação-aprendizagem do uso de espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas não institucionais, da capacidade de uso de objetos e oportunidades da vida cotidiana (SARACENO, 2001, p. 117).

Nesse sentido, (re)construir o morar para cada um de nossos pacientes não é uma tarefa simples e não se encerra no oferecimento de uma casa. Além disso, exige o trabalho de recuperar a casa subjetiva de cada um, tarefa que consiste propriamente em refazer histórias de vida. A criação da casa possível implica, antes de tudo, na construção de projetos de vida em que esteja em questão o estar em um hospital psiquiátrico, para que, em um segundo momento, torne-se possível de fato habitar¹ uma casa e isso, entre outras coisas, só se torna possível com a transformação desses espaços.

Como lembra Rotelli (2001), *o "asilo é o lugar de troca zero"* ou, nos termos de Saraceno (2001), *"o deserto onde nada cresce"*. Transformar o manicômio, por meio da reorganização do espaço ou da desinstitucionalização das práticas, é conferir a ele um estatuto de lugar possível em que o sujeito pode morar, ainda que provisoriamente. Como lembra o mesmo Saraceno: "Onde quer que se encontre o paciente, haverá um trabalho de habitar a ser feito junto: tornando habitat uma enfermaria ou um hospital inteiro ou uma casa

¹ Habitar para Saraceno (2001) tem a ver com um grau mais evoluído de se apropriar não somente no sentido material, mas também no de estabelecer uma contratualidade em relação ao espaço.

de alojamento ou um aposento ou, enfim, a própria casa do paciente” (SARACENO, 2001, p. 119).

Na concepção de um cuidador, mudanças já aconteceram que apontaram as RT algo possível de transformar-se; uma vez que temos como idéia de gestão de uma residência, uma dupla acepção, isto é, de gestão como ato de administrar, cuidar, mas, sobretudo, como ato de gestar, amadurecer, desenvolver, criar e permitir processos de vida.

Na narrativa do Membro J (CRTN), houve a referência do resgate do passado de uma das moradoras, por meio da música, o que se constituiu, em última análise, numa permissão de processo de vida.

“[...] eu vi umas fotos dela no Daruê, inclusive ela era magrinha, bem magrinha, não tinha aquela barriga toda, uma foto no Daruê batendo no instrumento, e ela é uma pessoa que o Daruê tem a questão religiosa da umbanda, e ela é uma pessoa que parece que conviveu num ambiente de umbanda, dessa religião, porque ela sabe as cantigas específicas, ela canta bem alto e eu soube de uma cuidadora antiga também que uma vez essa pessoa chegou e ela estava com uma saia enorme, rodando, dizendo que era a pomba gira. Aí, Amor Perfeito tem essa coisa das cantigas e tem essa coisa da religião; e eu sei que o Daruê tem ensaio aberto nos sábados pela manhã. Aí, eu disse ‘Amor Perfeito tu não quer ir lá não, qualquer sábado desse? A gente ir no ensaio?’.”

Habitar a cidade, construir redes sociais e recuperar laços afetivos eram, portanto, metas de trabalho para a equipe envolvida no trabalho com as RT.

O SRT tem, como um dos seus desafios, criar as condições de possibilidade para a invenção de alguma construção que dê lugar ao próprio estabelecimento de laços sociais. A especificidade desse dispositivo residencial de modo algum implica na necessidade de uma especialidade da equipe de cuidadores. Ao contrário, Saraceno (2001) radicaliza a proposição de que, quanto menor for o grau de especialidade na lida com os moradores, maior a

possibilidade de surpresa, espanto, e, conseqüentemente, abertura a um espaço de invenção.

Estamos lá não para produzir no lugar deles o que os ajudará a regular seu mundo subjetivo, mas, sim, para ratificar sua descoberta. Para obter a descoberta deles, é preciso, contudo, que um saber de outra ordem esteja ao nosso lado.

