

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPIRITO SANTO

ITATIANA SOUZA SILVA

**RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E PRÁTICAS DE CUIDADO: OUTRO OLHAR
SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

VITÓRIA

2015

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPIRITO SANTO

ITATIANA SOUZA SILVA

**RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E PRÁTICAS DE CUIDADO: OUTRO OLHAR
SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Professora Margareth Marchesi Reis.

VITÓRIA

2015

ITATIANA SOUZA SILVA

**RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E PRÁTICAS DE CUIDADO: OUTRO OLHAR
SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado á Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de _____

Prof.^aMs. Margareth Marchesi Reis, FCSES – Orientadora.

Prof.^a Msc. Andréa Campos Romanholi, FCSES.

Fernando Schubert – Msc. Psicologia Institucional

VITÓRIA

2015

Dedico este trabalho a minha Mãe, pelo investimento afetuoso e cuidado. Ao meu filho,
esposo e amigos, pelo apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe (*In memoriam*) pela vida e proteção.

Ao meu pai, pela presença.

Ao meu filho querido e especial, pela compreensão e apoio nos momentos que estive ausente.

Ao meu esposo, que de forma especial me deu força e coragem nos momentos difíceis.

A professora e orientadora da pesquisa pelo convívio, apoio e amizade.

A todos os professores desta instituição que muito contribuí para minha formação profissional, em especial ao professor Arion Carlos por quem tenho muita admiração e respeito. Obrigada pelas aulas, e por ser esta pessoa alegre e afetuosa.

Agradeço a professora Andréa Campos Romanholi por todo conhecimento transmitido durante todo o curso, e pela disponibilidade e simplicidade com que me acolheu nas horas de dificuldades, dúvidas e questionamentos. Obrigada por tudo!

A todos os profissionais cuidadores atuantes nas Residências Terapêuticas pesquisada, de maneira especial a cuidadora Mirian e Aparecida.

Aos profissionais do Instituto INVISA pela colaboração, em especial a profissional Stefania com quem realizei um laço afetuoso de amizade. A profissional Mariana pelo incentivo e colaboração durante o caminhar da pesquisa.

Ao profissional de Saúde Mental vinculado ao projeto de implantação das Residências Terapêuticas no Estado do Espírito Santo, pela disponibilidade e colaboração em fornecer importantes informações sob a história das Residências Terapêuticas.

Enfim, a todos aqueles que, embora não citados, participaram de alguma forma desta pesquisa.

“O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim”.
Quando tenho interesse pelo outro passo a fazer parte do seu destino, de suas realizações,
de seus desejos e sofrimentos (BOFF, 2009, p.91).

[...] a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que
se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência
de afetar e ser afetado. Com isso, podemos dizer que temos como um dos nossos desafios
reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar ou estar atento para acolher [...] (BRASIL,2015,p.8-9).

RESUMO

O Serviço Residencial Terapêutico se constitui como um dos dispositivos da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, essencial à desinstitucionalização, uma vez que são casas/moradias inseridas na comunidade, destinadas às pessoas com transtornos mentais ou egressas de hospitais de custódia que passaram por longos períodos de internação psiquiátrica e que perderam vínculos familiares e sociais e o convívio comunitário. O objetivo geral da pesquisa foi identificar e analisar as práticas de cuidado desenvolvidas em duas Residências Terapêuticas do bairro Tabuazeiro em Vitória/ES. Os objetivos específicos foram: Descrever as atividades cotidianas realizadas nas Residências Terapêuticas; analisar as atividades desenvolvidas pelos cuidadores nas Residências Terapêuticas; verificar a potência do serviço na promoção de autonomia e inserção social dos moradores; identificar os desafios cotidianos da atuação dos cuidadores com relação aos moradores. Para coletar os dados foi utilizada entrevista semiestruturada e questionário. Os participantes foram seis cuidadores e seis supervisores atuantes nas duas Residências Terapêuticas e também um profissional vinculado ao projeto de implantação das RTS no Estado do Espírito Santo. A pesquisa foi descritiva de natureza qualitativa. Os dados foram analisados sob Análise discursiva, tendo como referências as teorias da Saúde Mental e Saúde Coletiva, bem como os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os resultados apontam que as práticas de cuidado realizadas nas Residências Terapêuticas pelos cuidadores ainda ficam restritas a organização da casa, administrar medicamentos, e realizar afazeres domésticos como fazer comida, limpar casa e outros. A produção de práticas voltadas para o cuidado com os moradores ainda segue de forma incipiente e pontual, mas apontando para um modo de cuidar mais humanizado com respeito pelos moradores. Os desafios apontados pelos cuidadores com relação aos moradores foram pontuados como não existindo, uma vez que os moradores são obedientes e executam os comandos como tomar banho, tomar os medicamentos sem resistência e dessa forma, sem questionar as práticas realizadas, os cuidadores realizam suas atividades sem maiores impedimentos. A falta de treinamento e capacitação dificulta a realização de práticas voltadas para os moradores, principalmente, no envolvimento mais próximo com eles. Verificou-se que as Residências Terapêuticas são estratégias essenciais para o cuidado das pessoas com transtornos mentais, porém as moradias estudadas e as práticas realizadas pelos cuidadores, bem como pelos supervisores ainda são pouco efetivas para promoção de inserção social e autonomia dos moradores. Vale ressaltar, que estas moradias para atingir os objetivos pela qual foram criadas, faz-se necessário o envolvimento de vários atores, como os supervisores e os cuidadores; a Secretaria Estadual de Saúde e também de articulação dos diversos serviços da Rede de Atenção em Saúde Mental como os Centros de Atenção Psicossocial e demais dispositivos, pois foi constatada a falta de articulação entre os serviços de saúde e as Residenciais Terapêuticas pesquisadas.

Palavras chave: Reforma Psiquiátrica Brasileira, Residências Terapêuticas, Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The Therapeutic Residential Service is constituted as one of the national political devices of attention to mental health, essential to institutionalization, since they are houses / villas inserted in the community for people with mental disorders who have undergone long periods psychiatric and who lost family and social ties and community life hospital. The overall objective of the research was to identify and analyze the care practices developed in two therapeutic residences of Tabuazeiro neighborhood in Vitória / ES. The specific objectives were to describe the daily activities in therapeutic residences; analyze the activities carried out by caregivers in therapeutic residences; check the power of service in promoting independence and social inclusion of the residents; identify the daily challenges of the role of caregivers in relation to residents. To collect the data we used semi-structured questionnaire and interview. Participants were six carers and six supervisors active in the two therapeutic residences and also a professional linked to the RTS implementation project in the state of Espírito Santo. The research was descriptive qualitative. Data were analyzed from discursive analysis, taking as reference the theories of Mental Health and Public Health as well as the principles of the Brazilian Psychiatric Reform. The results showed that care practices carried out in Therapeutic Residences by caregivers also are restricted to organizing the house, administer medications and perform household chores like making food, cleaning the house and others. The production practices focused on the care of the residents still follows incipient and timely manner, but pointing to a way of caring more humane with respect for residents. The challenges raised by the caregivers regarding the residents were scored as not existing, since residents are obedient and execute commands such as bathing, taking the drugs without resistance and thus without question the practices carried out, caregivers perform their activities without major impediments. Lack of training and capacity building hinders the realization of practices aimed at the residents, especially in the closest involvement with them. It was found that the therapeutic residences are essential strategies for the care of people with mental disorders, but the houses studied and practices carried out by caregivers, as well as by supervisors still are not very effective for promoting social inclusion and empowerment of residents. It is noteworthy that these villas to achieve the objectives for which they were created, it is necessary the involvement of various actors, such as supervisors and caregivers; the state Department of Health and also to articulate the various services of the Care Network on Mental Health and Psychosocial Care Centers and other devices, as the reports indicated lack of coordination between the health services and the surveyed Therapeutic Residential.

Keywords: Brazilian Psychiatric Reform, Therapeutic Residences, Public health.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

INVISA-Instituto vida e saúde

MS-Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental

OSCIP- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PTS - Projeto Terapêutico singular

RTs- Residências Terapêuticas

RPB- Reforma Psiquiátrica Brasileira

REME- Movimento de Renovação Médica

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS-Sistema Único de saúde

SM - Saúde Mental

UBS – Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	27
2.1 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	27
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	32
2.3 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS.....	38
2.4 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA... ..	42
2.5 SAÚDE MENTAL E SAÚDE COLETIVA.....	47
2.6 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....	52
3 METODOLOGIA.....	64
3.1 DELINEAMENTOS DA PESQUISA.....	64
3.2 CAMPO DE ESTUDO.....	64
3.3 PARTICIPANTES.....	65
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	66
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	67
3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	67
3.7 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	68
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	70
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS DUAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS..... PESQUISADAS	70
4.2 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS CUIDADORES E FUNCIONAMENTO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS.....	73
4.3 TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO PARA OS CUIDADORES PARA ATUAR NAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS.....	76
4.4 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS CUIDADORES.....	80

4.5 ATIVIDADES REALIZADAS COM A PARTICIPAÇÃO DOS MORADORES.....	82
4.6 DIFICULDADES E FACILIDADES NO DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS DOS CUIDADORES.....	83
4.7 SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS CUIDADORES EM TRABALHAR NAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS.....	84
4.8 ATIVIDADES QUE OS CUIDADORES GOSTARIAM DE FAZER	86
4.9 ANÁLISES DAS NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS SUPERVISORES....	88
4.9.1 CONHECIMENTO DO FUNCIONAMENTO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS.....	88
4.9.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS SUPERVISORES	90
4.9.3 CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA PROMOÇÃO DE AUTONOMIAE INSERÇÃO SOCIAL DOS MORADORES	90
4.9.4 FACILITADORES E ENTRAVES PARA O FUNCIONAMENTO DOS SRTs DE ACORDO COM OS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.....	92
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES.....	106
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	106
APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	108
ANEXO – A Residências Terapêuticas por ano.....	111
ANEXO –B Residências Terapêuticas por UF.....	113

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema, “Residência Terapêutica” surgiu pelo percurso realizado enquanto graduanda do curso de Psicologia da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, pelas leituras feitas em sala de aula, bem como por experiência de estágio que proporcionou aproximação mais direta com o campo em questão.

A problemática que se pretende abordar nesta pesquisa versa sobre quais são as práticas desenvolvidas nas Residências Terapêuticas do bairro Tabuazeiro em Vitória/ES voltadas para promoção de autonomia e inserção social dos moradores. Sendo assim, vale explicar sobre o que são Residências Terapêuticas e suas funções na Rede de Atenção a Saúde, com enfoque na atenção psicossocial de forma integralizada, segundo o princípio doutrinário do Sistema único de Saúde (SUS).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) se constitui como um dos dispositivos da política nacional de atenção à Saúde Mental, essencial à desinstitucionalização, uma vez que são casas/ moradias inseridas na comunidade, destinadas às pessoas com transtornos mentais ou egressas de hospitais de custódia que passaram por longos períodos de internação psiquiátrica e que perderam vínculos familiares e sociais e o convívio comunitário (SPRIOLI, 2010).

“O principal objetivo deste serviço é ser para os moradores um lugar de moradia, a volta do morar em sociedade” (BRASIL, 2004, p.9). Desinstitucionalizar é um conceito que vai além da desospitalização, ou seja, tirar do hospital de forma a oferecer condições de vida e autonomia para os usuários que foram submetidos à internação de longa duração.

As Residências Terapêuticas como dispositivo de moradia assumem função mediadora na construção de outro lugar social para loucura, uma vez que busca ofertar elementos como o retorno para convivência social e comunitária, possibilitando assim o resgate da autonomia e inserção social, aumentando a contratualidade social das pessoas com transtornos mentais (MELO, 2012).

Segundo Kinoshita (1996) a autonomia refere-se à capacidade do sujeito de administrar normas para sua própria vida, a partir dos encontros e vivências que realizam. O autor acredita que à medida que o sujeito amplia seus contratos sociais, a autonomia passa a ser ampliada também. Nas palavras do autor “Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas

mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (KINOSHITA, 1996, p.57).

A contratualidade é entendida como a capacidade do sujeito realizar contratos sociais a partir das relações que estabelece com outras pessoas, grupos e instituições. O conceito de contratualidade social engloba a autonomia do sujeito, uma vez que ao participar do laço social e poder estabelecer encontros com outros personagens existenciais, possa a partir daí ampliar o trajeto social pelo território em busca de dispositivos, bem como de paisagens existenciais que lhe ofereçam elementos para o cuidado de maneira integral. O conceito de autonomia não se refere a uma independência e isolamento, ou seja, realizar coisas de forma individual, e sim realizar trocas em busca de encontros com outros personagens sociais (KINOSHITA, 1996).

A relevância social desta problemática é que ao buscar conhecer as Residências Terapêuticas, bem como as práticas desenvolvidas, possamos contribuir para a identificação e a descrição de ações que venham reforçar os princípios da Reforma Psiquiátrica, podendo com isso problematizar sobre as concretas possibilidades existentes na promoção de autonomia e inserção social dos moradores.

Oliveira e Conciani (2008) defendem que as Residências Terapêuticas constituem um passo importante para a Reforma Psiquiátrica e seus princípios, ao mesmo tempo em que pode ser um dispositivo pouco efetivo para construção de práticas que visam à autonomia e a inserção social dos moradores. Sendo assim, torna-se relevante também o fato deste estudo poder apontar possibilidades de reflexão dessas práticas, visando construir o caminho da Reforma Psiquiátrica no passo da desinstitucionalização.

Segundo Paiva (2003, grifo nosso) as Residências Terapêuticas podem atuar como dispositivos **mascarados** reproduzindo atuações ainda pautadas no modelo de cuidado hospitalocêntrico, realizando movimentos contrários aos ideais da Reforma Psiquiátrica, que propõe uma nova maneira de lidar com loucura e com as pessoas com transtornos mentais.

Com base nos estudos de Junior, Silveira e Oliveira (2009, p.1), que objetivaram pesquisar a visão dos profissionais dos SRTs sobre as práticas de cuidado produzidas neste dispositivo, os resultados apontaram que os cuidados com os moradores têm sido realizados de forma mais “humanizada, valorizando a singularidade, valores e crenças dos moradores”. Entretanto, esse estudo mostra também dificuldades encontradas nas RTs pelos cuidadores, referentes à falta de capacitação em Saúde Mental, tempo insuficiente para cuidar dos moradores, falta de apoio e de

recursos. Os autores mostraram através de seus achados neste estudo que apesar das dificuldades apontadas pelos profissionais cuidadores, o caminho é o da desinstitucionalização.

Lojudice, Tonini, Santo e Schneider (2003) em estudo realizado sobre a mesma temática nas Residências Terapêuticas, encontraram em seus dados a necessidade de construir maior interação entre os cuidadores e moradores, no sentido de conhecer suas necessidades e subjetividades, acrescentado assim mais um fator que pode estar influenciando nos resultados pouco efetivos desse dispositivo de cuidado.

Corroborando com a discussão Ribeiro Neto e Avellar (2009) realizaram uma pesquisa no Estado do Espírito Santo, em um SRTs em busca de conhecer os cuidadores. Os resultados revelaram que a maioria dos cuidadores não tem formação específica em Saúde Mental, portanto, a capacitação profissional foi destacada como sendo um dos pontos para aprimoramento do serviço, uma vez que ao lidar com momentos de crise dos moradores os cuidadores mostraram insegurança. Alguns cuidadores apontaram que passaram por treinamento de três dias nas Residências Terapêuticas antes de iniciar os trabalhos. Esse estudo aponta ainda que apesar das dificuldades os cuidadores demonstraram gostar deste tipo de serviço.

Estudos realizados por Azevedo e Silva (2011) no Estado do Espírito Santo, apontam que os trabalhos dos cuidadores nas Residências Terapêuticas seguem um enfoque psicossocial, adotando postura mais humanizada e reflexiva nos modos de cuidado com os moradores. Apesar de apresentar mudanças na maneira de relacionar-se com os moradores, ainda prevalecem práticas que precisam melhorar, no sentido de enfatizar a atuação dos moradores enquanto sujeitos ativos e autônomos, uma vez que as atividades referidas pelos cuidadores “pouco se materializam em ações que busquem ou resultem na autonomia concreta dos moradores ou na promoção de sua inserção social” (AZEVEDO; SILVA, 2011, p.7). Dentre as atividades realizadas tiveram destaque a administração de medicamentos, os cuidados domésticos, o acompanhamento nas idas ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência.

Esta pesquisa também apontou a fragilidade da rede de cuidado em Saúde Mental, como sendo um dos pontos que dificulta o processo de desinstitucionalização. Os autores acima citados consideraram a necessidade de maior articulação entre as Redes de Atenção Psicossocial em Saúde Mental para colocar em prática ações que realmente sejam efetivas

para promoção e inserção social dos moradores, e ainda complementam que deve haver um envolvimento não só dos cuidadores, mas dos demais profissionais que fazem parte da Rede de Atenção em Saúde Mental.

A motivação em pesquisar esta temática relaciona-se com a necessidade de conhecer as práticas voltadas para os moradores, já que estudos mostram a carência da discussão do tema e importância de produzir conhecimentos que possam contribuir para melhorar as práticas no SRT. Entende-se por práticas todas as atividades desenvolvidas no cotidiano das Residências Terapêuticas que permitam aos moradores aquisições de novas habilidades, reconstruções de vivências cotidianas prejudicadas pela clausura e suas regras institucionalizadas e caracterizadas pelo modelo manicomial, muitas vezes **cronificadas** pelos longos períodos de internação (SCACERLLI; 2006, apud, SPRIOLI; 2010, grifo nosso).

Segundo Campos (2003) as práticas realizadas dentro das instituições, no caso aqui os SRTs têm potencial para contribuir com a mudança do sujeito no sentido de aumentar sua autonomia e contratualidade social diante das situações cotidianas da vida, bem como romper com modos padronizados e tecnocráticos de atuações dominantes que tutelam e assujeitam, causando dependência e impotência.

O aporte teórico que foi utilizado nesta pesquisa é a Saúde Mental e a Saúde Coletiva, bem como a Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus princípios fundamentais. Utilizará também os conceitos de autonomia e contratualidade social do autor Roberto Tykanori Kinoshita.

Roberto Tykanori Kinoshita é conhecido por ser defensor da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e militante da Luta Antimanicomial. Foi coordenador nacional da Saúde Mental Alcool e outras Drogas do Ministério da Saúde; com um currículo extenso marcado por diversas lutas sociais e experiências significativas na área da Saúde Mental, com seu brilhantismo e competência em defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais, e por mais dispositivos de cuidado psicossocial com porta aberta e respeito às pessoas com transtornos mentais.

Em 10 de dezembro de 2015 é anunciado pelo Ministro Marcelo Castro que o cargo de coordenador Nacional da Saúde Mental será ocupado pelo médico psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho. Diante de tal acontecimento, militantes, pesquisadores e representantes da Saúde Coletiva e demais atores sociais que se posicionam a favor da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos princípios que norteiam esse movimento social, se posicionaram contra esta nomeação, pois lembraram que Valencius já se manifestou de forma pública contra os

princípios da Política Nacional de Saúde Mental, e que tal profissional já esteve à frente da casa de saúde Dr Elias na cidade de Paracambi (RJ) sendo considerado um dos maiores hospitais psiquiátricos. Segundo militantes e representantes da Luta Antimanicomial e dos diversos setores sociais e da saúde, essa decisão configura-se como retrocesso e ameaça aos avanços já conquistados. A Rede de Atenção Psicossocial encontra-se ameaçada, pois o atual profissional nomeado se posiciona de forma contrária aos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os avanços sociais já conquistados pelas lutas e movimentos sociais.