Contribuir para que cada morador construa sua casa na casa e possa estabelecer com esse dispositivo uma relação de pertencimento é função da equipe de cuidadores na RT. Isso, que está intrinsecamente relacionado com ajudá-los em uma construção que funcione na organização e regulação de seu mundo subjetivo, é o que possibilitará o estabelecimento e a manutenção dos laços sociais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Esses campos não tardam em florir
já se espera uma boa colheita
e tudo parece seguir
fazendo a vida tão direita
mas e você o que faz ?”
(DJAVAN)*

Penso que este é o momento de comunicar o sentido de toda essa experiência vivenciada durante o percurso da pesquisa – “as novas sementes” que foram produzidas e serão lançadas no terreno do jardim, com a pretensão de originar (quem sabe) novas flores...

Constatou-se a efetividade do modelo psicossocial de base comunitária na RT, entretanto ainda se perceberam resquícios do modelo antigo, hospitalocêntrico, já que os membros da equipe técnica, em suas práticas, se confrontavam com as duas realidades, promovendo uma reflexão sobre suas ações.

Ao longo de todo esse período do Mestrado, imbricado com a vivência profissional, tanto no momento da coleta de dados, como nos momentos em que nos afastávamos e buscávamos na teoria respaldo para nossas inquietações, o termo cuidado surgiu e surge como algo que, de alguma forma, está presente nas ações da equipe junto às RT, ora como algo desejado, algo a ser buscado, ora entre dois outros termos: tutela e autonomia, que postos em discussão parecem bastante desgastados e sem sentido, nesse momento.

Ao propor discutir cuidado no processo da desinstitucionalização, optamos por fazer um recorte voltado para a clientela longamente institucionalizada e que se encontra nos SRT. Neste sentido, partimos da assertiva de Mattos (2004), que aponta para o direito de o sujeito ter acesso ao cuidado de que necessite. Deste modo, passamos a questionar: quais seriam as necessidades de cuidado da clientela aqui abordada? De que forma aferi-la, se não pela construção coletiva de uma certa “noção do que preciso”, que perpassa necessariamente o olhar do outro?

Como interpretar uma demanda, muitas vezes influenciada pelo estigma da loucura que, por séculos, garantiu a manutenção de uma noção hegemônica de exclusão e incapacidade? Ou mesmo considerar, à luz do direito do usuário uma voz expressa que nem sempre pela linguagem verbal do seu autor? (MATTOS, 2004, p. 130)

Outro aspecto explorado diz respeito ao processo de desinstitucionalização, cuja exigência ético-política da Reforma Psiquiátrica aponta para a reconstrução da demanda no corpo social. Adotamos como caracterização ser um processo social complexo, no qual, em última instância, se busca a construção de um novo valor social que permita reinserir portadores de transtornos mentais na sociedade. Deste modo, o foco de intervenção não se restringiu a ações técnicas ou, no campo político, a uma reorganização dos serviços. A desconstrução e a reconstrução de saberes e práticas, preconizadas no conceito de desinstitucionalização, apontam para uma reorientação de valores, ou seja, para a busca de uma transformação ética da sociedade, que subsidie práticas solidárias voltadas para a inclusão social.

Parte-se do pressuposto de que paciente de longa permanência opera um paradoxo no conceito de cuidado. Por um lado, entende-se a instituição/institucionalização como produtora de sujeitos passivos e excluídos do direito de escolhas sobre sua própria existência, sendo a saída do asilamento o primeiro passo do que se denomina a “desinstitucionalização”. Por outro, busca-se, em sua reinserção no território, estabelecer novas redes, as quais, em última instância, poder-se-iam denominar “novas institucionalidades”.

Não foi possível ler no interdiscurso das narrativas a apropriação do Programa por parte da equipe técnica, já que, ao longo de todo o processo, desde a implantação, o modelo hospitalocêntrico esteve imbricado ao modelo psicossocial, determinando mesmo rupturas de cunho administrativo, com conseqüências terapêuticas.

Pode-se dizer que a noção que embasou a demanda, que aqui definimos como tradicional, foi a lógica da Biomedicina. Em outras palavras, a cientificidade sobre a qual se pautaram as noções de saúde e doença apontaram para uma resposta reducionista, ao não considerar os demais

aspectos da existência como determinantes na busca pela melhoria das condições de vida, já que seu alvo esteve direcionado à cura da doença e não ao sujeito.

Destaca-se que, no campo da saúde mental, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, vem-se operando uma transformação não apenas das concepções de saúde-doença, mas uma efetiva ruptura com o paradigma hegemônico na Psiquiatria tradicional. Deste modo, aponta-se para uma mudança do objeto de intervenção, que não é mais reconhecido como a doença, passando a ser considerado o sujeito em seu sofrimento¹.

No presente trabalho, na análise das narrativas e no diário de campo, se pôde identificar que cuidadores antigos e novos, admitidos por concurso, assim como os técnicos de referência, embora na teoria se sentissem mobilizados a realizar um trabalho de reinserção social e autonomia, na prática, ainda se encontravam presos numa relação com os moradores que estimulava dependência, ancorada na tutela.

O trabalho em saúde mental, principalmente num processo de desinstitucionalização, situado na interação do louco com a sociedade civil, é, antes de tudo, em nosso entendimento, a inclusão do louco no mundo coletivo. A desinstitucionalização só tem sentido num mundo público, o que se faz por meio de atividades políticas, no âmbito da fala e do discurso humano, em processo de negociações e argumentações.

No processo de trabalho com a clientela de longa permanência institucional, um rol de necessidades deve ser considerado prioritário para abarcar a complexidade do processo, quais sejam: a intersetorialidade, infraestrutura ofertada, qualificação profissional e articulação com a rede social.

Ao pensarmos a organização de serviços, a questão de infra-estrutura é marcada pela ampliação de recursos materiais e humanos. A equipe de desinstitucionalização, definida como aquela cujos profissionais se dedicam ao acompanhamento estreito da clientela institucionalizada, é reconhecida como ainda insuficiente para abarcar a demanda existente. Da mesma forma, o

¹ Optamos por enfatizar que esta afirmativa não se refere a uma negação da existência dos transtornos mentais. No entanto a visão aqui destacada é que as ações de cuidado passam a considerar o sujeito com todas as questões que permeiam o seu modo de andar a vida.

quantitativo de dispositivos residenciais é compreendido não apenas como uma necessidade, mas como um impasse para o processo.

Para discutir as questões das necessidades em saúde mental, partimos do pressuposto que a clínica, que buscamos, está orientada por dispositivos de cuidado, a saber: o acolhimento, o vínculo, a reconstrução de histórias de vidas, a construção de redes e a intervenção no território. Esse pressuposto nos aponta para uma lógica em que o sujeito em sofrimento é o objeto do cuidado, deslocando a doença do *locus* exclusivo da assistência. Nesta perspectiva, para além de ações voltadas para a medicalização e seu impacto na psicopatologia, é importante ter em vista todas as questões que envolvem o portador de transtornos mentais e sua vida de relações.

A proposta da Residência Terapêutica não avançou muito quanto à questão da autonomia, a atitude percebida, embora ainda pareça ser de tutela, apontou para uma busca do cuidado.

O outro, de quem cuidamos, é vida que se impõe, a nós e ao mundo, mundo social, como cidadão, como um ser com direitos e deveres. Pensamos que essa ética impõe a qualquer trabalho em saúde o viés político que, no caso do louco, a reforma psiquiátrica de tradição basagliana visa a recuperar. O exercício do cuidado numa dimensão relacional, dimensão de negociação, pode operar milagres. No trabalho em saúde, a entrada para a autonomia se dá pelo fazer político, que existe na comunicação entre dois seres livres, embora um deles seja o cuidador e o outro, o que é cuidado. Isto quer dizer que a relação de cuidado, o trabalho, é sempre negociada.

O trabalho técnico, que deveria ser executado pela equipe, necessitaria estar pautado por uma noção abrangente de cuidado, em que a questão de autonomia difundir-se-ia do autocuidado ao exercício dos direitos de cidadania no espaço social. O profissional, assim, adquiriria mais propriamente as funções de um “agenciador” que visaria à emergência de um outro: ele esperaria que o sujeito “se colocasse”, que ele “falasse por si”.

O importante seria não restringir o trabalho de reinserção social, seria preciso ampliar isso; aumentar a rede de apoio em torno dos moradores. Uma solução seria procurar explorar os recursos oferecidos pela comunidade.

Embora a idéia seja de trabalhar com a lógica territorial, o espaço do território não está sendo aproveitado como recurso para trabalhar a inserção desses moradores. “Extrair do cotidiano” não é um instrumento técnico, mas um resgate de direitos e reabilitação. É isso!