A pesquisa foi descritiva e de cunho qualitativo. Para coleta de dados utilizou-se entrevista semiestruturada e questionário. A entrevista semiestruturada foi realizada com os profissionais cuidadores e com um participante vinculado ao projeto de implantação das Residências Terapêuticas no Estado do Espírito Santo, já o questionário foi utilizado com os profissionais supervisores, sendo realizado desta forma devido às preferências desses supervisores. Os dados foram analisados a partir da análise de discurso e produção dos sentidos (SPINK, 2010), tendo como referencial as teorias e conceitos supracitados.

Portanto, para a condução deste estudo buscou-se entender os aspectos que influenciam as práticas dos cuidados nos SRTs, sob a ótica dos profissionais cuidadores e dos profissionais supervisores das Residências Terapêuticas. Partimos do pressuposto que existem condições favoráveis e condições desfavoráveis nas práticas destes profissionais e que conhecendo o cotidiano do SRT possamos contribuir para o seu funcionamento harmônico com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da humanização dos serviços e das práticas integralizadas.

A pesquisa teve como objetivo geral, identificar e analisar as práticas de cuidado desenvolvidas nas Residências Terapêuticas do bairro Tabuazeiro em Vitória/ES. Os objetivos específicos foram; descrever as atividades cotidianas realizadas nas Residências Terapêuticas; analisar as atividades desenvolvidas pelos cuidadores nas Residências Terapêuticas, segundo preceitos teóricos; verificar a potência do serviço na promoção de autonomia e inserção social dos moradores de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira; identificar os desafios cotidianos da atuação dos cuidadores com relação aos moradores.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua origem no movimento conhecido como Reforma Sanitária. Este movimento social e contra hegemônico da saúde nasceu da luta contra a ditadura, com o tema **saúde e democracia** e estruturou-se nas universidades, nos movimentos sindicais e populares da década de 70. Neste período, a população vivia sobre forte repressão política e ditatorial (BERTOLLI FILHO, 2002, grifo nosso). As questões referentes à saúde, bem como a luta por direitos democráticos ganharam pautas nas discursões cada vez mais amplas deste movimento.

A assistência à saúde neste período tinha caráter previdenciário e centralizador, ou seja, as ações em saúde abarcavam somente parte da população, as pessoas que tinham vínculos empregatícios e contribuía para o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), hoje Instituto nacional de seguridade social (INSS), sendo que os demais brasileiros tinham que pagar pelos serviços ou eram atendidos como indigentes nas Santas Casas de Misericórdia e outros hospitais filantrópicos (BERTOLLI FILHO, 2002).

A política assistencial de saúde adotada até então pelos governos militares colocaram ênfase numa medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da Saúde coletiva “[...] Além de privilegiar uma prática médica curativa, em detrimento de medidas e ações preventivas de interesse coletivo” (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.67). O avanço do Movimento da Reforma Sanitaria e o descontentamento de vários personagens sociais, que tinha interesse voltados para a busca de melhores condições de vida e garantias de direitos, tanto nos setores políticos como nos sociais, faz com que ocorram grandes transformações nos diversos cenários sociais.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi uma das conquistas da Reforma Sanitária, que propôs discutir outros modos de assistência à saúde da população brasileira, bem como estabeleceu o marco político e conceitual para a orientação do processo de transformação no setor da saúde, e demarcou que o direito a saúde é direito de todo cidadão; cabendo ao Estado assegurar este direito.

Outro ponto relevante discutido nesta Conferência foi referente ao conceito de saúde propondo pensar a saúde de maneira ampliada e como processo complexo que envolve várias dimensões, seja econômico, político, social, cultural e comportamental. Esta visão contribuiu para promoção de ações no cuidado em saúde, considerando a doença e a saúde como processos complexos que mantem relações com vários condicionantes, para além do biológico (BERTOLLI FILHO, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de conquistas populares geradas a partir dos movimentos sociais citados acima. O surgimento deste sistema ocorreu na década de 90 e foi instituído pela Lei Orgânica da Saúde (8.080 de 19/09/1990) que preconiza os objetivos, diretrizes, princípios, organização, financiamento e planejamento desse sistema. Outra Lei, a 8.142/90, que regulamenta a participação popular e o controle social na gestão da saúde, tendo como instâncias legalmente instituídas as Conferências e os Conselhos de Saúde que são descritos como órgãos deliberativos e normativos do SUS nas três esferas governamentais: União, Estado e Município; além disso, essa lei inicia uma direção norteadora para efetivação dos repasses financeiros, mesmo que ainda de forma incipiente (BORBA, 1998).

O Sistema Único de Saúde deve ser compreendido como um sistema que busca ofertar ações e serviços em saúde de forma universal e equitativa; podendo também realizar convênios com instituições privadas, sendo que a participação desta se dá de maneira complementar nunca substitutiva, pois o SUS deve ser público, gratuito e universal, com acesso para todas as pessoas, sem distinção de raça e classes social. Outra característica é que as instituições privadas devem organizar os serviços de forma a seguir os princípios que rege o Sistema Único de Saúde. O SUS é único, pois apresenta a concepção de que todos os serviços devem ser arranjos de forma igual em todos os Estados brasileiros (BRASIL, 2000b).

O SUS conta com princípios doutrinários e organizativos. A descentralização é considerada como um dos princípios organizativo do SUS, pois a partir deste princípio a gestão das políticas de saúde deve ser organizada de forma integral atribuindo, responsabilidades entre as esferas do governo; União, Estado e Município. Por mais que as ações em Saúde sejam realizadas de maneira descentralizadas, ou seja, não seguindo somente um comando é esperado que os Municípios tenham certa autonomia para organizar as ações necessárias de acordo com determinada demanda de seu território (BRASIL, 2000a).

Outro princípio organizativo é a Participação Social que visa garantir que a população por meio dos espaços de controle sociais como Conferência de Saúde e Conselhos de Saúde

possam participar dos processos de formulação das políticas de saúde, controle e execução das ações (BRASIL, 2000b).

A Regionalização e hierarquização buscam organizar os centros de atenção a Saúde de acordo com a região, visando atender as camadas da população de acordo com suas necessidades de ações e atendimentos à saúde, dividindo o território em regiões de Atenção a Saúde, bem como fazendo a interface entre os três níveis de atenção; atenção primária, secundária e terciária, que serão explanadas posteriormente para efeito didático (BRASIL, 2000b).

A atenção primária é o primeiro nível de cuidado à saúde; e é considerada essencial para a organização do Sistema Único de Saúde, pois se constitui como a porta de entrada dos usuários no SUS. A Unidade básica de Saúde (UBS) funciona como referência para desenvolver ações primárias de atenção à saúde, buscando promover uma lógica de cuidado articulados com toda a Rede de Atenção em Saúde para produzir cuidados de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde de forma universal, integralizada e equitativa (BRASIL, 2000b).

No Sistema Único de Saúde, e principalmente nos serviços da Atenção Básica, entende-se que essa prática deve ser multiprofissional e interdisciplinar, devem-se ampliar as práticas da clínica tradicional, alcançando cada vez mais práticas da clínica ampliada, realizar ações coletivas e trabalho com grupos. Além disso, o profissional que atua nesta área precisa buscar conhecer a realidade das comunidades nas quais o trabalho será realizado (PAULINO, 2014, p.20).

A Atenção secundária consiste em ações em saúde que depende de serviços especializados nos molde ambulatorial e hospitalar, sendo considerada também tecnologia de media complexidade. A atenção terciária se ocupa de ações em saúde que visa à recuperação da saúde tendo como característica promover ao usuário acesso aos procedimentos de alta complexidade para o cuidado e atenção integral (BRASIL, 2000b).

O princípio doutrinário de Universalidade consiste que todas as pessoas tenham acesso a saúde. Sendo dever do Estado a garantia de condições de saúde, bem como o acesso livre e igualitário para toda a população (BRASIL, 2000b).

A Equidade, como princípio doutrinário refere que as ações em saúde deverão ser organizadas, levando em consideração as diferenças existentes entre os grupos da população, detectando-se e trabalhando-se para cada necessidade, oferecendo mais a quem precisa e assim, diminuir as desigualdades existentes entre as diferentes regiões, isto é, tratar desigualmente os desiguais (BRASIL, 2000b).

A Integralidade, também princípio doutrinário, mostra sua relevância ao preconizar que as ações em saúde devem ser realizadas levando em consideração práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, sendo o sujeito visto em sua totalidade e inserido em seu contexto social, econômico e cultural (BRASIL, 2000b).

As ações em saúde devem ser promovidas respeitando os contextos concretos de vida das pessoas, os modos, os hábitos, os conhecimentos que são produzidos de modo singular por cada pessoa. As práticas em saúde quando são realizadas fora da realidade social e coletiva das pessoas, acabam tomando dimensão de epistemicídio, de anulação de um conhecimento comum em detrimento de outro estabelecido, instituído como sendo o único a ser reconhecido. E acrescenta ainda, que ações realizadas desta forma comprometem o desenvolvimento de práticas efetivas para promoção de cuidado em saúde, uma vez que funcionam como protocolos repetidos e engessados (ANDRADE, 2007).

Corroborando com a discussão, Birman (2005) aponta a relevância de desenvolver ações em saúde considerando o campo de conhecimento da Saúde Coletiva. O autor ressalta que a Saúde Coletiva é um campo de conhecimento e práticas em saúde que propõe novos investimentos para as produções de ações em saúde.

A Saúde Coletiva apresenta a concepção de que os processos relacionados à saúde envolvem aspectos de cunhos sociais, político, cultural e subjetivo. Portanto, as produções de práticas nos diversos setores devem considerar que tanto a saúde como o adoecimento são frutos de diversos determinantes sociais, como trabalho, educação, lazer, alimentação e outros (CZERESNIA, 2003).

Buscaremos neste parágrafo promover distinção entre Saúde pública e Saúde coletiva. Neste sentido, podemos pensar nestes dois campos de conhecimento como não homogêneos, pois ambos referem-se a diferentes modalidades de discursos e práticas, com bases epistemológicas diversas e com origens históricas particulares (BIRMAN, 2005). “A Saúde Pública e Saúde Coletiva é definida genericamente como campo de conhecimento e de práticas organizadas institucionalmente e orientadas à promoção da saúde das populações” (SABROZA, 1994, apud, CZERESNIA, 2003, p.1).

A Saúde Pública inicialmente apresentava caráter assistencialista e sanitaria, fazendo uma agir em saúde de forma a intervir nos espaços urbanos, lugares e situações que poderiam ser causadores de epidemias e endemias. Pode-se dizer que as práticas realizadas inicialmente

tenham o objetivo de controlar o ambiente social a fim de prevenir os focos causadores de doenças (BIRMAN, 2005).

[...] a saúde pública se definir como responsável pela promoção da saúde enquanto suas práticas se organizam em torno de conceitos de doença. Outra questão é que suas práticas tendem a não levar em conta a distância entre conceito de doença - construção mental - e o adoecer - experiência da vida, produzindo-se a 'substituição' de um pelo outro. O conceito de doença não somente é empregado como se pudesse falar em nome do adoecer concreto, mas, principalmente, efetivar práticas concretas que se representam como capazes de responder à sua totalidade (CZERESNIA, 2003, p.2).

Seguindo o raciocínio da autora no qual destaca no trecho acima sob a construção mental e a experiência da vida, podemos refletir sobre as práticas em saúde, uma vez que estas devem ser desenvolvidas considerando que a representação mental do conceito de doença e da experiência de estar adoecido tem uma dimensão de complexidade e não poderá ser considerada somente pelo viés biológico e reducionista, mas que mantém relações com o modo de vida de cada pessoa, suas experiências, bem como com os diversos condicionantes sociais, culturais e políticos que envolvem a produção de saúde e adoecimento. Segundo a autora, a saúde e doença não são objetos que se possa delimitar em termos práticos e objetivos, uma vez que a experiência de adoecer ultrapassa os limites de objetividade (CZERESNIA, 2003).

Várias ciências buscaram produzir conhecimentos com o intuito de “ajudar” a controlar o ambiente social, mas prevaleceu o discurso da medicina como área de saber. O forte reconhecimento deste campo científico do saber fez predominar de forma hegemônica as intervenções que visavam o controle social e a produção de conhecimento acerca das áreas causadoras de infecções (BIRMAN, 2005, grifo nosso).

“O conhecimento e a institucionalização das práticas em Saúde Pública configuraram-se articulados à medicina”(CZERESNIA, 2003, p.1). “O discurso científico, a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença” (GONÇALVES, 1994, apud, CZERESNIA, 2003, p.1).

O conceito de doença tomado pela ciência médica “constituiu-se a partir de uma redução do corpo humano pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais, as quais se definem por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia”. A 'doença' é concebida como dotada de realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo dos doentes (GONÇALVES, 1994, apud, CZERESNIA, 2003, p.2).

A Saúde Coletiva veio posteriormente propondo reflexões e ações em Saúde bem diferente da visão da Saúde Pública, buscando compreender os processos de saúde e doença para além dos preceitos biológicos, considerando que a intervenção em saúde deve ser produto de aspectos sociais, culturais e subjetivos, destacando a importância da participação coletiva na produção de saúde e práticas de cuidado com maior aproximação das questões sociais e coletivas da vida das pessoas (BIRMAN, 2005).

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Política de Saúde Mental Brasileira é decorrente dos movimentos sociais iniciados na década de 70 e 80. Os movimentos que marcaram essas décadas foram a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois buscavam a garantia de direitos no setor da saúde para toda população, além da luta pela abertura política e democrática, juntamente com outros movimentos sociais com sindicatos e a sociedade civil organizada. Os movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica tinham como participantes usuários, familiares trabalhadores da saúde, intelectuais que tinham aproximação com a temática da saúde, movimentos estudantis e outros (BORBA, 1998).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi contemporânea da Reforma Sanitária, mas trilhou percurso próprio inspirado pelas transformações sociais e políticas ocorridas no cenário internacional, precisamente por meio das experiências da Psiquiatria Democrática.¹ A Reforma Psiquiátrica em sua proposta os princípios do SUS, e tem como referencia o modelo teórico e prático da Psiquiatria Democrática Italiana (AMARANTE, 2013).

Buscaremos detalhar um pouco mais as características da Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua trajetória no Brasil por se tratar de tema diretamente relacionado com esta pesquisa. Portanto, vale explicitar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve seu início com a participação dos movimentos dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e suas diversas formas de expressão através dos Núcleos Estaduais de Saúde Mental, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), comissões de Saúde Mental, Sindicatos dos Médicos,

¹ Psiquiatria democrática - Movimento social e político que ocorreu na Itália, tendo como a proposta desconstrução dos manicômios, por reconhecer que estes espaços são lugares de cronificação do “doente mental”, e consequentemente lugar no qual o saber médico como a única forma de tratamento predominante. Este movimento teve como precursor o médico e militante Franco Basaglia.

Movimento da Renovação Médica (REME), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Indústrias Farmacêuticas, universidades e outros (AMARANTE, 2013).

O movimento dos trabalhadores em Saúde Mental é considerado representante fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo a partir destes personagens que emergem as transformações do sistema assistencial e as críticas do pensamento do saber psiquiátrico (AMARANTE, 2013).

Portanto, ao analisarmos o parágrafo anterior, refletindo sobre os diversos atores envolvidos no dado movimento social e político conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira, pode-se ter a dimensão do campo de forças que se constitui em torno do tema. Sendo assim, vale ressaltar que forças contrárias estavam presentes a todo o momento. Trabalhadores, usuários e movimentos sociais defendendo seus interesses ao lado da indústria farmacêutica e sindicatos dos médicos, com interesses divergentes. Assim se dá qualquer tipo de luta e conquista na trama social, um campo de forças.

“A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como estopim o episódio que ficou conhecido como a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde (MS) responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor Saúde Mental” (AMARANTE, 2013, p.51).

Este episódio conhecido como à crise de DINSAM ocorreu em 1978, quando vários trabalhadores da Saúde Mental decretaram greve após a demissão de 260 estagiários e profissionais; e também porque não realizavam concursos públicos há muito tempo. Com um sistema defasado e precário, a DINSAM passa a realizar contratações de outros profissionais com os recursos da campanha nacional de Saúde Mental. Esses profissionais advindos de várias áreas de conhecimento como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e médicos começam a trabalhar sob condições precárias em clima de violência e agressão a eles próprios, e aos pacientes dessas instituições. Havia várias denúncias de estupro, trabalho escravo e mortes não declaradas que ocorriam dentro destes espaços (AMARANTE, 2013).

A crise inicia-se quando vários profissionais registraram queixas sobre tais ocorridos, trazendo ao público as más condições de trabalho, violência constante dentro destes ambientes, as formas de tratamento como o uso de eletrochoque e outros, buscavam questionar o saber da psiquiatria, o isolamento e a exclusão como formas de tratamento, bem como a falta de recursos das unidades e outros (AMARANTE, 2013).

Essas denúncias acabam tomando repercussões locais e depois foram disseminadas para outras unidades de saúde e também para outros profissionais. Assim o movimento dos trabalhadores em Saúde Mental ganha fortalecimento, pois vários personagens e instituições juntam-se para construir espaços de debates e propostas de transformações de assistência para a área da Saúde Mental (AMARANTE, 2013).

Em outubro de 1978 acontece o V Congresso Brasileiro de psiquiatria denominado de **congresso de abertura**, importante para organização destes movimentos sociais que estavam ocorrendo em vários estados brasileiros, pois contavam com a participação dos trabalhadores da saúde em um setor considerado conservador organizado pela categoria médica. Esse congresso foi marcado por discussões e debates que abarcavam questões relacionadas à assistência a Saúde Mental e também por críticas a todo o regime político e social da época (AMARANTE, 2013, grifo do autor).

A partir desse congresso ocorreram outros, pautados em debates ainda maiores como a “questão da defesa dos direitos dos pacientes, a mercantilização da loucura, a privatização da saúde, do ensino médico e da psiquiatrização da sociedade” (AMARANTE, 2013, p.56).

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial era por excelência expressão do Movimento dos trabalhadores em Saúde mental² e tinham como participantes amigos, familiares e usuários, que segundo Amarante (2013, grifo nosso) a participação dos usuários a marca deste movimento. O lema defendido era **Por uma sociedade sem Manicômios** propondo debates sobre a loucura, a doença mental, as bases da psiquiatria tradicional e a extinção dos manicômios (AMARANTE, 1994, grifo do autor).

O projeto de lei de nº 3657/89 propunha parâmetros sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, bem como sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais em Saúde Mental. O autor deste projeto de lei, o deputado federal Paulo delgado juntamente com todos os militantes e simpatizantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira tiveram que esperar doze anos de tramitação para ser aprovado, e resultou na Lei 10.216 de 2001 (AMARANTE, 1994).