Considerando as reflexões desenvolvidas por Saraceno (2001) entre o estar e habitar uma RT, a análise dos fragmentos de narrativas apontaram para um contexto predominantemente do estar, embora, em alguns aspectos se pudesse vislumbrar o surgimento do habitar.

Entre as pessoas e serviços que dão suporte à RT, seria preciso trabalhar a lógica da reabilitação (casa e habitar), defendida por Saraceno (2001) como ferramenta a estimular o real sentido da autonomia, como exercício do poder de contratualidade.

Na dimensão tutelar clássica, há apenas um sujeito, que responde pelo outro nas demandas sociais. Isto pressupõe que o tutelado se encontra incapacitado de falar por si, no mundo comum dos homens. Sua palavra é desconsiderada. Se, por um lado, a tutela historicamente já se opôs ao sentido tutelar que tinha a ordem psiquiátrica, subtraindo direitos e o estatuto de sujeito, observou-se o tutelar como modo de regulação social, presente na noção de responsabilidade dos membros da equipe técnica, demonstrada no discurso e na prática da atenção psicossocial.

O cuidado em saúde é, a nosso ver, mesmo em situação de dependência intensa (e talvez por isso mesmo) um fazer sempre dialogado.

Trabalhar sob o holofote da reforma em saúde mental é ter como bandeira arriscar, ter coragem de enfrentar o desconhecido que nesse momento se configura, para nós, na defesa do *cuidado* como categoria que rompe de fato com o modelo asilar, permitindo vivência de práticas, de fato, deinstitutionalizantes e não apenas desospitalizantes.

Cumprir voltar ao *Jardim com suas preciosas flores e as pessoas* que estão imbuídas da função de cuidar deste. Essas pessoas estão o tempo todo lidando com o “desconhecido” – tudo é muito novo, têm-se o jardim, as flores, todos os elementos necessários para mantê-lo, mas não se tem um “manual” que explique *como cuidar* desse jardim. Há a necessidade e o desejo de, a

cada dia, ver o progresso dessas flores, só não se sabe como. Sabe-se que estão num tempo de aprender fazendo, de construção, produção de frutos... Assim sendo, nesse momento, lanço minhas sementes, quais sejam:

- Ao compreender o CAPS como organizador do território e equipamento de retaguarda/suporte para as RT, que se encontram em seu território, é preciso repensar sua relação com as RT, para, a partir daí, traçar estratégias de intervenção.

Deveria existir no CAPS um *lugar* para as RT e para que os profissionais tenham as RT como uma de suas linhas de ação.

- Inserção das RT em bairros populares, em área coberta por PSF

Uma vez inseridas em bairros populares, a probabilidade do estabelecimento de redes guiadas pelo sentimento de solidariedade e de afeto é muito maior, devido à existência do *sentimento comunitário* ainda permear as relações nesses locais.

- Número adequado de cuidadores e TR por RT

Com relação ao número de TR por RT, a experiência ao longo desses oito anos no DS II demonstrou a necessidade de um técnico de referência, para cada duas casas. Já com relação ao número de cuidadores, para manter a casa com acompanhamento constante, faz-se necessário ter seis cuidadores por casa, com plantões 12 x 60, com acréscimo de dois feristas.

No entanto, se trabalhamos com a lógica de estimular a autonomia e a reinserção desses moradores, é importante trabalhar os moradores para saberem lidar com situações em que esse cuidador não esteja presente.

- Necessidade de criação de espaços que permitam produzir relações e interlocução entre profissionais (supervisão clínica, reunião de equipe) e entre os usuários e os profissionais

Esses fóruns permitirão um espaço para o treinamento da fala e da escuta, bem como para a manifestação individual de desejos, dúvidas, angústias e curiosidades.

Quinzenalmente, a equipe técnica (TR e CAPS) poderá se reunir para avaliar as atividades, rever as condutas, discutir os casos e estabelecer rotinas e normatizações. Com os cuidadores, seriam realizadas reuniões semanais (TR e cuidadores), com o objetivo de avaliar a condução do processo de reabilitação e orientar sobre a estimulação constante dos moradores para atividades cotidianas (higiene, cuidados pessoais, alimentação) e práticas (sair de casa, passear, fazer compras, ir ao médico, andar de ônibus).