² O MTSM caracteriza-se por seu perfil não cristalizado institucionalmente, ou seja, sendo movimento sem ligação com estruturas organizacionais. Outra característica é ser um movimento plural, pois apresenta em sua composição a participação de diferentes atores sociais. Ver texto, Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil do autor Paulo Amarante. 2013.p.57. A experiência de Trieste demonstra ser possível a constituição de um circuito de atenção que, ao mesmo tempo, oferece a produz cuidados novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2013).

Vale ressaltar que as lutas sociais não eram somente em torno da extinção dos manicômios. Amarante (2013) acredita que as discussões eram mais amplas, com o desaparecimento das instituições psiquiátricas, ainda restavam outras formas de manicômios aprisionadas nas práticas de saúde, nos discursos institucionalizantes em torno da tutela do louco. Desse modo, ainda que fechassem os manicômios havia uma segunda etapa de luta do movimento pela Reforma Psiquiátrica, que era desinstitucionalizar as práticas arraigadas nos profissionais, práticas que reproduziam o modelo manicomial mesmo sem a existência destes.

Segundo Basaglia (2010) é preciso romper com paradigmas asilares que há muito tempo tem aprisionado e excluído as pessoas com transtornos mentais, sendo necessário o investimento em outros modos de atuação inovadores, no sentido que estas pessoas possam ter condições de construir laços sociais e outros modos subjetivos. É preciso deslocar a posição de intervenção, considerando a pessoa com toda a sua forma singular de ser, agindo assim, retiramos a concepção de que temos de agir somente sobre o corpo adoecido.

O objetivo desse movimento é de eliminar as práticas de internação e isolamento que visam afastar o sujeito do convívio social e comunitário, para isto, propõe a criação de serviços de base territorial e comunitária que privilegie a liberdade como forma de cuidado e atenção em saúde. Os Serviços Residenciais Terapêuticos são exemplos desses dispositivos (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

A construção deste espaço social e comunitário para loucura deverá ser processo de luta constante, pois a todo o momento devemos questionar os diversos poderes que visam o aprisionamento da loucura. O saber psiquiátrico, a relação da sociedade com a loucura, bem como responsabilizar o Estado pela ausência de investimentos políticos para o setor da Saúde Mental (BASAGLIA, 2010).

A assistência em Saúde Mental busca ofertar outros modos de atenção e cuidado. Assim reconhecendo que as pessoas com transtornos mentais possam ser assistidas de forma integral com todos os seus direitos respeitados como qualquer cidadão pertencente à sociedade (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

A mudança de paradigma asilar para outros modos de cuidado em Rede de Atenção Psicossocial poderá promover deslocamentos e rupturas de antigas práticas instituídas pela Psiquiatria tradicional (COSTA-ROSA, 2000). Por outro lado, Amarante (2013) acrescenta

que as características dos serviços de atenção em Saúde Mental têm se transformado, porém sinaliza que é preciso estar atento para a não reprodução de práticas de natureza manicomial.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é entendida como processo social complexo, envolve várias dimensões como a teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico política e sociocultural. A primeira diz respeito a problematizar e discutir o conceito de doença mental para além de uma concepção biológica, pois há muito tempo a medicina tradicional ocupou-se em descrever e classificar as doenças mentais por um viés estritamente organicista (AMARANTE, 1994, YASUI, 2006).

A concepção técnico assistencial diz respeito aos diversos dispositivos de assistência que estão em voga, bem como em suas concepções de cuidado. Os Centros de Atenção Psicossocial sendo um desses serviços considerados modelos de estratégias em Saúde Mental que busca da oferta do cuidado em saúde, reconhecendo que o melhor tratamento é a liberdade e o convívio social (AMARANTE, 1994, YASUI, 2006).

A dimensão sociocultural consiste em produzir outros modos de se relacionar com a loucura, e isto ocorrerá por meio do envolvimento de todos os profissionais atuantes na área da Saúde Mental, bem como do cenário social como todo, pois tanto os profissionais como a sociedade são considerados agentes promotores de práticas que desmitificam a lógica segregadora e excludente em torno da concepção da loucura e das pessoas com transtornos mentais. Para além de produzir práticas e romper barreiras das representações sociais em torno da loucura, esses personagens atuantes nos diversos setores sociais e da saúde são importantes agentes para o avanço da Reforma Psiquiatria Brasileira, bem como no desenvolvimento de práticas que fomentam a **quebra** de preconceitos e de exclusão das pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 1994, YASUI, 2006, grifo nosso).

Outra dimensão é a jurídica e política que busca interrogar a maneira pela qual as instâncias jurídicas têm se utilizado do discurso de periculosidade do **louco** para sustentar uma posição de que as pessoas com transtornos mentais são perigosas, e que para isto, precisam estar isoladas do convívio social e comunitário, ainda nesta mesma composição, tanto o jurídico como o Estado são considerados produtores de grande parcela dos processos de exclusão da loucura, pois o Estado se ausentou por muitos anos a promover políticas públicas voltadas para o cuidado e atenção em liberdade para as pessoas com transtornos mentais. O único investimento do Estado durante muitos anos foi à criação de espaços de isolamento e abandono destas pessoas, longe do convívio social (AMARANTE, 1994, YASUI, 2006, grifo nosso).

Um marco importante para a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi à consolidação da Lei 10.216/2001, que teve sua proposta inicial em 1989, mas que somente no ano de 2001 foi aprovada pelo congresso levando, portanto, doze anos para ser reconhecida. O autor responsável pela elaboração desta Lei foi o deputado Paulo Delgado. Esta Lei veio para garantir que todas as pessoas com transtornos mentais sejam atendidas em liberdade, tendo todos os direitos preservados e reconhecidos como qualquer cidadão comum. Outro ponto importante que preconiza esta Lei está relacionado aos serviços em Saúde Mental, que por meio desta Lei passam a ganhar novos arranjos e parâmetros de como devem ser configurados para melhor se adequar a um novo paradigma de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2005).

Outro documento importante foi a Declaração de Caracas realizada em 1990, que aponta para princípios orientadores para mudanças nos modos de atenção em Saúde Mental nas Américas, propondo mudanças estruturais aos modos de atenção psiquiátrica e nos serviços anteriormente prestados (DESVIAT, 1999). A tônica deste documento foi esclarecer que os modos de atenção vigentes centrados nos hospitais psiquiátricos causavam cronificação e dependência das pessoas que neles ficavam. Portanto, fez-se necessário investir em serviços de base comunitária para o cuidado das pessoas com transtornos mentais. As instituições, portanto devem ser organizadas para ofertar tratamentos em liberdade provendo ações efetivas para potencialização de autonomia e inserção social das pessoas com transtornos mentais (DESVIAT, 1999).

Esta conferência contribuiu para a promulgação e fortalecimento da Lei 10.216/2001 acima citada (BRASIL, 2005). A partir daí o sistema de atenção em saúde, principalmente, em Saúde Mental, ganha outras roupagens, que são ilustradas pela criação de novos dispositivos de atenção a saúde, um deles que é foco deste trabalho é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

As Residências Terapêuticas foram criadas a partir da necessidade de desinstitucionalização decorrente do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve como inspiração maior na Itália (Trieste), por meio da experiência de Franco Basaglia representante da Reforma Italiana Democrática. Este médico psiquiatra e militante propôs que para transformar a lógica manicomial era preciso colocar em extinção os hospitais psiquiátricos, pois acreditava que somente a humanização dos atendimentos no interior dos hospitais não era suficiente. No ano de 1978 inicia-se a derrubada dos hospitais psiquiátricos na Itália a partir da aprovação da Lei

180. Após a aprovação, várias alternativas foram adotadas como os centros de Saúde Mental, cooperativas comunitárias e Residências situadas no território (DESVIAT, 1999).

A Reforma Italiana organiza dispositivos de forma territorializada, ou seja, no território. Essa Reforma, dentre outras ocorridas nos diversos países como a França, Inglaterra, foi importante, pois impulsionaram de certa forma as transformações no cenário Brasileiro. A atenção em Saúde Mental no Brasil ganhou outras configurações em todo território geográfico, pois vários modelos de atenção e cuidado em saúde foram efetivados; Os Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros, são frutos e conquistas da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira (DESVIAT, 1999).

2.3 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

A discussão para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos foi realizado na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992. As argumentações defendidas neste encontro possibilitaram pensar a relevância deste serviço como sendo uma estratégia em Saúde Mental indispensável ao cuidado às pessoas com transtorno mentais que passaram por longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos. Esse serviço surgiu com o propósito de ser um local de moradia situado nos espaços sociais, preferencialmente, inseridas no território³(ROLIN, 2013).

As Residências Terapêuticas são moradias inseridas na comunidade, sendo considerados recursos importantes para o processo de desospitalização e desinstitucionalização da loucura, bem como para a inserção social das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2000a). A característica fundamental do Serviço Residencial Terapêutico “é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a Reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a inserção social nos espaços da cidade e a reconstrução das referências familiares” (BRASIL, 2011, p.1). As pessoas que podem beneficiar destes serviços de moradia são:

³ O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. Os espaços territoriais comportam elementos que são produzidos pelas pessoas e coletividades, num manejo relacional de produção concretas de vida e paisagens sociais. Ver mais no texto “o território como estratégias” capítulo do livro *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica* do autor Paulo Amarante, referência completa no tópico de referência desta pesquisa.

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, frequentemente 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, 2004, p.10).

As Residências Terapêuticas “ocupam-se de todas as patologias psiquiátricas, dentro do bairro e do território, na comunidade, com portas abertas, com respeito total aos direitos das pessoas e com o trabalho para a reprodução social” (ROTELLI, 1994, apud, AMARANTE, 2013, p.153).

As Residências Terapêuticas são moradias que devem ser implantadas fora de qualquer unidade hospitalar, geral ou especializadas abrigando no máximo oito pessoas, acomodadas na proporção de até três por dormitórios. As moradias deverão conter aparelhos básicos como geladeira, tv, sofá, dormitórios devidamente equipados com camas e armários. Os espaços físicos deverão ser amplos, bem divididos permitindo boa circulação e acomodação dos moradores (BRASIL, 2000a). Deverá ser garantido aos moradores o direito a três refeições diárias como café da manhã, almoço e jantar.

Estes serviços contam com o suporte da Rede de Atenção Psicossocial como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência, de equipes da atenção básica, ambulatório de Saúde Mental, bem como outros serviços sociais e de saúde. As Residências Terapêuticas têm suporte de vários profissionais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial, como Psicólogos, Assistentes sociais, Enfermeiros, Médicos Psiquiatras e outros (BRASIL, 2004).

Outros profissionais atuantes diretamente nas Residências Terapêuticas são os cuidadores que trabalham numa escala de 12/36. O número de cuidadore geralmente é três, sendo dois que atuam durante o dia e um em regime noturno. Esses profissionais são encarregados de realizar atividades domésticas, como organização da casa e também auxiliar os moradores em tarefas cotidianas (BRASIL, 2004).

Essa rede de atenção em saúde citado acima deverá levar em consideração, ao planejar as ações e cuidados em saúde, a singularidade de cada um dos moradores, respeitando seus desejos, suas necessidades em determinado momento, visando sua inserção social (BRASIL, 2004).

[...] As residenciais Terapêuticas constituem elementos fundamentais para o bem-estar físico, psicológico e social. Estes serviços, quando inseridos em comunidades urbanas fora das instituições asilar, permitem uma reapropriação pessoal muito mais rica do corpo, do espaço e do tempo, do uso dos objetos e de criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana, bem como de novas oportunidades sociais na comunidade, e em melhores condições de lutar contra o preconceito convencional em relação à loucura (VASCONCELOS,2001, p.81).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos fazem parte da Política Nacional de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde. A implantação deste serviço no âmbito do SUS ocorreu em 11 de fevereiro de 2000 e está ancorada pela Portaria nº106/2000 do Ministério da Saúde. A portaria nº 3.090/2011 dispõe no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, o repasse de recursos financeiros para implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2004).

Para além destas portarias, os Serviços Residenciais Terapêuticos são regulamentados pela Lei Federal 10.216 /2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona outros modos de atenção e cuidado dentro da Rede de Atenção Psicossocial, determinando também que as pessoas com históricos de internações psiquiátricas ou que possuem alguma dependência destas instituições sejam foco de política específica e de reabilitação psicossocial assistida.

O Programa de Volta para Casa é uma iniciativa do governo federal e tem como objetivo central estimular a assistência em Saúde Mental fora do contexto hospitalar, acreditando que por meio deste recurso financeiro as pessoas com transtornos mentais possam de alguma forma reconstruir suas vidas fora do espaço hospitalar (BRASIL, 2003).

Este programa é uma conquista do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo também uma estratégia em Saúde Mental indispensável para garantir que as pessoas com transtornos mentais estas pessoas que passaram dois anos ou mais confinadas em hospitais psiquiátricos tenham a possibilidade de ser assistidas financeiramente por meio deste auxílio de reabilitação no valor de R\$ 240. Esta quantia poderá ser reajustada pelo poder judiciário de acordo com a disponibilidade orçamentária. A Lei nº 10.708/2003 busca trazer esclarecimentos sobre o funcionamento deste programa, bem como informações de quem poderá ser beneficiado (BRASIL, 2003).

A urgência para implantação das Residências Terapêuticas foi decorrente do processo de desospitalização dos hospitais psiquiátricos, ou seja, quando esses espaços foram desativados surgiu à necessidade de investimentos em serviços que pudessem acolher as pessoas com

transtornos mentais que perderam vínculos familiares devidos o processo de longa permanência em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

As primeiras experiências desta modalidade de Atenção em Saúde Mental surgiram nas cidades de Ribeirão Preto-SP, Porto Alegre-RS e Campinas-SP, em primeiro momento as Residências Terapêuticas foram denominadas de lares abrigados ou moradias assistidas, mais tarde, passa a ser chamada de Serviço Residencial Terapêutico por meio da consolidação da portaria de nº106/2000do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

A Cartilha do Ministério da Saúde intitulada **Residências Terapêuticas o que são, para que serve** preconiza que essas moradias deverão ser de natureza pública, podendo ter convênios com outras instituições que assumem o papel de acompanhamento dessas. As RTs devem ser organizadas de acordo com a necessidade dos moradores, desse modo, existem dois tipos básicos de Residências Terapêuticas a de modalidade I destinada a moradores que tenham mais independência, ou seja, que não precisam de tanta assistência, pois conseguem desenvolver atividades diárias com mais autonomia. A outra modalidade, tipo II, para moradores que precisam de mais assistência e encontram dificuldades na realização de atividades cotidianas (BRASIL, 2004, grifo do autor).

A desinstitucionalização é entendida como processo de mudanças, sejam elas nas concepções éticas, políticas e sociais no tratamento e cuidado com as pessoas com transtornos mentais, que envolvem mudanças de cunho pessoais, como posturas e comportamentos dos profissionais envolvidos no cuidado destas pessoas. Desinstitucionalizar é romper com o paradigma asilar de cuidado e inventar novas maneiras de cuidar das pessoas com transtornos mentais. “A desinstitucionalização tem como ideal a inclusão da loucura no social, propondo cuidado para além dos confinamentos em manicômio” (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009, p.197).

A desinstitucionalização é diferente da desospitalização, embora ambos sejam compreendidos por diversos profissionais como sendo iguais ou remetendo ao mesmo significado. Dessa maneira, devemos esclarecer que a desospitalização resume-se nos fechamentos dos hospitais ou na alta dos pacientes psiquiátricos, prevendo o tratamento em outros serviços; já a desinstitucionalização compreende um sentido mais amplo, pois envolve outras formas de cuidar e tratar as pessoas com transtornos mentais, envolvendo, tanto as práticas, como também os novos espaços que foram e ainda são criados para receber e cuidar destas pessoas. Portanto, desinstitucionalização requer novos lugares e novas práticas e discursos diferentes

dos produzidos nos hospitais psiquiátricos. Vale ressaltar que a desospitalização pura e simplesmente tende a causar desassistência, caso não haja um plano de inserção dos usuários em serviços substitutivos como CAPS e SRTs (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

2.4 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA

Para entender as transformações que vem ocorrendo no cenário brasileiro a respeito da construção de políticas públicas para o cenário da Saúde Mental, juntamente com vários dispositivos psicossociais que estão em voga, faz-se necessário conhecer os diferentes discursos que aprisionaram a loucura de acordo com determinadas épocas até a modernidade.

Foucault foi um dos autores de grande destaque que buscou estudar o fenômeno da loucura e os discursos que lhe foram atribuídos ao longo dos tempos até a modernidade. O autor entende que a modernidade contribuiu para criar discursos e experimentos a respeito da loucura e também foi base para o nascimento da psiquiatria. Foucault realizou importante estudo sobre as significações do fenômeno da loucura em diferentes épocas; Idade Média até o nascimento da Psiquiatria, no final do século XVIII e início do século XIX (RIBEIRO BRUNO; APARECIDA PINTO, 2011).

Foucault (2007) em seu livro História da loucura na idade clássica propõe realizar estudo denominado de Arqueologia do saber, este método arqueológico criado pelo próprio autor visa discorrer sobre a origem do olhar que enclausurou a loucura. O autor lança mão dos saberes tradicionais como livros, documentos, registros da época para relatar sobre o fenômeno loucura e também faz uso de outras fontes de saber como arte, pintura e a literatura. Segundo Amarante (2013, p.24) “O objeto de estudo de Foucault neste livro é precisamente a rede de relações entre as práticas, saberes e discursos que vêm fundar a psiquiatria”.

Na antiguidade não havia distinção entre o que é ser normal e patológico. A loucura era considerada como fenômeno mítico-religioso e acreditava-se que a pessoa acometida tinha capacidades de comunicação com entidades divinas (FOUCAULT, 2007). “A loucura é no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns” [...] “e para cada experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar”(FOUCAULT, 2000, p.78). Para Guljor, (2003, p.24) “O louco, sobretudo, era um

mensageiro, o portador das mensagens dos deuses, o profeta”. “Era respeitado e não perseguido.”

Com o passar dos tempos, o modo de conceber a loucura foi modificando. Na Idade Média, por exemplo, a loucura era vista como possessão demoníaca, demência e desrazão; acreditava-se que o ficar louco era entregar-se aos vícios, o discurso moral era predominante nesta época, ou seja, a perda da moralidade como sendo um dos motivos para permanecer na errância e na loucura. Segundo Foucault (2007) a idade média revela que o problema da possessão não estava ligado diretamente à história da loucura, mas à história das ideias religiosas. “A percepção social da loucura na Idade Média encontra-se com uma ideia de alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral, experiência originária” (AMARANTE, 2013, p.23).