Essa orientação buscará promover a integração dos cuidadores entre si e com a comunidade, assim como construir e estreitar laços afetivos e facilitar a expressão de opiniões e a tomada de decisões.

- Necessidade de supervisão continuada e trabalho de educação permanente (capacitações) para a equipe de cuidadores das RT

As oficinas de formação, a supervisão contínua e os cursos sobre temas afins à função constituem recursos para a definição de atribuições do cuidador. Para isso, poderão ser realizadas palestras e dinâmicas de grupo, com uso de filmes e textos como facilitadores.

- Necessidade de construção do projeto terapêutico individual (PTI) dos moradores

Faz-se necessário elaborar um PTI, onde sejam estabelecidas metas de curto, médio e longo prazo, revisadas periodicamente, de acordo com a evolução de cada um dos moradores.

Construído de acordo com as necessidades, as potencialidades e as limitações de cada um, a discussão deverá acontecer de forma conjunta com a participação do técnico de referência, do cuidador e do próprio morador. O objetivo maior será promover um processo de reabilitação psicossocial dos moradores, buscando a construção progressiva de sua autonomia e a ampliação de sua inserção social.

Seria interessante dar atenção especial ao aprendizado relacionado ao dinheiro, porque muitos moradores não conheciam o valor das notas, nem compreendiam as trocas que elas permitem. Assim, elaborar conjuntamente as listas de compras e definir as prioridades de cada casa

poderiam fazer com que os moradores aprendessem a retirar o dinheiro do caixa eletrônico e a fazer compras, descobrindo quanto podem gastar e quanto devem economizar. De posse do dinheiro, alguns moradores poderão programar passeios, nos quais poderão ser acompanhados pelos cuidadores e técnicos.

- Necessidade de definir as atribuições do cuidador

Poderão ser consideradas como atribuições do cuidador, o acompanhamento contínuo na comunidade e o gerenciamento de casos/projetos, em função de integração dos recursos necessários a cada morador. Nesse caso, outro capital de trabalho será primordial para essa melhor integração (dos recursos sociais, culturais e de saúde) pertinente às prioridades de cada usuário: reconhecer que esse acompanhamento se dará em um campo definido, pronto, mas inicialmente disperso, possibilitando-nos um caminho construído a partir das indicações de cada sujeito e suas referências.

- Necessidade de apropriação do território onde se encontram inseridas as RT, para que possa acontecer o acompanhamento contínuo dos moradores na comunidade

O acompanhamento deverá ser operado na lógica do cuidado contínuo e na construção do cotidiano de cada morador, em direção ao laço social possível. Demarca-se-á, assim, o entendimento de que, por exemplo, um nível maior de autonomia (que poderá ser para apenas alguns aspectos) não deverá ser traduzido necessariamente em menor apoio da equipe.

Não nos arriscaremos a descrever modelos ideais, mas a destacar instrumentos teóricos e práticos que permitam refletir sobre a construção de uma forma de cuidar voltada para a emancipação do sujeito em sofrimento, ou melhor, na real inclusão social da clientela institucionalizada.

No entanto, como desafio, ainda permanecerá a questão de como se estabelecerá a inclusão da voz do portador de transtornos mentais, neste caso, de longa permanência institucional na construção de suas demandas?

Por fim, porém não menos importante, essa dissertação representou a possibilidade de ratificar e defender uma Academia gerada pela produção de conhecimento teórico-prático. É preciso executar as duas coisas: teorizar e praticar; só assim a teoria permanece viva, a capacidade de construção é permanente; até porque *teoria e prática* andam juntas e são igualmente necessárias, estão sempre se re-fazendo uma pela outra.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, P. Desinstitucionalização: notas sobre um processo de trabalho. Cadernos IPUB. Desinstitucionalização: a experiência dos serviços residenciais terapêuticos. IPUB/UFRJ, v. 12, n. 22, 2006.

AMARANTE, P. D. C. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. IN: FLEURY, S. (org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos. 1997. p. 163-185.

AMARANTE, P. D. C. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fio Cruz. 2007.