Na Renascença, nascimento das ideias clássicas gregas e romanas, a loucura ainda estava ligada a representações místicas, os loucos eram vistos como símbolos de errância e morte, distante de concepções científicas e médicas (FOUCAULT, 2007). Neste período, a loucura foi representada por figuras, imagens romanescas como as pinturas de Bosh e outros, “as quais mostram animais, caras grotescas, pássaros de pescoço alongado, fascinando o espectador, encarnando a loucura em forma de tentação, expondo o mundo com tudo que nele existe de impossível, de fantástico, de inumano”(SILVEIRA; BRAGA, 2005, p.2-3). Outra representação simbólica, a **Nau dos loucos**, que eram navios que transportavam os loucos para outros lugares da cidade. “Os loucos eram colocados, pelo poder local, em grandes barcos para serem levados pelos marinheiros a outros portos”. “Este fato sinalizava para o estigma de **indesejado do louco**, e como consequência, a necessidade de sua exclusão”(GULJOR, 2003, p.25, grifo do autor). Na realidade o único navio que existiu de fato foi o Narrenschiff na Alemanha (FOUCAULT, 2007).

Com efeito, embarcar os loucos é assegurar-se de que partirão para longe e serão prisioneiros de sua própria partida. É uma purificação e uma passagem para a incerteza da sorte. A água e a navegação asseguram essa posição altamente simbólica da loucura: encerrado no navio de onde não escapa, o louco é entregue à correnteza infinita do rio, à fluidez instável e misteriosa do mar. É o prisioneiro da mais livre das rotas. (FRAYSE-PEREIRA, 1984, p. 51, apud, RIBEIRO BRUNO; APARECIDA PINTO, 2011, p.5).

A Idade Média foi marcada pelo aparecimento da lepra, doença que surgiu com o retorno dos soldados vindos das cruzadas, esse mal e juntamente a peste negra e a fome assolaram a sociedade; e representavam perigo real de morte. As pessoas contaminadas pela lepra eram

consideradas a própria encarnação do mal, sendo preciso excluir, retirar da cidade (RIBEIRO BRUNO; APARECIDA PINTO, 2011).

Nesta época foi impantado em toda a Europa o regulamento de urgência que deveria ser aplicado quando algumas doenças epidêmicas aparecessem na cidade. Esse procedimento adotado pelas autoridades da época tinha caráter de intervenção militar juntamente com a participação médica e política que buscavam promover medidas sanitárias em todos os ambientes até os privados, como as casas das pessoas. Neste período, todas as pessoas tinham que ficar presas em suas casas sendo vigiadas por soldados que buscavam controlar estes ambiente visando a diminuição de casos de contaminação pela lepra e pela peste (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

A medicina urbana, na França ocupou-se de aplicar esquemas de controle político-médico diferente para a lepra. Os leprosos foram excluídos da cidade e do convívio comum. A peste representava o modelo de isolamento e internação, pois procurava isolar, colocar em espaços em que pudessem realizar registros e análises permanentes. “Esses métodos permitiram o controle minucioso das operações do corpo” [dos espaços, tempo e dos movimentos] (FOUCAULT, 2011, p.133).

O discurso político e médico que pairava sob o fenômeno da peste manteve relação muito singular com o tratamento destinado a loucura no início do século XIX. Com o fim das cruzadas a lepra desaparece; surgem às doenças venéreas que ocuparam pouco espaço físico e também pouco espaço no imaginário social, pois logo foi descoberto à cura. Portanto em um primeiro momento foi a lepra o grande mal da época, depois as doenças venéreas e mais tarde a loucura (RIBEIRO BRUNO; APARECIDA PINTO, 2011).

Estes leprosários foram aos poucos substituídos, agora não mais os leprosos, mas todas as pessoas ditas inválidas como os idosos, mendigos, crianças, alienados mentais, criminosos, loucos e pobres (DESVIAT, 1999). “Em resumo todos aqueles que, em relação á ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de alteração” (FOUCAULT, 2000, p.78). A ideia era de higienização, retirar dos espaços urbanos todo mal que poderia provocar desordem social. Essa foi a resposta encontrada pelo regime Absolutista para ocultar a miséria e toda desordem social que pairava na sociedade da época.

“Dou o nome de Hospitais às instituições em que os enfermos são mantidos e curados, onde se sustenta certo número de necessitados, onde se educam meninos e meninas, onde se criam os filhos sem pais, onde se encerram os loucos e onde os cegos passam a vida” (VIVES 1988,

apud, DEVIAT, 1999, p.16). De outro modo, Erving Goffman (1961, p.11) em seu livro *Manicômios prisões e conventos* busca nomear estes espaços como instituições totais sendo “local de residência e trabalho onde grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. O autor acrescenta ainda que em nossa sociedade há cinco tipos de instituições destinadas a diferentes grupos de pessoas, a saber;

Em primeiro lugar, há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. Um terceiro tipo de instituição total é organizado para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato: cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração. Em quarto lugar, há instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais: quartéis, navios, escalas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões (do ponto de vista dos que vivem nas moradias de empregados). Finalmente, há os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos; entre exemplos de tais instituições, é possível citar abadias, mosteiros, conventos e outros claustros. Esta classificação de instituições totais não é clara ou exaustiva, nem tem uso analítico imediato, mas dá uma definição puramente denotativa da categoria como um ponto de partida concreto (GOFFMAN, 1961, p.17).

No contexto Europeu, aparecem os internatos destinados há todas as pessoas ditas **alienadas** esse período denominado da Grande Internação foi momento de expansão destas instituições totais destinadas à internação (FOUCAULT, 2000, grifo nosso).

Estes locais não têm vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve fazer parte da sociedade [...] “O internado que o louco recebe juntamente com muitos outros não põem em questão as relações da loucura com a doença, mas a relação da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos (FOUCAULT, 2000, p.79.).

Esses locais de internação vão aos poucos desaparecendo. O Movimento Iluminista e a Revolução Francesa contribuíram para este processo, pois desenvolveram nova noção de assistência, de pobreza e de doença. A nova ordem social e econômica advinda da Revolução Francesa provocou transformações nos diversos setores sociais, inclusive no setor da Saúde Mental, pois colaborou para o surgimento dos hospitais como lugares de intervenção médica e também como lugares exclusivos para os ditos doentes mentais (AMARANTE, 2007).

Segundo Desviat (1999, p. 16) “A nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de atendimento”.

“A loucura separou-se do campo geral da exclusão para se converter em uma entidade clínica que era preciso descrever, mas também atenderem termos médicos, buscando sua cura” (DESVIAT, 1999, p.17). Os loucos encontram-se “no estado de serem os herdeiros naturais do internado e como titulares privilegiados das velhas medidas de isolamento e exclusão” [...] “o internato ganha nova significação, torna-se medidas, de caráter médico” (FOUCAULT, 2000, p.81).

O período denominado de Grande internação terminou com o nascimento da Psiquiatria datada no final do século XVIII e XIX. Vale assinalar que as internações não deixaram de ocorrer, o que aconteceu foi à entrada do campo científico; precisamente o nascimento da Psiquiatria. “O Discurso psiquiátrico como discurso do especialista sobre a loucura não é uma prática meramente médica” “[...] ela é uma intervenção política, mediadora da sutil violência repressiva que caracteriza as sociedades contemporâneas “[...] (FRAYSE-PEREIRA, 1984, apud, RIBEIRO BRUNO; APARECIDA PINTO, 2011, p.10).

Os médicos reformadores de maiores destaques foram; Pinel na França, Tuke na Inglaterra e na Alemanha Wgnitz e Riel. A terapêutica utilizada era baseada no tratamento moral e controle social e “sustentava-se em três preceitos principais: o isolamento do mundo externo; a organização do espaço asilar e manutenção de sua disciplina; e a submissão à autoridade”. “Todas as ações advindas desses pressupostos tinham como justificativa ser a forma de tratamento” (GULJOR, 2003, p.31). Por mais que tenham mantido algumas técnicas punitivas de controle e exclusão, abriram-se novas possibilidades e significações para o fenômeno da loucura que até então ficava a mercê de discursos religiosos e sobrenaturais (FOUCAULT, 2000).

O tratamento moral preconizado por Pinel advinha de sua concepção que considerava a loucura um distúrbio da razão. O louco, denominado alienado mental, possuía uma subjetividade, uma parcela de razão mantida. As origens da alienação seriam: os vícios, a vida desregrada e a ociosidade. Sendo assim, a correção destes permitiria o acesso à razão e a cura da alienação mental (GULJOR, 2003, p.31).

A Clínica médica sempre existiu, o que ocorreu é que a partir do século XIX com o advento das diversas ciências como a Psicologia, Biologia, Psiquiatria e outras, o discurso médico ganha estruturação científica. A loucura passa a receber o status de doença mental quando o discurso da ciência lança olhar sobre o fenômeno da loucura, retirando-a do campo religioso e sobrenatural, atribuindo á ela causalidade orgânica (FOUCAULT, 2000).

2.5 SAÚDE MENTAL E SAÚDE COLETIVA

A Saúde Coletiva inicialmente se confundia com o campo da Saúde pública, pois ambas são consideradas campos de conhecimento e produção de práticas em saúde. Entretanto, apresentam concepções distintas em torno da saúde e doença. Por mais que estes campos tenham relações, os seus ideais e objetivos apesar de convergentes não são iguais, assim não podemos conceber estes campos como homogêneos, mas como campos que admitem certas pluralidades (NUNES, 1994; BIRMAN, 2005).

Dessa maneira, o campo da Saúde coletiva busca conceber a saúde de maneira abrangente dentro de dimensões sociais, culturais e políticas, e mais recentemente, a dimensão subjetiva. Esse campo compreende que as intervenções em saúde devem abarcar todas essas dimensões, com foco na oferta de ações de cuidado à saúde no que tange a promoção e recuperação da saúde, bem como prevenção de doenças e reabilitação das condições de saúde. Ainda nesta perspectiva, o conceito de saúde ganha outros contornos, sendo a saúde não vista mais como ausência de doença, ou que reduz o ser saudável a uma dimensão física e corporal, mas como processo complexo que envolve determinantes sociais, políticos, culturais e subjetivos (NUNES, 1994).

Corroborando com a discussão, Campos (2012) acrescenta que a concepção de saúde definida pela Organização Mundial de Saúde como o completo estado de bem estar físico, mental e social, muito contribuiu quando acrescentou à sua diretriz a dimensão mental e social, o que trouxe uma definição mais ampla e complexa à temática da saúde. Segundo o autor, a ampliação da concepção de saúde favorece o fortalecimento de políticas também mais abrangentes, bem como estimula reformas dos currículos dos cursos de formação para profissionais da saúde, que na maioria das vezes estão mais fortemente focadas no biologicismo.

No final do século XVIII a Saúde pública focou suas intervenções no campo social e individual, respaldada pela contribuição da medicina social e das ciências médicas que começavam a direcionar suas práticas para o setor público em função das demandas daquele momento histórico. Nesse momento o objetivo era prevenir as enfermidades. Segundo Minayo (2012, p.83) “a ênfase da ação médica se voltou para debelar as doenças (como entidades) biologicamente definidas” [...] “O discurso e a prática dos novos sanitaristas

passaram a se fundamentar na aplicação de tecnologias e na organização racional de atividades profiláticas destinadas á população pobre e miserável”.

O referencial que embasava tais intervenções era o modelo médico naturalista, com forte visão positivista. As ações que visavam atenção integral dos processos de saúde e doença não eram realizadas (NUNES, 1994). [...] “A saúde pública encontrou definitivamente seu solo fundador na biologia, perdendo assim qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e que permitisse considerar a especificidade social das comunidades sobre as quais incide” (BIRMAN, 2005, p.12).

[...] a herança do modelo positivista de produção de conhecimento das ciências humanas e sociais produz resultados que não dão conta da complexidade da vida humana e, além disso, resulta em conhecimentos que se detêm na aparência e ocultam a essência do fenômeno que examina [...] oculta questões relacionadas à forma como está organizada esta sociedade, principalmente do ponto de vista das relações de produção e de suas consequências sobre a vida das pessoas (PATTO, 1987, apud, SCARCELLI; ALENCAR, 2009, p.2).

As transformações sociais e econômicas advindas da Revolução Industrial desencadeiam forte impacto sobre as condições de vida e de saúde da população. O crescimento da população, as mudanças dos modos de produção e o avanço do capitalismo entre outros fatos, contribuíram para o fortalecimento de medidas sanitárias visando à organização dos espaços urbanos e individuais. A saúde pública e a medicina foram efetivas para responder as urgências deste momento (BIRMAN, 2005).

O desenvolvimento científico nos campos das ciências sociais e humanas, em consonância com a adoção de novos modelos de assistência à saúde, passa a evidenciar a fragilidade do modelo biologicista até então em vigor. Portanto, a produção de novos conhecimentos nas áreas sociais e da saúde colaborou para discutir outros modos de atuação e organização da sociedade. O modelo teórico e ideológico da saúde Coletiva foi efetivo para romper com as práticas médicas tradicionais de intervenção preventivista. Neste período, profissionais como Salomon Neuman, Rudolf Virchow e outros revolucionários propuseram pensar a saúde numa dimensão social e coletiva. Eles ressaltaram a insuficiência do modelo de atuação biologicista no que se refere à promoção de ações efetivas no campo da saúde, pois entendiam que “a saúde humana é influenciada não apenas por fatores específicos, mas pela interação entre eles” (MINAYO, 2012, p.86).

Assim, a partir da década de 80 começa-se a consolidar a Saúde Coletiva. O surgimento deste campo de conhecimento foi essencial para promover reflexões sobre as condições de saúde da população, levando em consideração que a saúde é um campo complexo, e que, portanto não

deve ser alvo de intervenções puramente biológicas, pois envolve outras dimensões. Os processos de saúde /doença devem ser abordados a partir de concepção diferenciada e ampliada, levando em consideração a dimensão social e coletiva desse processo. Vale ressaltar que tal campo já existia, o que ocorreu é que neste período houve sua expansão e consolidação (NUNES, 1994).

As ações da saúde coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e, neste sentido, preocupam-se com a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, instigando uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, da saúde, do sofrimento e da morte, na dimensão do coletivo e do social (CARVALHO; CECCIM, 2012, p.139).

Com a implantação do Sistema único de Saúde na década de 90, torna-se emergente a adoção desse modelo, pois com as modificações nos diversos setores sociais e da saúde, foi necessária a ampliação dos conhecimentos científicos e teóricos até então produzidos, com intuito de promover ações efetivas no campo da saúde, assim como a urgência de modelo teórico que pudesse incorporar os princípios doutrinários do SUS, a saber: Universalidade, Equidade e Integralidade (BIRMAN, 2005).

Há alguns marcos conceituais importantes da saúde coletiva; o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase na integralidade e equidade na lógica do SUS; a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade ;a valorização do cuidado e não só da prescrição ; o estímulo á convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção á saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença; a critica á medicalização e ao “mercado da cura”; entre outros princípios (CARVALHO; CECCIM, 2012, p.139).

A Saúde Coletiva é uma área de conhecimento e prática relativamente nova, o seu surgimento se deve pela carência de modelo de atuação e compreensão das questões sociais e da saúde dentro de uma perspectiva ampliada e abrangente “[...] Saúde coletiva propõe mudanças significativas no campo da saúde que dizem respeito à organização e ao processo de trabalho; à reorientação da assistência com ênfase na promoção e proteção da saúde; e prevenção de doenças, bem como a reorientação para a análise dos modos de vida e das relações entre os sujeitos no contexto social” (SCARCELLI; ALENCAR, 2009, p.2).

Carvalho e Ceccim (2012, p.138) “acrescentam que a Saúde coletiva é um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada, mas também interdisciplinar, onde não há limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde”. “A saúde coletiva lida com problemas de saúde da coletividade, buscando programar ações de prevenção ou de promoção” (CAMPOS, 2012, p.66).

O campo da Saúde Mental e o campo da Saúde Coletiva operam sobre lógicas que conservam uma grande afinidade entre si, sendo considerados campos de atuação em que vários saberes relacionam-se tais como: a psicologia, medicina, antropologia, filosofia, dentre outros. Trata-se de campos polissêmicos, que mantêm relações com diversas áreas de conhecimento, não somente com a psiquiatria, no caso da Saúde Mental. Tanto o campo da Saúde Mental como o da Saúde Coletiva caracteriza-se por serem áreas de conhecimento de natureza multidisciplinar e interdisciplinar (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

Assim, a Saúde Mental é considerada campo de conhecimento amplo que envolve várias dimensões, pois podemos falar de Saúde Mental da criança, do idoso, da família e assim por diante. Sendo, portanto campo de atuação relacionado à Saúde Mental dos sujeitos e da coletividade (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

De acordo com Amarante (2007) o campo da Saúde Mental quando pensado desta forma contribui para a modificação e transformação das práticas em saúde, uma vez que opera sob a lógica da complexidade que os processos de saúde e doença envolvem, pois a saúde e o adoecimento trazem consigo aspectos de naturezas socioeconômicas e subjetivas, refletindo assim nas condições concretas de vida das pessoas.

A Saúde Mental vem de uma concepção restrita e pontual, pois significava trabalhar com doente mental nos manicômios, asilos e diversas instituições fechadas destinadas a denominadas deontes mentais. Hoje, portanto, a natureza deste campo é pensada de forma diferente daquele modelo tradicional de atuação que considerava unicamente o modelo da psiquiatria, como sendo a única forma de intervenção. “A Saúde Mental não se restringe apenas à psicopatologia ou à semiologia e não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais” (AMARANTE, 2007, p.16).

O campo da saúde necessita de profissionais de diferentes saberes, para que se possa fortalecer e consolidar a concepção de saúde em seu aspecto amplo, que perpassa e interage com várias áreas de conhecimento. Por isto, a importância de haver a presença de equipes multidisciplinares atuantes nos diversos setores da saúde, buscando contribuir para o melhor e mais amplo entendimento dos fatores presentes no processo saúde doença (THEREZINA LUZ, 2009).

A multidisciplinaridade se caracteriza por ser uma prática em que envolve vários campos de saberes, entretanto não se pode dizer que exista uma forma de construção conjunta nas intervenções. Sendo assim, os saberes tendem a se complementar de forma limitada, existindo

ainda uma sobreposição de campos considerados mais relevantes na intervenção em saúde. (OLIVEIRA; TOMASI, KOSTULSKI et al, 2012) .

Portanto, faz-se necessário a construção de práticas que vão além da contribuição individual e específica de cada saber, sendo preciso caminhar para ações interdisciplinares em que os saberes envolvidos estão inter-relacionados, atuando numa concepção ampliada e coletiva; e reconhecendo a complexidade do campo da saúde, bem como os condicionantes sociais, culturais, políticos e biológicos que perpassam a produção de saúde e doença (CAMPOS, 2012, ALMEIDA FILHO, 1997).

A interdisciplinaridade envolve a integração de diversas disciplinas no intuito promover parecer sobre determinado fenômeno, buscando integrar os conhecimentos advindos de diferentes áreas com o objetivo de traçar planos de intervenções agregando as especialidades diversas visando uma compreensão de integralidade dos fenômenos a serem avaliados. “A interdisciplinaridade procura identificar a interação e a integração de todos os elementos, ou seja, como há essa integração uns com os outros e como se afetam, buscando conhecimento totalizante e único daquela realidade particular e dinâmica” (BRANDÃO, 2000, apud, OLIVEIRA, et al, 2012, p.1). “[...] Na interdisciplinaridade a equipe trabalha de forma que todos os profissionais atuam de maneira uniforme e colaborativa, ou seja, os membros da equipe interagindo entre si, em busca de melhor qualidade de vida para os pacientes” (ANGERAMI-CAMON, 2000, apud, OLIVEIRA et al, 2012, p.2).