AYRES, J. R. C. M Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & saúde coletiva, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BADARACCO, J. E. G. Comunidade terapêutica psicanalítica de estrutura multifamiliar. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1994. p. 312.

BASAGLIA, F. (coord.). A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal. 1985. 326p.

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond. 2005. 331p.

BENJAMIN, W. Magia e técnicas, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura, 7. ed. São Paulo: Brasiliense. 1985. p.197-221.

BRASIL. Ministério da Saúde. De volta para casa – Manual do Programa. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasil, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. III Conferencia Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não. Brasília, 2001: Conselho Nacional de Saúde/MS. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde. 5. ed. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasil. 2004 a.

BRASIL. Constituição Federal. 1988. Seção II. Art. 196. p. 91.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social. Secretaria de Medicina Social. Distrito Sanitário: Contribuições para um novo tipo de atendimento dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Coordenadoria de Comunicação Social/INAMPS. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

CAPLAN, G. Um modelo conceptual para prevenção primária. In: CAPLAN, G. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar. 1980. p. 40-69.

CARVALHO, M. C. Os desafios da desinstitucionalização. IN: FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. (org.). A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA. 2001. p. 22-23.

CASTORIADIS, C. A Instituição Imaginária da Sociedade. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1982.

CAUTELLA, J. W. Uma prática psicológica em Instituições Psiquiátricas: atenção à inclusão e cidadania. 2003. 230f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – IPUSP. São Paulo.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. IN: AMARANTE, P. (org.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. 2003. p. 13-44.

CRITELLI, D.M. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC Brasiliense. 1996. 140p.

DELGADO, P. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. Cadernos IPUB, n. 14, p. 113-121, 1999.

DELGADO, P. G. O otimismo da prática em tempos de mudanças clínica e políticas no novo cenário da reforma psiquiátrica. In: RIBEIRO, M. A.; BERNARDES, J. S.; LANG, C. E. (org.). A produção na diversidade: compromissos éticos e políticos em psicologia São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007. p. 197-205.

DELGADO, P. G.; LEAL, E. M. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de Desinstitucionalização. IN: PINHEIRO, R.; GULJOR, A.P.; GOMES, A.; MATTOS, R. A. (org.). Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC: MS/LAPPIS. 2007. p. 137-154.

FERNÁNDEZ, S. P.; PÉRTEGAS, S. D. Investigación cuantitativa y cualitativa. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario – Universitario Juan Canalejo A. Coruña (España). Cad Aten Primaria, v. 9, p. 76-78, 2002.

FONSECA, A. M. S. Serviços residenciais terapêuticos: o poder de contratualidade e o processo de reabilitação psicossocial. 2006. Tese (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, CCS, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE.

FOUCAULT, M. História da loucura na idade média. São Paulo: Perspectiva. 1978.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal. 1977.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos existentes no SUS. Mimeo. 2005.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS estação. IN:

FURTADO, J. P. A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec. 2001. p. 37-58.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. 6. ed. São Paulo: Perspectiva. 1999.

GOFFMAN, E. Stigma - notes on the management of spoiled identity. Reprinted 1990. London: Penguin. 1968.

GOLDBERG, J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá. 1994.

GULJOR, A. P.; JÚNIOR, A. G. S.; PINHEIRO, R. Necessidades e práticas da Desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta de avaliação da relação entre a demanda e a oferta. IN: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; GOMES, A.; MATTOS, R. A. (orgs.).

Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/LAPPIS. 2007. p. 13-40.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. IN: PITTA, A. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2001. p. 55-59.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil. 1976.

LEITE, B. Residência terapêutica: um campo de atuação do psicólogo clínico? Monografia de Bacharelado em Psicologia, Recife, UFPE. 2003.

LOURAU, R. O instituinte contra o instituído. IN: ALTOÉ, S. (org.). Analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec. 2004. p. 47-65.

MARQUES, A. As revoluções científicas de Thomas Kuhn (1992-1996). Hebdomadário: Jornal da Fundação da Universidade Federal do Paraná. 2007. ano 1, nº. 26. Disponível em:

<http://www.funpar.ufpr.br:8080/funpar/boletim/novo2/externo/boletim.php?noticia=720&destaque=720&boletim=35>. Acesso em: 08/06/2007.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Rio de Janeiro: Cad Saude Publica, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MILAGRES, A. L. D. Eu moro, tu moras, ele mora: cinco histórias diferentes em serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. IN: AMARANTE, P. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau. 2003. p. 121-147.

MORATO, H. T. P.; SCHMIDT, M. L. S. Aprendizagem significativa e experiência. IN: MORATO, H. T. P. Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1999. p. 115-128.

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? IN: PITTA, A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec. 1996. p. 19-21.

RECIFE. Câmara de Vereadores. Lei 16.782. Recife. 2002.

RECIFE. Prefeitura. Projeto Reabilitar. Recife: Secretaria de Saúde. 2002.

ROTELLI, F. A instituição inventada. IN: NICÁCIO, M. F. S. (org.). Desinstitucionalização. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2001. p. 89-99.

ROTELLI, F.; et al. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec. 1990.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. IN: NICÁCIO, F. (orgs.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec. 2001. p. 17-59.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 01, p. 115-123, 2001.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia. 2001.

SOUZA, S. R. L. A experiência de adolescentes abandonados e institucionalizados frente ao desligamento institucional. 2001. Tese (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica) – UNICAP. Recife. PE.

VALENTINI JUNIOR, W. A. H.; VICENTE, C. M. A reabilitação psicossocial em Campinas. IN: PITTA, A. (org). A reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec. 1996. p. 48-54.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. Rev APS, v. 2, n. 4, p. 20-28, 2000.

VASCONCELOS, E. M. Avaliação de serviços e *revolving door*: perfil da clientela de uma enfermagem psiquiátrica e implicações assistenciais frente à desinstitucionalização. IN: VASCONCELOS, E. M. Transversões - saúde mental, desinstitucionalização e abordagens psicossociais. Periódicos de pesquisa do Programa de Pós-Graduação da ESS-UFRJ. 1999. v. 1, n. 1.

VASCONCELOS, E. M. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez. 2000. 380 p.

VASCONCELOS, E. M. Do hospício à comunidade. Belo Horizonte: Sociedade Editora e Gráfica de Ação Comunitária. 1992. 133p.

7 APÊNDICES

7.1 Apêndice A – Roteiro de entrevista

§ Rep. Nível Central

01. O que são as Residências Terapêuticas?
02. As experiências com Residências Terapêuticas hoje no Brasil.
03. O Projeto Reabilitar: suas vantagens e principais obstáculos.
04. A diferença entre o Lar Abrigado para as Residências Terapêuticas.
05. O processo de implantação das Residências Terapêuticas hoje (de que forma acontece), os critérios de escolha do lugar onde vai ser instalada a Residência, o trabalho realizado junto a Comunidade onde a Residência é instalada.
06. O processo de retirada dos pacientes para as Residências, critérios de escolha desses pacientes.
07. Manutenção das Residências.
08. O papel do CAPS com relação a Residência Terapêutica.
09. O porquê de se escolher Cuidadoras no lugar de uma Equipe de Técnicos para trabalhar nas Residências; o Papel das Cuidadoras; os critérios de escolhas das Cuidadoras.
10. A reinserção social dessas pessoas quando já se encontram instaladas nas Residências.

§ DISTRITO SANITÁRIO II

01. O papel do Distrito nas Residências.
02. As principais dificuldades no trabalho com a Residência Terapêutica.
03. A maneira como o Distrito Sanitário vê a Residência Terapêutica.
04. O dia a dia do Distrito com relação a casa.

§ TÉCNICO DE REFERÊNCIA

01. O papel da Técnica de Referência na Residência Terapêutica e como é realizado o seu trabalho.
02. O dia a dia do Técnico de Referência na Residência Terapêutica.
03. Sendo psicóloga, são as “ferramentas” de trabalho utilizados com as moradoras.
04. O trabalho do Técnico de Referência com as Cuidadoras.
05. As principais dificuldades encontradas no trabalho com Residência.

06. A compreensão do Técnico de Referência acerca do projeto das Residências Terapêuticas.
07. Como é que está sendo feito o trabalho de re inserção social dessas moradoras?
08. Como é que a comunidade reagiu a presença da Residência?
09. Como é a relação da comunidade com a Residência?
10. Como é que você percebe a rede que deve existir por trás das Residências? Como você compreende essa rede? Como é que ela na realidade de Recife?