2.6 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NO ESTADO DO ESPIRITO SANTO

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são caracterizados por serem moradias para pessoas com transtornos mentais ou egressas de hospitais de custódia que passaram por longos períodos de internação psiquiátrica e que por isso perderam vínculos familiares e sociais. Este serviço tem como foco ser um lugar de moradia mais próxima possível das moradias que conhecemos, inseridas no território e nas comunidades, buscando desta forma oferecer ao morador condições para sua inserção social e vivências no meio comunitário (BRASIL, 2004).

Esses serviços fazem parte da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, sendo considerados dispositivos essenciais ao processo de desospitalização e desinstitucionalização e inserção social das pessoas com transtornos mentais, pois, valoriza que o melhor cuidado é em liberdade, longe de qualquer instituição segregadora e asilar como os hospitais psiquiátricos. As Residências Terapêuticas estão articuladas ao Sistema Único de Saúde e devem, portanto, ser organizadas de forma a seguir os princípios doutrinários e organizativos deste sistema (BRASIL, 2008).

A luta pela melhoria da atenção à Saúde Mental é uma bandeira do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela quase totalidade do tratamento psiquiátrico. No Brasil, experiências bem-sucedidas não faltam e podem ser reproduzidas. A conscientização política se faz presente para a ampliação desses serviços, de forma igualitária e humanizada, proporcionando aos portadores de transtornos mentais a possibilidade de reinserção social (Brasil, 2008, p.10).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são uma das políticas de Saúde Mentais recentemente implantadas em todo território brasileiro. No Espírito Santo, a adesão a este tipo de serviço teve início no ano de 2004.

Sendo assim, para a construção deste tópico teórico foi necessário buscarmos informações em forma de relatos verbais, principalmente, para escrever sob a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, uma vez que ainda não há nada escrito e publicado sob a história da implantação destes serviços no Estado do Espírito Santo.

O processo de desospitalização dos hospitais psiquiátricos trouxe a necessidade de encontrar alternativas de cuidado que pudessem ofertar espaços de moradia para as pessoas com transtornos mentais ou advindas de hospitais psiquiátricos. Desse modo, as Residências Terapêuticas como modelos de moradias inseridas no espaço comunitário funcionam como estratégias adotadas pelo governo desse Estado para retirar as pessoas com transtornos mentais dos hospitais psiquiátricos, oferecendo a elas os cuidados necessários a cada um sem causar desassistência (BRASIL 2004).

Os modos de assistência às pessoas com transtornos mentais no Estado do Espírito Santo ocorreram de forma lenta em comparação a outros Estados brasileiros, como o Rio de Janeiro, que contava com hospitais psiquiátricos como o Hospício Dom Pedro II, inaugurado em 1841⁴. O atraso em investimentos na área de assistência psiquiátrica para as pessoas com transtornos mentais em solo capixaba apontava para descaso com que estas pessoas eram tratadas (LIMA, 2005).

No Espírito Santo, a assistência psiquiátrica teve início no final do século XIX. O primeiro estabelecimento destinado a prestar atendimento às pessoas com transtornos mentais foi fundado no ano de 1887/1898. Caracterizaram-se por ser espaços asilares e eram anexos à Santa Casa de Misericórdia. Anos depois, a direção que administrava este estabelecimento realizou uma comunicação de que tal local não tinha estruturas físicas para receber as pessoas com transtorno mental, alegando também que tais pessoas perturbavam a rotina desta instituição. Assim, as autoridades deste Estado juntamente com a administração da Santa Casa de Misericórdia entram em consenso de que este lugar não havia realmente estruturas para prestar este tipo de atendimento (JABERT, 2005).

Diante desses impasses, o Estado propôs medidas para solucionar tais questões, a saída encontrada foi de enviar boa parcela destas pessoas para ser tratada no hospício do Rio de Janeiro, a outra parcela ficando no quartel da capital sob o controle da polícia e o poder judiciário. Essa situação perdurou por alguns anos. Somente no ano de 1899/1921 o Estado realiza parceria com uma instituição filantrópica **Deus, cristo e caridade**, localizada em Cachoeiro de Itapemirim⁵, a intenção era encontrar espaço que pudesse atender as pessoas com transtornos mentais em solo Capixaba. Os meios de transporte utilizados para o deslocamento destas pessoas eram trens e viaturas da polícia, havendo muitas dificuldades para tal deslocamento (JABERT; 2005, grifo do autor).

Após alguns anos, as autoridades públicas do Estado do Espírito Santo começaram a reivindicar a abertura de hospital psiquiátrico na Capital de Vitória alegando que a cidade

⁴ O Hospício de Pedro II é inaugurado com 140 leitos. A inauguração do suntuoso Hospício de Pedro II, em 1841, instalado na praia da Saudade retira os pacientes da Santa Casa de Misericórdia, que se encontrava em condições insalubres, e acena com a possibilidade do tratamento moral. Surge a primeira instituição psiquiátrica do Brasil. Localizado em uma chácara afastada do centro da cidade, foi construído com dinheiro de subscrições públicas. O edifício, em estilo neoclássico, era provido de espaços suntuosos e decoração de luxo, e passa a ser popularmente conhecido como o “palácio dos loucos”

⁵ A cidade de Cachoeiro de Itapemirim está situada no sul do Espírito Santo, localizado a cerca de 140 km da capital Vitória.

estava cheia de pessoas indesejáveis, e sendo preciso criar espaço adequado para todos os tipos de alienados mentais como os loucos, idosos, crianças, moradores de rua, pessoas que chegavam ao Estado em busca de condições melhores de vida e outras. Para além destes argumentos acima citados, havia outras questões referentes à instituição asilar de Cachoeiro, pois esta se encontrava lotada e sem estruturas físicas, bem como não havia intervenção médica para tais pessoas. A intervenção médica era o quesitonamento mais importante, uma vez que se espera a figura desses especialistas dentro deste ambiente pudesse controlar principalmente os loucos, considerados classes de pessoas perigosas e perturbadoras da ordem social (JABERT, 2005).

[...] A assistência psiquiátrica no Espírito Santo foi marcada por um tradicionalismo nas ações, representada pela segregação do doente mental [...] e por uma terapêutica baseada, quase exclusivamente, na medicação, contando com o uso do eletrochoque e de “quartos-fortes” ou “cubículos” destinados aos pacientes mais “agitados” (LIMA, 2005, p.83).

As modificações assistenciais iniciaram no ano de 1925 com a construção do primeiro espaço denominado de Hospício de Alienados da Ilha da Pólvora, localizado no bairro de Santo Antonio⁶. Vale ressaltar que a finalidade deste espaço não era para cuidar dos **loucos**, mas de todas as pessoas consideradas desviantes e também portadoras de doenças infecciosas como a hanseníase e a tuberculose, consideradas com alto índice de mortalidade (JABERT, 2005, grifo nosso).

Para além desse hospício outros locais de assistência foram implantados como o hospital Dr Pedro fontes inauguradas em 22 de Maio de 1935, no município de Cariacica. Este hospital teve como objetivo assistir todas as pessoas com hanseníase e também as pessoas consideradas desviantes, como os loucos e demais pessoas. Outro espaço criado para estes objetivos foi à clínica Santa Angélica, localizada no centro de Vitória/ES, mas por falta de informações disponíveis sobre tal espaço, não foi possível descrevê-lo e o tipo de usuários que eram encaminhados para este local.

A partir de 1980 esses hospitais colônias foram aos poucos desativados em todo território brasileiro por determinação do Ministério da Saúde, que propôs outros modos de tratamento que não fosse o isolamento e a exclusão, incentivando, assim, a convivência social e restabelecimento de laços familiares, pois as pessoas portadoras de hanseníase eram isoladas e

⁶ Situado no extremo oeste da cidade, margeado pela Baía de Vitória, tendo como limites a leste o Morro de Alto Caratoíra, o Morro de Bela Vista e de Nossa Senhora Aparecida. Considerando historicamente o bairro mais antigo da cidade de Vitória/ES

proibidas de contato com outras pessoas, inclusive a própria família. Um dos fatores que contribuiu para tal acontecimento foi à descoberta de medicamentos para tratar esta doença.

Esses espaços deveriam possuir todas as características consideradas como moderno hospital psiquiátrico, com o objetivo de oferecer tratamento médico para a população de loucos e também os portadores de doenças como a hanseníase, o que não era encontrado no hospital de Cachoeiro (JABERT, 2005). Em funcionamento este hospital localizado perto da Baía de Vitória, em proximidade com o mar foi considerado perigoso, pois muitos pacientes ao tentar fugir acabavam morrendo afogados, e isto, na época sustentou a decisão para o fechamento de tal estabelecimento, que ocorreu após alguns anos (MEIRELHES; LIRA; COSTA, 2013).

Após, o fechamento deste hospital, surgiu depois de alguns anos, o Hospital Colônia Aduito Botelho⁷ que foi inaugurado em 24 de Abril de 1954 pelo Serviço Nacional de Saúde Mental, estando situado no Município de Cariacica na região metropolitana de Vitória/ES. Atualmente, denominado de Hospital Estadual de atenção Clínica (HEAC). No ano de 1968, após 14 anos da sua implantação, já havia quantidade bastante significativa de internações ultrapassando a faixa de 1.711 pacientes.

Este hospital foi descrito pelas autoridades como um local moderno e que se encontrava todos os equipamentos necessários para o seu funcionamento, anos depois, vários jornalistas foram visitar tal estabelecimento e constataram situações muito diferentes das reveladas pelas autoridades, tais profissionais diziam que as condições eram de total desumanidade, havia pessoas presas em camas, deitadas no chão, muitas se encontravam em estado precário de saúde, não havia estruturas físicas para atender tais pessoas (JABERT, 2005).

Quase sempre, muitas instituições totais apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas. Já se sugeriu também que um freqüente objetivo oficial é a reforma dos internados na direção de algum padrão ideal. Esta contradição, entre o que a instituição realmente faz e aquilo que oficialmente deve dizer que faz. Constitui o contexto básico da atividade diária da equipe dirigente (GOFFMAM, 1961, p.69).

A medicação era o único recurso utilizado dentro deste local, o argumento para o uso indiscriminado de tais substâncias era descrito como sendo alternativas eficazes para o controle dos ditos alienados mentais (JABERT, 2005).

⁷ Para o Ministério da saúde ainda consta Hospital Aduito Botelho. Hoje o nome é Hospital Estadual de Atenção Clínica. Atualmente, tem 40 a 50 vagas neste hospital de curta permanência. Para realmente este hospital ser clínico e preciso que tenha 25 leitos, por isto, o Ministério da saúde não credenciam como hospital de caráter clínico.

O projeto arquitetônico deste hospital apresentava estruturas semelhantes aos demais hospitais construídos nas diversas cidades brasileiras, cuja inspiração veio do modelo, postulados por grandes reformistas, como Jeremy Bentham baseado no projeto panóptico, que estabeleceu definições de como seria construídos os sistemas prisionais do século XIX. Outra característica desta instituição hospitalar e que à organização interior apresentava repartimentos como a divisão em alas femininas e masculinas, e os espaços arquitetônicos foram construídos em forma de retângulo para melhor administrar tal espaço e principalmente as pessoas internas (JABERT, 2005).

“O Aduito Botelho do Espírito Santo possui a mesma planta física dos demais hospitais no restante do país [...], ou seja, uma estrutura que, antes de tudo, serve para segregar aquele tido como louco do restante da sociedade considerada sadia e normal” (LIMA, 2005, p.39).

Este hospital foi construído numa área distante longe da vida em sociedade, reforçando a ideia de que o **louco** precisa ser excluído da sociedade comum, por apresentar perigo para a coletividade (JABERT, 2005, grifo nosso). O acesso a tal estrutura hospitalar tinham muitas dificuldades, uma vez que não havia estradas pavimentadas e nem iluminações adequadas para chegar e nem sair deste local. Tendo sua construção realizada em um terreno extremamente isolado (JABERT, 2005).

Durante anos, este hospital foi único cenário de tratamento para as pessoas com transtornos mentais, com passar dos anos, principalmente na década de 90, várias transformações no contexto de assistência a Saúde mental tem ocorrido, tanto no estado do Espírito Santo, como em todo contexto brasileiro. Os avanços advindos das lutas sociais e dos movimentos populares como a Reforma Psiquiátrica Brasileira, trouxeram novos modos de cuidado para as pessoas com transtornos mentais, vários dispositivos em Saúde Mental foram implantados como os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos e outros que estão dispostos na Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004).

A partir destas novas configurações no campo da Saúde Mental ocorridas em todos os Estados brasileiros houve mudanças nos modos de atenção e cuidado para as pessoas com transtornos mentais. No estado do Espírito Santo entre os anos de 1995 e 1996, começaram a haver modificações no modo de atendimento as pessoas com transtornos mentais.

Nesta estrutura hospitalar referenciada acima se inicia várias ações no sentido de retirar os pacientes, buscando inserir esses em outros espaços que estavam sendo construídos. Sendo, as primeiras ações realizadas com o objetivo de separar os pacientes em três grupos; agudos, ou

seja, em crise, pacientes crônicos considerados moradores deste hospital com histórico de longa permanência e os pacientes com possibilidade de alta (Informação verbal⁸).

Desse modo, foram criadas três unidades neste hospital visando colocar esses grupos de pacientes, a primeira unidade de curta permanência para pacientes agudos, outra unidade de ressocialização para pacientes crônicos, e os pacientes em condições de alta foram encaminhados para uma unidade, que logo se transformou no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Moxuara, situado em Cariacica.

Vale ressaltar, que as pessoas encaminhadas para o dispositivo acima citado, ou seja, para o CAPS Moxuara, receberam alta, ou seja, foram para casa, tendo este espaço como referência para tratamento e cuidado em liberdade. Por mais que houvesse retirado alguns pacientes deste local devido à implantação do CAPS, ainda restava considerável número de pessoas hospitalizadas.

O Ministério da Saúde com a política pública de desativar os hospitais psiquiátricos exigia a diminuição progressiva do número de pacientes nestes hospitais. Esses pacientes deveriam ser acompanhados pelo (CAPS) que já estava em funcionamento. Diante de tais exigências, havia uma questão, pois nem todos os pacientes poderiam ir para os Centros de Atenção Psicossocial e também não podiam ficar internados no Hospital Adauto Botelho, ou seja, não havendo lugar para acomodar tais pessoas. Nesta época, após essa medida de transferir alguns pacientes para atendimento no (CAPS) fez com que diminuísse a quantidade de pessoas internas neste hospital, mas ainda havia bastantes pacientes residentes neste hospital.

As primeiras Residências Terapêuticas implantadas no Estado do Espírito Santo ocorreram 2004, tendo total de cinco Serviços desta modalidade. Na época, a Rede de Atenção em Saúde Mental do Estado do Espírito Santo encontrava-se sem estruturas para adquirir tal serviço.

Para que os pacientes fossem morar nestas Residências Terapêuticas foi necessário a elaboração de um projeto de ressocialização destinado aos pacientes considerados **aptos** para serem moradores destas casas. Equipes multidisciplinares foram convocadas para realizar tal projeto, bem como para planejar a implantação dos SRTs (grifo nosso).

⁸Os parágrafos escritos referentes às páginas 56 até a 61 foram construídos por meio de informações advindas de entrevista verbal com profissional de Saúde Mental vinculado ao processo de implantação das Residências Terapêuticas no estado do Espírito Santo Este profissional será identificado por profissional G. Entrevista concedida à pesquisadora no dia 16 de Setembro de 2015.

Essas equipes foram compostas por dois grupos de profissionais, os que atuavam no CAPS Moxuara e os profissionais da área técnica da Saúde Mental do Estado do Espírito Santo, formando um grupo de trabalho para o desenvolvimento de ações deste caráter.

As práticas de ressocialização realizadas por esta equipe eram de cunho pedagógico, ou seja, de promover alguns ensinamentos a tais pacientes, como sentar numa mesa, comer com garfos e facas, tomar banho, se vestir e outros. Essa equipe também promovia atividades de passeios externos com os pacientes com a intenção de promover conhecimento da cidade, bem como de ensiná-los a movimentar-se pelo território.

As Residências Terapêuticas no Espírito Santo são equipamentos Estaduais e não Municipais, como preconiza o Ministério da Saúde no documento sobre o processo de legislação dos SRTs, que estão ancorados pela portaria nº 106/MS de 11 de Fevereiro do ano de 2000 (BRASIL, 2000a).

Os militantes e profissionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial defendiam que as Residências Terapêuticas deveriam ser instrumentos dos Municípios. Os argumentos sinalizados por tais profissionais, para esse propósito, eram de que se fazia necessário fortalecer a Rede de Atenção em Saúde Mental, pois as Residências Terapêuticas sendo administrada pelo Estado prejudicariam a consolidação da Rede de Atenção em Saúde Mental nos Municípios.

Outro argumento era de que já havia serviço de saúde ligado ao Estado como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Moxuara, portanto sendo um erro estratégico e logístico, pois os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas deveriam ser serviços Municipais, como preconiza o Ministério da Saúde, erro que se desdobra num segundo que é o enfraquecimento da Rede Municipal de Saúde.

Faz-se importante destacar que as Residências Terapêuticas para serem implantadas deveriam estar ligadas ao Hospital Adauto Botelho, ou seja, ao próprio manicômio. As três primeiras Residências Terapêuticas que começaram a funcionar apresentavam uma dependência absoluta deste hospital, tanto relacionado aos profissionais que ainda mantinham vínculos com o este hospital, como também em relação às questões de alimentação e manutenção destas casas, pois os alimentos, dentre outras coisas, para chegar as Residências Terapêuticas tinham que ser levados pelos profissionais deste hospital até as casas.

Os primeiros profissionais cuidadores dos SRTs eram funcionários deste hospital, os quais não receberam treinamento adequado para atuar nestes espaços. Esses profissionais começaram a

realizar práticas da mesma maneira que faziam no hospital, reproduzindo a lógica manicomial.

Os profissionais consideravam que a criação de serviços substitutivos pautados numa outra lógica de cuidado como as Residências Terapêuticas não fazia sentido estar mantendo ligações com o próprio hospital psiquiátrico, conforme acima citado poderia ocorrer à reprodução de práticas manicomiais dentro dos SRTs, bem como promover movimentos contrários aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Ministério da Saúde que preconiza que todos os dispositivos devam ter o funcionamento distante de estruturas hospitalocêntricas. Apesar destes argumentos contrários, as Residências Terapêuticas foram implantadas e reconhecidas como serviços de natureza estaduais.