7.2 Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Departamento de Psicologia
Centro de Filosofia e Ciências Humanas, 9º andar.
Cidade Universitária, Recife, PE 50.670-901.
Fone: (081) 271-8730 Fax: (081) 271-8270

Prezado Sr. (a),

Venho solicitar sua colaboração para a realização da pesquisa de mestrado intitulada: “Serviços de Residência Terapêutica: o hospital mudou apenas de lugar?”, permitindo a coleta de dados nos serviços de Residências Terapêuticas (residência feminina e a residência mista II) do Distrito Sanitário II.

A pesquisa objetiva a ampliação de conhecimentos acerca como se dá o processo de re-inserção social e (re)construção da autonomia de pessoas que teve suas vidas marcadas por longos períodos de internações psiquiátricas, por isso chamadas de “pacientes crônicos”, nos serviços de Residências Terapêuticas desse Distrito. Os resultados do presente estudo poderá nos fornecer subsídios para qualificar as ações no interior desses serviços, bem como contribuir para a formação dos profissionais envolvidos nesse novo fazer.

Será utilizada a entrevista individual para a realização do trabalho de campo, gravada sob autorização e transcrita posteriormente, para efeitos de análise, com a garantia de que apenas a pesquisadora e o orientador terá acesso à íntegra das transcrições.

Sua participação é voluntária e está formalizada por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo(a) informante da pesquisa. Poderá deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à vossa pessoa.

Comprometo-me também a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

Vale ressaltar que todos os dados coletados serão confidenciais e serão utilizados apenas para finalidade científica; ficando garantido o sigilo, a identidade e a privacidade do informante da pesquisa. Informamos que na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou atividades cotidianas do serviço. A participação na pesquisa não envolve danos à saúde, porém possíveis riscos são a possibilidade de constrangimento dos sujeitos, contato interno com possíveis problemas internos da equipe e do serviço. No entanto, esses riscos são passíveis de serem contornados, sem que inviabilizem o desenvolvimento do projeto. Encaminharemos os resultados da pesquisa às instituições participantes caso desejem.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Agradeço antecipadamente,

Pesquisadora responsável: Brena Leite

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFPE

Telefone para contato: (81) 2126 8730 /9968 5902

AUTORIZAÇÃO

Após ter lido e discutido com a entrevistadora os termos contidos neste consentimento esclarecido, concordo em participar como informante, colaborando, desta forma, com a pesquisa. A assinatura desse consentimento não inviabiliza nenhum dos meus direitos legais.

Recife/PE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Informante

Assinatura do Pesquisador

Testemunha 01

Testemunha 02

8 ANEXOS

8.1 Anexo A – Comitê de Ética em Pesquisa



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N. ° 324/2008 - CEP/CCS

Recife, 10 de outubro de 2008

Registro do SISNEP FR – 204493

CAAE – 0214.0.172.000-08

Registro CEP/CCS/UFPE N° 220/08

Título: “Serviços de Residências Terapêuticas: o hospital mudou apenas de lugar?”

Pesquisador Responsável: Brena de Aguiar Leite

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 09 de outubro de 2008.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório ao final da pesquisa (31/03/09).

Atenciosamente

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CER/CCS / UFPE

A
Mestranda Brena de Aguiar Leite
Pós-Graduação em Psicologia - CFCH/UFPE

8.2 Anexo B – Autorização da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde da Prefeitura da cidade do Recife



PREFEITURA DO
RECIFE

AUTORIZAÇÃO

Declaramos que autorizamos a realização da pesquisa intitulada “**Serviços de Residências Terapêuticas: O hospital mudou apenas de lugar?**”, pela aluna Brena de Aguiar Leite do curso de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação do Professor Dr. Aécio de Matos Gomes. A referida pesquisa será realizada na Rede de Saúde deste Município, desde que cumprindo as determinações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e que a pesquisadora se comprometa a dar conhecimento ao município dos resultados analisados.

ILKA VERAS FALCÃO
Assessora Executiva da Secretaria de Saúde

Recife, 03 de junho de 2008

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)