No ano de 2004, quando ocorreu a criação dos cinco SRTs, o modelo proposto reproduzia o uma organização hospitalar, separando-se alas femininas e masculinas. Atualmente, a maioria das Residências Terapêuticas é organizada, tendo uma moradia com moradores do sexo feminino e sexo masculino. Nesta época, alguns membros das equipes responsáveis pelo planejamento e organização destas casas argumentaram que esta separação seria viável, pois os pacientes poderiam fazer uso da sexualidade de maneira que os cuidadores poderiam não saber lidar ou controlar. “Fantasias em torno da sexualidade, sob quem tem transtorno mental, sabemos que isto não é verdade” (PROFISSIONAL G). Entretanto profissionais da área técnica da Saúde Mental tentaram argumentar de forma contrária, mas mesmo assim, estas moradias foram configuradas desta maneira.

Nesse momento, dos 150 pacientes internados no Hospital Adulto, 50 deles foram direcionados para as Residências Terapêuticas que já estavam em funcionamento, outra parcela foi enviado para o Centro de Atenção Psicossocial, mas ainda permaneciam alguns que precisavam ser também encaminhados. Com novas exigências do Ministério da Saúde para retirar todos os pacientes deste Hospital.

Diante disto, em 2010 e 2011 ocorreu implantação de mais 10 Residências Terapêuticas, ficando com total de 15, sendo sete Residências Terapêuticas no município de Cariacica, três em Vila Velha, duas em Vitória e três no Município de Serra. Vale ressaltar que “estas Residências Terapêuticas implantadas em 2010 não tiveram ações de ressocialização, as pessoas foram tiradas do Hospital Adulto Botelho e jogadas nestas casas sem preparo nenhum, como tiveram as primeiras” (PROFISSIONAL G).

Todas estas Residências Terapêuticas são caracterizadas como tipo I- para pacientes com autonomia da vida diária, as moradias tipo II destinada às pessoas com maior dependência de cuidado, tipo as pessoas acamadas, idosas e outras, ainda não foram implantadas, estas pessoas ainda estão em hospitais psiquiátricos.

Diante dos diversos impasses, conflitos e dificuldades em torno da implantação e gerenciamento das Residências Terapêuticas, o Estado propôs soluções visando resolver tais problemas, o recurso encontrado foi a contratação de serviço terceirizado denominado de Instituto Visa e Saúde - INVISA⁹. Essa instituição seria responsável por administrar e coordenar os SRTs já existentes, e outros que seriam implantados. Este Instituto responsável por tais serviços contrataram outros profissionais para trabalhar, chamados cuidadores.

O número de Residências Terapêuticas implantadas no Estado do Espírito Santo é considerado pouco diante da existência de vários hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento que poderiam ser desativados, possibilitando que os pacientes fossem encaminhados para moradias como os SRTs.

Em Cachoeiro de Itapemirim, por exemplo, a clínica de repouso Santa Santa Isabel conta com 400 leitos, sendo 60 destes ainda com pacientes que poderiam se beneficiar com este tipo de serviço. Vale ressaltar que quando foi desenhada a Rede de Atenção em Saúde Mental do estado do Espírito Santo, esperava-se a existência de tais serviços, em todas as regiões.

O processo da implantação das Residências Terapêuticas no estado do Espírito Santo teve seu percurso pautado em discussões e conflitos de diversas naturezas, tanto relacionadas às questões micro e macro políticas como as citadas anteriormente. Os Serviços Residenciais Terapêuticos mesmo não tendo sido implantados como preconiza o Ministério da Saúde, foram reconhecidos pelos profissionais e militantes, que estiveram envolvidos durante todo o planejamento, como equipamentos com grande potencial para a promoção de inserção social das pessoas com transtornos mentais. Portanto, deve ser considerado um avanço, tanto para o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quanto para o campo da Saúde Mental no Estado do Espírito Santo.

Existem duas comissões que trabalham com aspectos característicos das Residências Terapêuticas, sendo uma administrativa e burocrática – que fiscaliza o contrato entre a Secretaria Estadual de Saúde e a OSCIP; e a outra denominada de acompanhamento técnico –

⁹ Instituto visa e saúde (INVISA) sendo este uma entidade de direito privado sem fins lucrativos, formada como Sociedade Civil de Interesse Público, qualificada pelo Ministério da Justiça como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público –OSCIP.

que são profissionais da Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial dos Municípios, juntamente com a equipe da área técnica da Saúde Mental do Estado, que tem como função discutir aspectos relacionados à inclusão de novos moradores, remanejamentos de moradores, o que mais surgir como demanda entre cuidadores e moradores e outros; como conflitos com a comunidade e o território, incluído os equipamentos neles existentes e a resistência e preconceito das pessoas no em torno da moradia.

Estes acompanhamentos muitas vezes são realizados de forma distante, ou seja, não são presenciais, prejudicando o andamento de ações que poderiam ser mais efetivas tanto para os moradores como para o próprio serviço SRT. Os Centros de Atenção Psicossocial, por exemplo, poderiam apropriar-se mais deste serviço, o que acontece é que há uma divisão entre as Residências Terapêuticas e os diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, o que prejudica o bom funcionamento dos serviços. O ideal é que essas Residências Terapêuticas sejam municipalizadas, pois assim, poderá haver mais envolvimento de toda a Rede de Saúde Mental.

A gestão OSCIPS tem sido largamente utilizada na Saúde Pública, não sendo exclusivo nas Residências Terapêuticas, o que é compreendido por grande parcela de estudiosos, pesquisadores e trabalhadores da Saúde como um entrave ao avanço do processo, sendo defendida a municipalização destes serviços. Entretanto, existem interesses de várias ordens para que isto não aconteça.

O Ministério da Saúde repassa R\$10.000 para o Município custear as Residências Terapêuticas, sendo essa quantia para cada casa, o que gera uma controvérsia, pois para as Residências Terapêuticas serem reconhecidas pelo Ministério da Saúde elas precisam ser dispositivos municipais.

Nos registros oficiais da Saúde Mental em dados¹⁰ do Ministério da Saúde consta que no Estado do Espírito Santo tem cinco Residências Terapêuticas em funcionamento, pois são exatamente as municipais, porém as duas RTs estudadas são estaduais, conforme já citado anteriormente.

Os cuidadores devem ser treinados para dar autonomia para os moradores e não brincar de cuidar. Outro ponto relacionado é que trabalhar com a loucura sem conhecimento e ter a ideia que tem que ser controlada e tratada. Sem conhecimento adequado as práticas de cuidado caem em extremos, ou tutela ou solta. Trabalhar

¹⁰ Os dados estão em anexo B. Estes dados foram encontrados nos registros de Saúde Mental em dados do Ministério da Saúde. A referência completa encontra-se no tópico das referências desta pesquisa.

com a loucura tem um jogo tutela e autonomia. Tem certa precarização deste trabalho, mas as condições são estas. A Residência não tem um funcionamento muito bom. A falta de preparo dos cuidadores influencia muito o andamento efetivo das Residências terapêuticas, pois sem serem treinados para trabalhar com estas pessoas, muitos cuidadores pensam que tem que tutelar demais, dar uma de mãezinha, isto infantilizam os moradores (PROFISSIONAL G).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi descritiva de cunho qualitativo. O estudo de natureza qualitativa trabalha com dados qualitativos e as informações coletadas pelo pesquisador não são analisadas por números (RICHARDSON; 1989, apud, DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008). Vale ressaltar que os estudos de natureza qualitativa caracterizam-se por trabalhar com informações advindas dos sujeitos e que tais dados não são considerados dentro de medidas estatísticas, pois considera que os discursos relatados pelas pessoas estão relacionados ou configurados no campo social, cultural e histórico de determinada sociedade (MINAYO, 2006).

Neste sentido, podemos pensar que as pesquisas de tal natureza buscam estudar os discursos de forma a entender a complexidade das composições produzidas num cenário que é coletivo, social e concreto da vida das pessoas. Por isto os estudos desta natureza guardam perfeita combinação com o campo da saúde como todo (MINAYO, 2006).

As pesquisas descritivas apresentam descrever as características de determinada população ou fenômeno de forma a obter o estabelecimento de relações entre variáveis que compõem (GIL, 2009).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa teve como campo de estudo duas instituições denominadas de Serviços Residenciais Terapêuticos, localizadas no Bairro Tabuazeiro do município de Vitória/ES, de gestão estadual, coordenadas pelo Instituto de Visão e Saúde – INVISA, sendo este uma entidade de direito privado sem fins lucrativos, formada como Sociedade Civil de Interesse Público, qualificada pelo Ministério da Justiça como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP (GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2012).

As duas Residências Terapêuticas são de modalidades tipo I, pois apresentam características de moradias destinadas as pessoas com transtornos mentais que são mais autônomos nos afazeres cotidianos. Outros aspectos destas duas Residências terapêuticas é que uma é

composta por moradores do sexo feminino e a outra composta por moradores do sexo masculino.

Esta pesquisa caracteriza-se por ser um estudo de campo que segundo Gil (2009) não necessariamente precisa ser composto por uma unidade geográfica, já que pode ser uma comunidade de trabalho, de estudo, de lazer ou voltada para qualquer atividade humana [...] “O estudo de campo é desenvolvido por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevista com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo”. Portanto, ela se [...] “caracteriza como sendo estudo com maior profundidade das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis” (GIL, 2009, p.52-53).

3.3 PARTICIPANTES

O grupo de amostragem foi não probabilístico seguindo critérios de acessibilidade ou conveniência, pois como ressalta Gil (2009, p.113) “O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo”, sendo assim a amostra dos sujeitos pesquisados [...] “é destituída de qualquer rigor estatístico e não requer elevado nível de precisão”.

A pesquisa teve como participantes profissionais cuidadores que atuam nas Residências Terapêuticas do Bairro Tabuazeiro em Vitória/ES, a equipe de profissionais supervisores que acompanham esses serviços, bem como um profissional vinculado ao projeto de implantação das Residências Terapêuticas no Estado do Espírito Santo. O total dos participantes foi de seis cuidadores, três em cada uma das Residências Terapêuticas e seis supervisores, sendo dois profissionais de Psicologia, dois Assistentes Sociais, um Nutricionista e um profissional de Enfermagem, perfazendo um total de 13 participantes.

O número de cuidadores foi definido considerando-se o fato que esta quantidade de profissionais é que compõem a equipe de trabalho, ou seja, foram entrevistados todos os cuidadores e supervisores das duas Residências Terapêuticas estudadas, e um profissional vinculado ao processo de implantação das Residências Terapêuticas. Outro ponto a destacar é que os dados de idade, tempo de trabalho não serão critérios relevantes para a pesquisa, portanto não serão considerados para escolhas dos participantes cuidadores. Os dados de escolaridade e formação serão levados em consideração principalmente dos supervisores, pois

segundo a normatização para implantação das Residências Terapêuticas todos os supervisores devem ter ensino superior nas diferentes áreas de conhecimento necessárias para o funcionamento do serviço de moradia.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O acesso para obtenção das entrevistas destes participantes foi necessário à aprovação do Instituto INVISA, bem como pela Secretaria Estadual de Saúde, que após a aprovação de ambos, o pesquisador foi informado que para entrar nas Residências Terapêuticas teria que ser acompanhado por profissionais atuantes no Instituto INVISA. E seguindo tais procedimentos pode-se ter acesso aos participantes cuidadores. Vale ressaltar que os dias e horários para entrevistar tais participantes foram estabelecidos pelo profissional que ficou responsável para acompanhar as idas do pesquisador ao campo em questão. A participação de ambos participantes se deu após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). A aprovação do Instituto INVISA foi necessária uma vez que este é responsável por coordenar e supervisionar as Residências Terapêuticas.

Os cuidadores foram entrevistados dentro do ambiente onde trabalham já os profissionais supervisores devido ao fato de eles não permanecerem o tempo integral dentro das Residências Terapêuticas e pelo grande volume de atividades ficou combinado que os mesmos responderiam um questionário que foi enviado para o email em que todos os participantes tiveram acesso, e os mesmos ficaram de reenviá-los logo após responder tal instrumento. Os participantes cuidadores e o participante vinculado a implantação das Residências Terapêuticas fez-se o uso de entrevista semiestruturada.

Após esse processo, o estudo passou por etapas essenciais, quais sejam: seleção e exploração do material com a devida transcrição das entrevistas; codificação para a identificação dos trechos de relevância das entrevistas e, em seguida, foi efetuada a análise dos dados, com análise de discurso tendo como referencial teórico a Saúde Mental e Saúde Coletiva e a Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus princípios fundamentais.

Os registros das narrativas dos participantes cuidadores e também do participante vinculado ao processo da implantação das Residências Terapêuticas foi gravados em áudio para permitir

fidedignidade à transcrição dos dados coletados, já referente aos supervisores os mesmo responderam o questionário via email, sendo assim, não houve necessidade de transcrição.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Foram feitos dois instrumentos de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada para os cuidadores e um questionário para os supervisores como descrito acima. O questionário é uma ferramenta para se obter informações acerca de determinado assunto em que predente investigar, sendo composta de um conjunto de questões que serão destinados aos participantes da pesquisa, tendo como proposito a obtenção de informações realacionado ao assunto em questão. O tipo de questionário utilizado foi de questões abertas, ou seja, o pesquisador solicita que os participantes da pesquisa respondam determinadas questões de forma livre, construído as próprias respostas sem intervenção do pesquisador (GIL, 2009).

A entrevista semiestruturada caracteriza-se por conter perguntas ou tópicos visando organizar de maneira flexível o assunto que será abordado (DESSEN, SILVA, 2011). “A entrevista semiestruturada é considerada um método em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formulam perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (GIL, 2009, p.109). Estes instrumentos encontram-se no (APÊNDICE A).

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão analisados a partir da análise de discurso e produção dos sentidos. A análise do discurso é a maneira pela qual as pessoas dotadas de repertórios linguísticos passam a representar e produzir sentidos para os fenômenos sociais e coletivos, já a produção de sentido pode ser considerado como termo interdisciplinar, pois pertence a vários campos sociais, portanto a produção de sentido é uma construção social e, como tal, um empreendimento coletivo, pois entendemos que a produção de conhecimento da realidade produz-se na interatividade, na relação de contato com as diversas situações e fenômenos do mundo social (SPINK, 2010). Juntamente com análise de discurso a pesquisa terá como aporte teórico a Saúde Mental, Saúde coletiva e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que são campos de estudo relacionados com temas sociais e coletivos.

3.7 ASPÉCTOS ÉTICOS

Esta pesquisa não trouxe ônus para os participantes que só participarão da mesma, mediante a assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (Apêndice B). “Entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida” (BRASIL, 2012a, p.3). “A etapa inicial do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido é a do esclarecimento ao convidado a participar da pesquisa, ocasião em que o pesquisador, ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade, deverá” (BRASIL, 2012a, p.5).

- a) buscar o momento, condição e local mais adequados para que o esclarecimento seja efetuado, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e sua privacidade;
- b) prestar informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa; e
- c) conceder o tempo adequado para que o convidado a participar da pesquisa possa refletir, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida [...] (BRASIL, 2012a, p.5).

Além disso, todo o material da pesquisa será analisado e divulgado pelos pesquisadores, sem possibilidade de identificação dos participantes.

As exigências do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da ISJB - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, foi atendidas no decorrer de toda a pesquisa. Ela estabelecerá a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido para informar e esclarecer aos participantes as implicações éticas da pesquisa, normatizando que suas identidades serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizada a pesquisa.

E de acordo também com a Resolução Nº 466 de 2012 que versa sobre pesquisa envolvendo seres humanos. “[...] Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa [...]” (BRASIL, 2012a, p.2).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados obtidos por meio das entrevistas realizadas foram organizados e analisados de acordo com o referencial teórico proposto. Essas informações colhidas serão apresentadas em forma de tópicos. Para ilustrar o texto serão utilizadas algumas falas dos participantes. Desse modo substituiremos os nomes destes por expressões que não os identifique, ficando organizado da seguinte maneira; profissionais cuidadores (A, B, C, D, E F) profissionais supervisores (1,2,3,4,5,6) E o outro participante ligado ao processo de implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, que será identificado por profissional (G).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS DUAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS PESQUISADAS

Os dois Serviços Residenciais Terapêuticos estudados nesta pesquisa estão situados em Vitória/ES. Esses serviços estão localizados em um bairro residencial que apresenta as seguintes características; bairro movimentado, com ruas pavimentadas, comércio variados como padarias, supermercados, farmácias, bancas de jornal, pontos de ônibus próximos, e perto de praças de lazer. Esses dois Serviços Residenciais Terapêuticos pesquisados são dispositivos de gestão estadual, sendo administrado pelo Instituto Visa e Saúde - INVISA.

No entanto, o Ministério da Saúde (2004) por meio da Lei 106/2000 preconiza que estas moradias sejam de gestão Municipal e de natureza Pública, podendo ter convênios com organizações terceirizadas para coordenar tais serviços.

A promulgação da Lei 106/2000 que instiui os SRTs no âmbito do Sistema Único de Saúde dispõe que estes serviços de moradia são essenciais para a assistência a pessoas com transtornos mentais, bem como para as pessoas egressas de hospitais de custódia, sendo, portanto, consideradas estratégias de desinstitucionalização e de assistência em Saúde Mental indispensável para o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como para promover assistência de modo integral para estas pessoas que não possuem vínculos afetivos e sociais devidos a longos períodos vividos em instituições asilares (BRASIL, 2004).

Outro ponto relevante disposto nesta lei acima, e que o Estado e Município, por meio das Secretarias Estaduais e Municipais, têm função de supervisionar as moradias enquanto seu

funcionamento e a necessidade de implantação de novos serviços e também remanejamento das pessoas que podem ser beneficiadas com tais moradias (SOUZA, 2011).

O Ministério da Saúde preconiza que as Residências Terapêuticas deverão ser instaladas em bairros onde a vida social acontece, ou seja, nos espaços comunitários e sociais, longe de qualquer estrutura hospitalar, e sendo também moradias que permitam que os moradores tenham acesso aos recursos disponíveis tanto no bairro como também nos diversos setores sociais (BRASIL, 2004).

Neste bairro, onde coletamos os dados desta pesquisa, têm duas moradias, uma com moradores do sexo feminino e a outra com moradores do sexo masculino, ambas ficam localizadas na mesma rua. As duas Residências Terapêuticas estudadas são casas que tem bastante espaço. A casa com moradores femininos apresenta uma divisão contendo três quartos, banheiro, copa, sala, cozinha, área de lavagem de roupas e duas varandas. A outra Residência Terapêutica, que é masculina, apresenta estruturas semelhantes, mas para além da varanda, tem também um terraço espaçoso. Essas moradias são equipadas com armários, mesas, fogões, geladeiras, camas, televisores, máquina de lavar, sofás, e bancos nas varandas.

A cartilha do Ministério da Saúde sobre a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos apresenta exigências de que estas moradias deverão ser compostas com todos os utensílios domésticos considerados essenciais e indispensáveis para uma moradia (BRASIL, 2004). Essa duas Residências Terapêuticas são dispositivo tipo I destinado para moradores que apresentam mais autonomia para realização dos afazeres cotidianos. Apesar destas moradias possuírem estruturas físicas e equipamentos para o seu funcionamento, pôde-se observar durante o tempo em que a pesquisadora esteve no campo que as estruturas físicas, bem como os equipamentos das moradias, precisam ser substituídos e reformados.

Essas moradias são dispositivos coordenados por uma instituição terceirizada, denominada de OSCIP contratada pela Secretaria Estadual de saúde, e sendo responsável por administrar, organizar e contratar os profissionais cuidadores, bem como promover cursos de capacitação, visando o aprimoramento dos serviços e conseqüentemente a autonomia dos moradores.

Segundo normativo do Ministério da Saúde, as Residências Terapêuticas devem ser instrumentos de natureza pública, mas podendo manter convênios com outras instituições que assumem o papel de acompanhamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. E também assinala a importância destas instituições contratadas em promover treinamentos e cursos profissionalizantes para os cuidadores (BRASIL, 2004).

Entretando, o profissional (G) entrevistado alega que esta terceirização prejudica os serviços, uma vez que essas moradias são instrumentos do Estado e não do Município como deveria ser segundo o Ministério da Saúde; desse modo, a execução dos serviços realizados acaba sendo pouco efetivas para promoção de práticas de cuidado voltadas para os moradores, uma vez que existe uma divisão entre os dispositivos de saúde como os Centros de Atenção Psicossocial que são Municipais e os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são Estaduais, sendo um dos pontos que leva a fragmentação entre os serviços de saúde e os SRTs, devido às diferentes instâncias a que estes serviços estão vinculados.

Vale acrescentar que para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado do Espírito Santo, de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, há necessidade de uma participação dos Municípios com seus recursos financeiros, o que para alguns deles inviabiliza a implantação dos serviços, pois declaram não possuírem tais recursos. A participação do Ministério da Saúde na implantação dos serviços de moradia é de um incentivo de 10 mil reais para cada Residência Terapêutica, ficando o restante por conta do Município.

Diante disto, a solução encontrada pelo o Estado para colocar em funcionamento os SRTs foi de terceirizar de tal serviço, contratando uma OSCIP para administrar as RTs, uma vez que a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Ministério da Saúde com sua política na área da Saúde Mental de desospitalização e desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos em todo território nacional faz esta exigência para que todos os Municípios adotem esta estratégia de moradia. Mas por diversas razões ainda existem várias regiões do Estado que não têm este tipo de serviço.

Segundo relato do participante G:

O ideal é que essas Residências Terapêuticas sejam municipalizadas, pois assim, outros dispositivos em Saúde Mental como os CAPS dentre outros serviços de saúde passam a apropriar destes serviços. Essa privatização das RTs prejudica os trabalhos e a interação da Rede de Atenção psicossocial (PROFISSIONAL G).

O Ministério da Saúde estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos devam ser acompanhados pelos diversos dispositivos de saúde disponíveis na Rede de Atenção a Saúde, como ambulatórios especializados em Saúde Mental, equipe de saúde da família, apoio matricial em Saúde Mental. Para além destes serviços, a participação dos Centros de Atenção Psicossocial de referência é considerada essencial para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais próximo dos moradores e de suas necessidades (BRASIL, 2004).

4.2 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS CUIDADORES E FUNCIONAMENTO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Os seis profissionais cuidadores entrevistados foram do sexo feminino, com faixa etária entre 29 e 51 anos. Esses profissionais cuidadores atuam nas duas Residências Terapêuticas, sendo três em cada uma das moradias. Outra característica é que estes trabalham por escala; dois cuidadores no turno diurno e um cuidador no turno noturno, isto para as duas Residências Terapêuticas estudadas.

Vale ressaltar que a pesquisadora foi ao local nos dias determinados pelo profissional que acompanhou o processo, e como não poderia entrar nas Residências Terapêuticas sem acompanhamento, foi realizado rodízio de dias em que os cuidadores que atuam no período noturno estavam escalados para o turno diurno. Portanto, as entrevistas foram realizadas no período diurno com todos os profissionais que compõem a equipe de cuidadores.

O tempo de trabalho dos cuidadores nas Residências Terapêuticas em média é de um ano e nove meses.

O nível de escolaridade é diversificado tendo cuidadores com nível fundamental incompleto, nível médio incompleto, e um participante especificou ter curso de Magistério.

Aspecto relevante a ser considerado sobre os profissionais cuidadores entrevistados é que todos apresentaram experiências profissionais anteriores ao trabalho nos SRTs como cuidadores de idosos, de crianças, trabalho doméstico, auxiliar de serviços gerais em escolas, hospitais e asilos para idosos.

Uma parte dos cuidadores entrevistados tem curso de cuidador, mas não específico para cuidar das pessoas com transtornos mentais. “Antes tinha experiência de doméstica, casa de família. Sempre tive sonho de ser cuidadora trabalhar com isto. Nunca tive experiência de trabalhar com estas pessoas **deficientes mentais** (PROFISSIONAL CUIDADOR A, grifo nosso)” Eu trabalhei em escola em serviços gerais. Depois fiz curso de cuidador para saber o que é ser cuidador, O curso de cuidador não foi específico para trabalhar com **deficientes mentais, com doença** (PROFISSIONAL CUIDADOR D, grifos nossos).

Antes trabalhei cuidando de crianças, casa de família, em colégio serviços gerais. Trabalhar aqui requer muita paciência com eles, e **igual criança né**. Como cuidei de crianças o que muda aqui e que eles já são criados, eles não são

crianças, **são doentes da mente, agem como criança** (PROFISSIONAL CUIDADOR B, grifos nossos).

A maioria dos cuidadores não tem experiência no campo da Saúde Mental específico para atuar com pessoas com transtornos mentais no contexto das Residências Terapêuticas ou em outro contexto.

Destacaram ainda, que a falta de experiência não compromete o andamento dos serviços. Foi observado nas narrativas dos cuidadores que o cuidado em si não muda, sendo numa Residência Terapêutica, numa escola ou creche, dentre outros locais, se referindo ao cuidado como algo objetivo e material, que se traduz na realização das atividades mais ligadas a organização e limpeza das casas.

Segundo Merhy (2002, p.2)

[..] O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção (MERHY,2002,p.2).

Seguindo a ideia do autor, podemos transpor que o trabalho dos cuidadores nas Residências Terapêutica, por mais que se apresente e se realacionam com conhecimentos anteriores adquiridos, admitindo certo modo de realizar igualmente nas moradias, é necessário, que os cuidadores busquem outros modos de atuar nas RTs, para além destes modos tecnocráticos e repetitivos, uma vez que os Serviços Residenciais Terapêuticos são dispositivos de morar, cuidar e de produzir outras práticas de cuidado, pautadas numa intercessão entre cuidadores e moradores, buscando desta forma uma construção do fazer coletivo e operando numa lógica de trocas e encontros entre as subjetividades e contextos que se diversificam e que não são iguais (MERHY, 2002).

Isso deve ocorrer para além dos protocolos preestabelecidos e cartilhas de passo a passo, como alguns profissionais demandam e entendem como uma forma de capacitar a equipe de cuidadores e outras equipes profissionais no campo da Saúde Coletiva.

É no encontro que se produz modos de subjetividade que constituirão o Projeto Terapêutico Singular, uma vez que cada morador possui demandas diferenciadas e não devem ser vistos como iguais os que estariam reproduzindo práticas manicomialis. A prática de produção de cuidado, seja com a casa ou com os moradores, deve ser diferente, pois cada ambiente necessita ser olhado de maneira singular, uma vez que as pessoas, no caso, aqui os moradores

e a dinâmica das RTs opera de outro modo, diferentemente, de asilos, creches, hospitais e outros. Tendo o objetivo aproximar o máximo possível de um lar.

Outro ponto observado nos relatos dos cuidadores é que estes se referem aos moradores como deficientes mentais, doente da mente, demonstrando mais a falta de conhecimento e de distinção entre o sofrimento psíquico e o transtorno mental e outras patologias. Vale ressaltar que os cuidadores ao apresentar esta visão do que seja transtorno mental, que embora apresente uma concepção errônea e por vezes preconceituosa, não foi percebido como algo que impedisse a aproximação dos cuidadores com os moradores, pois alguns cuidadores por meio de suas falas revelaram que os moradores são como pessoas comuns, que sofrem, têm suas dificuldades como qualquer outra pessoa.

Entretanto, esta falta de conhecimento pode levar a práticas reducionistas, em que a presença da abordagem organicista tenha maior prevalência, indo totalmente contra os objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das práticas e ações no campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, pois ambas propõem outros modos de atuação e práticas pautados numa concepção ampliada e psicossocial de atenção, buscando retirar o olhar estritamente biologista em torno do fenômeno da loucura.

Eles contam muito sobre a vida deles, tem um que fala muito sobre palavras de Deus. Outros eu não entendo que estão falando, mas às vezes concordo sem entender. Tem um que fala sobre os problemas dele teve um dia que ele falou que queria se matar, pois não prestava. Outro dia ele estava com muita dificuldade de ir ao banheiro, pois todos eles entram no banheiro toda hora, e este morador não estava conseguindo, aí eu falei para usar o outro banheiro lá de cima, peguei livro e jornal e disse para ele ler, e que desta forma iria conseguir, Eu joga minha realidade, falo que também passo por estas coisas (PROFISSIONAL CUIDADOR, D).

Segundo (Amarante, 2013; Yasui, 2006) a Reforma Psiquiátrica Brasileira é considerada um processo complexo, que envolvem várias dimensões, uma delas é a teórico-conceitual ou epistemológica, que diz respeito à problematização e discussão sob o conceito de doença mental para além de uma concepção biológica, pois há muito tempo a medicina tradicional ocupou-se em descrever e classificar as doenças mentais por um viés estritamente organicista.

O fenômeno da loucura ganhou terminologias diferenciadas em diversos momentos históricos. A loucura passou por representações e intervenções diversificadas, na antiguidade a loucura circulava nas paisagens sociais, fazia parte dos espaços comuns, não havia distinção entre normal e patológico. “A loucura é no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte de cenário e da linguagem comuns” “[...] e para cada experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar” (FOUCAULT, 2000, p.78).

Com o passar dos tempos, o modo de conceber a loucura foi modificando. Na Idade Média, por exemplo, a loucura era vista como possessão demoníaca, demência e desrazão; acreditava-se que o ficar louco era entregar-se aos vícios, o discurso moral era predominante nesta época, ou seja, a perda da moralidade como sendo um dos motivos para permanecer na errância e loucura. O autor ainda acrescenta que o problema da possessão não revelava diretamente uma história da loucura, mas história das ideias religiosas (FOUCAULT, 2007).

A partir do nascimento da Psiquiatria datada no final do século XVIII e XIX o conceito de loucura passa a receber o status de doença mental. O discurso médico introduz outro olhar sobre o fenômeno da loucura, retirando-a do campo religioso e sobrenatural e atribuído a uma causalidade orgânica (FOUCAULT, 2000).

A loucura em primeiro momento é representada como possessão demoníaca, depois pertencente a terminologia de alienação mental, e mais tarde como doença mental. Diante das declarações dos cuidadores, é possível perceber que o discurso sobre a loucura embora tenha se modificado, ainda prevalece concepções antigas e representações sociais em torno do que seja transtorno mental.

4.3 TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO PARA OS CUIDADORES PARA ATUAR NAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Dos seis cuidadores entrevistados dois relataram que passaram por treinamentos durante dois dias para atuar nas Residências Terapêuticas, os demais cuidadores alegaram a ausência de treinamentos e capacitação. Alguns relatam que a falta de capacitação não influencia no desenvolvimento do trabalho, pois as atividades realizadas nas Residências Terapêuticas apresentam semelhanças com as de outros serviços. Outros disseram que a capacitação seria importante, pois nos momentos de crise dos moradores eles não sabem muito bem como lidar. Isto aponta mais uma vez a falta de capacitação que influencia sobre a maneira de produção das práticas de cuidado resolutivas, voltadas para a inserção social e a autonomia dos moradores.

Ribeiro Neto e Avellar (2009) realizaram uma pesquisa no estado do Espírito Santo, em um SRTs em busca de conhecer os cuidadores. Os resultados revelaram que a maioria dos cuidadores não tem formação específica em Saúde Mental, portanto a capacitação profissional

foi destacada como sendo um dos pontos para aprimoramento do serviço, uma vez que ao lidar com momentos de crise dos moradores os cuidadores mostraram insegurança.

Alguns cuidadores apontaram que passaram por treinamento de três dias nas Residências Terapêuticas antes de iniciar os trabalhos. "Não passei por nenhuma capacitação" (PROFISSIONAL CUIDADOR C). "Tivemos curso de capacitação. Dois dias. Rebemos diploma é tudo" (PROFISSIONAL CUIDADOR A). "Não tive conhecimento, a experiência é no dia a dia com eles. Tive curso de dois dias com o profissional da INVISA" (PROFISSIONAL CUIDADOR E).

Importante ressaltar que um dos cuidadores apontou o não reconhecimento das instruções e orientações da INVISA como sendo cursos de capacitação, assinalando que o aprendendo se da no dia a dia. "Eu acho que a INVISA deveria conversar com a gente, sobre cada um deles, isto ajudava a gente a lidar com eles, compreender melhor, sabe? Dar uma luz né? Eu aprendo na lida, no dia-dia" (PROFISSIONAL CUIDADOR D).

O relato acima mostra mais uma vez a necessidade de uma interlocução mais frequente e próxima com a INVISA. Para além da capacitação é necessário discussões de caso a caso, ou seja, orientar aos cuidadores sobre cada morador, pois cada um apresenta maneira e dificuldades distintas e que precisam ser consideradas e respeitadas para melhor promoção do cuidado integral e singular.

O Ministério da Saúde sinaliza que é preciso promover práticas respeitando a singularidade e necessidade de cada morador, reconhecendo que estes demandam cuidados e atenção de maneira diferenciada, sendo, portanto um dos pontos essenciais para iniciar a produção da autonomia e de individualidade dos moradores, aspectos que anteriormente, não eram preservados e nem considerados nas instituições manicomialis (BRASIL, 2008).

O Sistema Único de Saúde, por meio de seus princípios de integralidade e equidade que propõe que todos os serviços vinculados a este sistema como os SRTs deverão investir em ações de atenção e cuidado, visando atender as pessoas de forma integral, como sujeitos psicossociais que demandam tanto cuidado em nível biológico como necessidades sociais e subjetivas; e que precisam ser consideradas e atendidas de forma equitativa de acordo com a urgência e necessidade de cada pessoa, no caso aqui, os moradores.

As Residências Terapêuticas estão instituídas no âmbito do SUS por meio da portaria 106/2000, sendo reconhecidas como serviços de moradia essenciais a desinstitucionalização e desospitalização da loucura. Sendo, portanto, uma das estratégias de políticas públicas deste

sistema para a assistência as pessoas com transtornos mentais advindas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. Os SRTs são um dos dispositivos recentemente conquistados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Todavia, o profissional (G) vinculado ao processo de implantação das Residências Terapêuticas no Estado do Espírito Santo sinaliza que:

A falta de preparo dos cuidadores influencia muito o andamento efetivo das Residências terapêuticas, pois sem serem treinados para trabalhar com estas pessoas, muitos cuidadores pensam que tem que tutelar demais, dar uma de mãezinha, isto infantiliza os moradores. Outro ponto relacionado é que trabalhar com a loucura sem conhecimento; e ter a ideia que tem que ser controlada e tratada. Sem conhecimento adequado as práticas de cuidado caem em extremos, ou tutela ou solta (PROFISSIONAL G).

Portanto, cabe uma reflexão sobre os relatos dos cuidadores e do profissional G. Alguns cuidadores destacaram que a falta de capacitação não influencia o desenvolvimento do trabalho já que cuidar é cuidar em qualquer instituição ou local. Embora outros cuidadores revelaram a importância de capacitação e treinamentos, principalmente para lidar com os moradores.

Quanto a isto, o profissional G destaca que o cuidar não poderá tomar uma dimensão do senso comum, pois cuidar no contexto das moradias exige que os profissionais tenham conhecimento adequado voltado para a área da Saúde Mental, para as Residências Terapêuticas, caso contrário, o cuidar pode ser reduzido em práticas que tutela, infantilização, causando dependência dos moradores. Isto mostra a necessidade de capacitação prescrita nos normativos do Ministério da Saúde e que parece não estar ocorrendo de forma adequada e sistematizada em acordo com tal normatização.

Na cartilha do Ministério da Saúde (2004) sobre as Residências Terapêuticas, não há muitas informações a respeito dos cuidadores e nem de suas funções nas moradias, no entanto há menção de que estes deverão passar por treinamentos contínuos para atuar nas moradias.

No contrato entre a Secretaria Estadual de Saúde e a OSCIP que supervisiona as RTs existem critérios destacando que esta OSCIP deverá promover cursos de capacitação para os cuidadores.

Os cuidadores são contratados por uma instituição terceirizada denominada de Instituto Visa e Saúde - INVISA. Esta instituição é responsável pela contratação e capacitação destes profissionais, bem como por orientações e acompanhamentos dos serviços, que são realizados por meio de equipe multidisciplinar composta por seis profissionais supervisores de diversas

áreas, também contratados pela INVISA. Estes profissionais são responsáveis por supervisionar todas as 15 Residências Terapêuticas do Estado do Espírito Santo.

O campo da saúde necessita de profissionais de diferentes saberes, para que se possa fortalecer e consolidar a concepção de saúde em seu aspecto amplo, que perpassa e interage com várias áreas de conhecimento. Por isto, a importância de haver a presença de equipes multidisciplinares atuantes nos diversos setores da saúde, buscando contribuir para o melhor e mais amplo entendimento dos fatores presentes no processo saúde e doença (THEREZINA LUZ, 2009).

A multidisciplinaridade se caracteriza por ser uma prática em que envolve vários campos de saberes, entretanto não se pode dizer que exista uma forma de construção conjunta nas intervenções. Sendo assim, os saberes tendem a se complementar de forma limitada, existindo ainda uma sobreposição de campos considerados mais relevantes na intervenção em saúde. (OLIVEIRA; TOMASI, KOSTULSKI et al, 2012) .

Entretanto há de se construir práticas que vão além da contribuição individual e específica de cada saber, sendo preciso caminhar para ações interdisciplinares em que os saberes envolvidos estão interrelacionados, atuando numa concepção ampliada e coletiva; e reconhecendo a complexidade do campo da saúde, bem como os condicionantes sociais, culturais, políticos e biológicos que perpassam a produção de saúde e doença (CAMPOS, 2012, ALMEIDA FILHO, 1997).

A interdisciplinaridade envolve a integração de diversas disciplinas no intuito promover parecer sobre determinado fenômeno, buscando integrar os conhecimentos advindos de diferentes áreas com o objetivo de traçar planos de intervenções agregando as especialidades diversas, visando uma compreensão de integralidade dos fenômenos a serem avaliados. “A interdisciplinaridade procura identificar a interação e a integração de todos os elementos, ou seja, como há essa integração uns com os outros e como se afetam, buscando conhecimento totalizante e único daquela realidade particular e dinâmica (BRANDÃO, 2000, apud, OLIVEIRA, et al, 2012, p.1). “[...] Na interdisciplinaridade a equipe trabalha de forma que todos os profissionais atuam de maneira uniforme e colaborativa, ou seja, os membros da equipe interagindo entre si, em busca de melhor qualidade de vida para os pacientes” (ANGERAMI – CAMON, apud, OLIVEIRA, et al, 2012, p.2)

As práticas em Saúde Mental devem ser produzidas levando em consideração os aspectos individuais e coletivos dentro de uma lógica de cuidado psicossocial, bem como fazendo uso

dos princípios de universalidade, integralidade, equidade do Sistema Único de Saúde, buscando propor ações de prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde (ALMEIDA FILHO, 1997).

4.4 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS CUIDADORES

Os relatos dos cuidadores entrevistados mostraram que a função dos cuidadores nas Residências Terapêuticas está voltada para organização e manutenção da casa. A maioria das atividades descritas e realizadas por eles estão relacionadas à limpeza da casa, preparação de alimentos, lavagem de roupas e na administração dos medicamentos aos moradores. “A função nossa aqui é dar o remédio direitinho, mandar tomar banho, fazer a comidinha deles, limpar a casa” (PROFISSIONAL CUIDADOR B). “Cuidar deles, fazer comida, lavar roupas, varrer casa”. O cuidado é com a casa (PROFISSIONAL CUIDADOR C) “Limpar casa, cozinhar, olhar alguns moradores durante a noite que passam mal, medir a pressão” “Dar o medicamento”. “A maioria das atividades é para manter a organização da casa” (PROFISSIONAL CUIDADOR E).

Os cuidadores também realizam atividades de cuidado voltadas para auxílio dos moradores, principalmente para aqueles que apresentam dificuldades em realizá-las; tais como, ajudar no banho, incentivar os moradores que ainda não adquiriram o hábito deste cuidado, realiza passeios no bairro com alguns moradores, principalmente aqueles descritos como os mais fáceis de lidar.

Vale pontuar nestes relatos dos cuidadores, que os moradores que mais necessitam de apoio dos cuidadores para o incentivo e desenvolvimento de autonomia, são os que mais deixam de receber e ter prioridade de acesso aos diversos espaços sociais. Agindo assim, os cuidadores reproduzem e fortalecem a concepção de que os loucos são perigosos e sendo preciso mantê-los isolados, como se faziam nos espaços manicomial. Isto reflete mais uma vez a falta de capacitação e preparo para atuar nas Residências Terapêuticas e com os moradores.

Um entrevistado destacou que realiza atividades de dança, pintura, música e leitura com os moradores. “Para além das atividades de casa como, arrumar, cozinhar, lavar roupas. Faço também atividades de pintura, de musica, dança e leitura. Cada dia da semana realizamos uma

destas atividades. “Incentivo os meninos sempre adquirir o hábito de leitura” (PROFISSIONAL CUIDADOR F).

Questionado sobre o objetivo destas atividades, F, afirmou:

Inicialmente foi para acalmar um pouco, os meninos, gritavam muito, fumavam muito, e essas atividades ajudam bastante. Agora percebo que eles gostam. Mario¹¹ (morador) adora as aulas de dança e pintura. Os meninos ficam muito tempo dentro de casa, eles ficam nervosos, ansiosos.

Essa prática de cuidado descrita acima revela um movimento diferenciado em relação a outros que apresentaram práticas mais direcionadas a organização da casa, por outro lado, essa estratégia adotada deve ser conduzida de modo a não aprisionar os moradores a este ambiente e nem ser usada para substituição de recursos disponíveis no território. Os moradores destas Residências Terapêuticas são pessoas que apresentam história de internação em hospitais psiquiátricos e por isto, têm dificuldades de interação social. Sendo assim, este deverá ser incentivado a ocupar o máximo os espaços sociais e comunitários e dessa forma não poderá correr o risco de aprisionamento ou restrição do acesso aos espaços de circulação dos moradores.

Os manicômios são locais **vazios de relações afetivas** neles, os pacientes que permanecem em longas internações asilares, afastados por longos períodos da família e da sociedade em geral, têm seus vínculos sociais e afetivos empobrecidos e deteriorados [...]” (SARACENO, 1999, apud, SOUZA, 2011, p.27, grifo do autor).

Desse modo, a circulação pelo território é indispensável para promoção de autonomia e contradualidade social dos moradores, uma vez que a verdadeira desinstitucionalização da loucura dependerá dos diversos atores sociais, seja da Rede Social como os serviços de saúde, os dispositivos estratégicos de atenção como os CAPS, bem como o apoio social dos profissionais, cuidadores, familiares e também da sociedade, juntos constituindo uma Rede afetiva e equitativa na promoção de cuidado e atenção e respeito pelas diferenças (SOUZA, 2011).

¹¹Mario é um nome fictício dado para o morador de uma das Residências Terapêuticas.

A rede social refere-se à dimensão estrutural ou institucional, ligada a um indivíduo. O apoio social encontra-se na dimensão pessoal, sendo constituído por membros desta rede social [...] é uma teia de relações que liga os diversos indivíduos que possuem vínculos sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam através desses vínculos. A rede social tem o objetivo de fornecer melhores condições de vida à população, esta abrange relações interpessoais, familiares, escolares, sistemas de saúde e setores que ofertem suporte e amparo. Essas redes se articulam e viabilizam troca de experiências e de conhecimento, visando à melhoria das condições sociais, econômicas, culturais e de saúde (VICENTE, HIGARASHI, FURTADO, 2015, p.108).

4.5 ATIVIDADES REALIZADAS COM A PARTICIPAÇÃO DOS MORADORES

As atividades desenvolvidas com a participação dos moradores estão relacionadas às ações cotidianas de ocorrência no interior das Residências Terapêuticas voltados para organização da casa; como colocar roupa no varal, passar pano no chão, tirar o lixo, lavar louças, varrer a casa, arrumar as camas.

Estas atividades realizadas pelos moradores são pouco reforçadas e valorizadas pelos cuidadores, pois quando a pesquisadora perguntou sobre a participação dos moradores em algumas atividades, os cuidadores disseram inicialmente, que os moradores não se interessavam por nada, e que são muito preguiçosos.

Questionados sobre a participação dos moradores em algumas atividades, os cuidadores responderam:

“Não, eles não se interessam por nada. Às vezes eles fazem alguma coisa, passar pano no chão. Tirar roupa da máquina” (PROFISSIONAL CUIDADOR B).

Não. Quero dizer tem sim. Tem um morador que gosta lavar louça, lavar a calçada, tirar o lixo, arrumar a cama dele. Mas outros moradores, não gostam de fazer nada. “Sempre falo para lavar os copos, os pratos deles, arrumar a cama, mas às vezes é difícil, eles **são meio preguiçosos** (PROFISSIONAL CUIDADOR C, grifo nosso).

Isto revela discurso preconceituoso que fortalece que as pessoas com transtornos mentais não se interessam por nada e que não são capazes de gerir e realizar avanços na sua vida cotidiana.

Atividades como ajudar no preparo das refeições, e cozinhar são vistas pelos cuidadores como atividades perigosas para os moradores, sendo assim, estas atividades não são permitidas, embora os moradores apresentem interesses em desenvolvê-las. As outras atividades consideradas menos perigosas são realizadas sob a supervisão dos cuidadores, e os mesmo são

orientados pela equipe que supervisiona os serviços a incentivar a participação dos moradores nestas atividades cotidianas. “Aconteci sim, outro dia uma moradora passou a mão no pano para limpar o chão, me ajudou. Elas oferecem ajuda, quer participar, muitas gostam de cozinhar, picar verduras, mas acabo não deixando tenho medo que elas se machuquem”v(PROFISSIONAL CUIDADOR A).

Os riscos de acidentes domésticos devem ser trabalhados cotidianamente. A realização de tarefas cotidianas é negociação constante entre necessidade, vontade expressa e disponibilidade, fazendo parte do processo de reabilitação psicossocial. Os profissionais cuidadores deverão saber dosar sempre o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, numa negociação constante (BRASIL, 2004, p.13).

Os cuidadores percebem este interesse, mas não sabem como lidar com essa situação e nem auxiliar os moradores para a realização destas atividades, apresentando falta de manejo diante destes desejos dos moradores; e conseqüentemente levando à redução de autonomia, pois um dos objetivos esperados é que as moradias sejam conduzidas pelos moradores, sem a presença dos cuidadores, mas desta forma este objetivo acaba dificultado ou não sendo concretizado.

O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas (NEVES; SOUZA; TAVARES et al,2014,p.22).

Atuar no contexto das Residências Terapêuticas requer dos profissionais cuidadores “habilidades” que vão muito além de sua formação inicial, tais como: auxiliar em tarefas domésticas, ajudar no pagamento de contas, na administração do próprio dinheiro etc., requerendo dos trabalhadores o desenvolvimento de novas formas de cuidar (BRASIL, 2004, p.13, grifo do autor).

4.6 DIFICULDADES E FACILIDADES NO DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS DOS CUIDADORES

Todos os cuidadores disseram não haver dificuldades em trabalhar nas Residências Terapêuticas, e que as práticas realizadas por eles, tanto em relação às atividades com a casa e com os moradores são descritas como sendo de fácil manejo. “Facilidade, não esta sendo nada difícil, limpar a casa, são coisas que faço com os olhos fechados”. “Eu não tenho dificuldades nesta casa” (PROFISSIONAL CUIDADOR A). “Nem com as meninas, nem com o trabalho”. Elas são muito boas para mexer com elas. Aqui com as meninas é tranquilo. “Não tenho dificuldades, todas elas me respeitam nunca me agrediram” (PROFISSIONAL CUIDADOR B).

Segundo os relatos dos cuidadores, a ausência de dificuldades em relação aos moradores se dá pelo fato que estes executam os comandos estabelecidos pelos cuidadores sem maior exatidão. “**Mando**, elas tomar banho e ai elas vão. Não tenho dificuldades. Eu trabalhei na Residência do bairro gaivota lá e difícil, tudo complicado. Lá você não consegue colocar todo mundo para tomar banho, higienizar a casa” (PROFISSIONAL CUIDADOR A, grifo nosso).

Os relatos dos cuidadores apontaram haver dificuldades de interação entre os próprios cuidadores, destacando que há muita fofoca e falta de integralidade nas práticas de cuidado com os moradores, uma vez que alguns cuidadores não incentivam a autonomia dos moradores e nem proporcionam ambientes afetivos e promotores de cuidado, pois alguns cuidadores tratam os moradores de forma agressiva verbalizando palavras ofensivas contribuindo para um trabalho pouco efetivo.

Muitas tratam os meninos de forma agressiva. Dizem que eles são vagabundos, viado, que ficam comendo a custa do governo. Eles me contam, às vezes choram e diz que não e vagabundo, que é um homem. Eu queria que elas (as cuidadoras) ajudassem a desenvolver atividades para ajudar eles (PROFISSIONALCUIDADOR F).

No transcorrer das entrevistas foi indagado sobre a existência de espaço para falar destas dificuldades, dois cuidadores responderam: “Não temos espaço para falar com ninguém sobre estas coisas. Eles não procuram, não querem saber, ninguém vem aqui” (PROFISSIONAL CUIDADOR C).

O que fazemos é escrever, deixar anotado, a firma sabe de tudo que se passa dentro da casa. Mas, estas coisas ficam difíceis. Este tempo que estou aqui só veio um enfermeiro e um psicólogo para conversar com os moradores, com a gente não “(PROFISSIONAL CUIDADOR D).

Neste ponto, os relatos dos cuidadores revelam a falta de comunicação entre a equipe que supervisiona a Residências Terapêuticas com os profissionais cuidadores refletindo um trabalho desarticulado e isolado, conforme sinalizado pelo profissional G.

4.7 SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS CUIDADORES EM TRABALHAR NAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

De modo geral todos os cuidadores relataram gostar de trabalhar nas Residências Terapêuticas e também apontaram gostar de conviver com os moradores. Todavia, os motivos que justificam são: harmonia da casa, sem cobranças externas; consideram os moradores como sendo a segunda família; e um sentimento de pena está presente nas falas dos cuidadores.

“A gente acaba se acostumando. Quanto fiquei três dias em casa, porque troquei de Plantão, sinto falta deles, gosto de estar com eles. É nossa segunda família” (PROFISSIONAL CUIDADOR C).

Os relatos dos cuidadores revelam desconhecimento do que sejam os SRTs, bem como aos objetivos que estes se propõem, como sendo espaço de moradia essencial para promover cuidado e atenção no território, ofertando aos moradores um ambiente promotor de autonomia e inserção social, considerando que as pessoas com transtornos mentais sejam capazes de construir projetos de vida, diferente dos modelos manicomial. Desse modo, a ideia apresentada pelos cuidadores do que seja os SRTs são contrários a esta concepção, pois ainda, prevalece que as pessoas com transtornos mentais sejam tidas como objetos e merecedoras de sentimentos que desqualifica e leva a paralização.

O sentimento de família pode ser algo positivo, se pensarmos que as moradias são casas, espaço de morar e viver, contudo a forma como apontado pelos entrevistados pode reduzir estas moradias a um local de assistência sem um comprometimento em investir em formas de acolher e cuidar que promova outros modos de existência e corresponsabilidade dos moradores perante a sua vida. Pois sentimento de pena, assujeitamento não ativa produção de autonomia, pelo contrário leva a sua redução e tutela.

As Residências Terapêuticas não foram criadas para estes objetivos de reprodução e práticas que anulam o protagonismo e o empoderamento dos moradores. Essa forma de atuar e produzir cuidado vai contra os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Lei 10.216 de 2001, e também do Sistema Único de Saúde. “Eu me sinto bem, ajudar a quem precisam, os meninos são abandonados pela família. **Dar amor não custa nada** (PROFISSIONAL CUIDADOR F, grifo nosso).

Os entrevistados apontaram gostar de trabalhar nas Residências Terapêuticas, principalmente pelo fato de não serem cobrados, ficam soltos – sem acompanhamento. Isto também se refere

à falta de capacitação que deveria estar acontecendo. A INVISA, a Secretaria Estadual de Saúde e os Municípios deveriam ser aproximar mais para garantir que os objetivos e as práticas dos Serviços Residenciais Terapêuticos sejam realizados de maneira como preconiza o Ministério da Saúde, bem como a Reforma Psiquiátrica Brasileira. “Gosto de trabalhar aqui, melhor que casa de família. [...] Já trabalhei em casa de família, mas os padrões são muito enjoados. Aqui não, temos a firma, o escritório que contratou a gente, mas eles não incomodam em nada” (PROFISSIONAL CUIDADOR B).

4.8 ATIVIDADES QUE OS CUIDADORES GOSTARIAM DE FAZER

Os cuidadores realizam várias atividades nas Residências Terapêuticas como as citadas anteriormente, mas existem outras que não são realizadas, pelo menos de forma frequente, entre elas estão: atender aos pedidos dos moradores quando pede algo diferente para comer e que às vezes não tem como queijo, empadão, bolo e frutas; passear com os moradores; tentar encontrar a família deles; desenvolver outras atividades fora do bairro como ir à praia, ao shopping.

Quando os moradores me pedem alguma coisa diferente para comer e não tem. Outro dia cheguei aqui, uma moradora falou que queria comer aipim cozido, eu fui cozinhei e coloquei na mesa, ela comeu. Outro dia trouxe cajá para uma das moradoras que pediu. Acontece de elas pedirem alguma para comer e não tem, aí eu fico dividida (PROFISSIONAL CUIDADOR A).

Por meio dos relatos dos cuidadores, podemos apontar que ocorrem movimentos de cuidado e atenção com os moradores, contudo é preciso assinalar que os moradores, principalmente aqueles que recebem benefício, deverão receber orientações da equipe para saber como administrar o dinheiro e desta forma poder comprar as coisas que desejam.

Outro aspecto é ensinar e auxiliar os moradores a preparar estes alimentos como bolos e outros, pois isto embora pareça movimento pequeno é bastante significativo para os moradores, tanto para o ganho de autonomia como também para suscitar sentimentos de que estas moradias são deles.

Um dos objetivos das moradias é ser um espaço de morar, de produção de cuidado, que visa o alcance de autonomia e inserção social dos moradores nos diversos espaços sociais, sendo preciso que a equipe que supervisiona as Residências Terapêuticas juntamente com os

cuidadores e demais atores envolvidos produzir práticas de cuidado que auxiliem os moradores a ocupar cada vez mais o território. Os CAPS de referência são importantes para o tratamento e cuidado em liberdade, mas por lado, este não pode ser usado como espaço de passeio para os moradores, pois existem outros lugares disponíveis no território que precisa ser ocupados e **usados** pelos moradores (grifo nosso).

A loucura tem que circular nos espaços existenciais comuns a todos, não ficar reduzida a espaços exclusivos para o tratamento de pessoas com transtornos mentais. As Residências Terapêuticas não pode ser lugar que aprisionam os moradores, pelo contrário, deverá ser espaço de moradia e referência para os moradores, onde eles podem sair e voltar.

Sair com eles. Alguns vão para o CAPS, mais acho muito pouco. Eu os incentivo a saírem, dar uma caminhada pelo bairro, mas muitos não vão, acham perigoso, ficam muito presos, a eles mesmos. **Acho que eles deveriam ter este espaço para dormir, ter um lugar para voltar para casa. Mas não ficar o tempo todo aqui, isto não é bom** (PROFISSIONAL CUIDADOR D, grifos nossos).

Outros pontos apontados pelos cuidadores é que os moradores sentem muita falta da família, dos filhos. “Eles necessitam da família, pessoas próximas, eles pedem para ver a família, se pudesse eu ajudaria, mas muitos não recebem visitas, acho que nem família tem” (PROFISSIONAL CUIDADOR F).

Os entrevistados apontaram que os passeios não acontecem, um dos motivos relatados foi: “A falta de carro, **um transporte adequado para eles**, pois muitos não sabem se comportar imagina entrar no ônibus, fica difícil, precisa de vários cuidadores para ajudar” (PROFISSIONAL CUIDADOR, F, grifo nosso).

E complementa:

“Quando as meninas do escritório organizam sim. Às vezes tem passeios, festa de aniversário. Mas tem muito tempo que isto não acontece. Os meninos ficam muito tempo dentro de casa, eles ficam nervosos, ansiosos”. Segundo os cuidadores os passeios não ocorrem pela falta de transporte, sendo apontada como algo que impede a realização dos passeios como ir ao shopping, a praia ou em outros lugares.

Nesse ponto cabe uma reflexão. As moradias estudadas são instaladas em um bairro de fácil acesso, que conta com transportes coletivos, pontos de ônibus próximo das moradias. Portanto fica a questão do por que ser preciso transporte adequado para os moradores. A equipe que supervisiona as moradias e os cuidadores precisa se organizar para que estes passeios aconteçam, pois a falta de transporte não pode ser uma justificativa.

Outro ponto é que não existe transporte adequado para transportar os moradores. Os transportes são os ônibus que circulam pela cidade, de acesso comum a todos. Estas falas remetem a uma visão preconceituosa com os moradores e também a falta de conhecimento e capacitação voltados para cuidar destas pessoas, bem como pela ausência de articulação entre os profissionais cuidadores e supervisores. As Residências Terapêuticas estão funcionando, mas é preciso investimento afetivo, ético, para realmente produzir deslocamentos e mudanças. “[...] Às vezes levamos para passear, mas tem uns que não gostam, pois já conhece o bairro, quer ir a outros lugares como praia, shopping” (PROFISSIONAL CUIDADOR, B).

4.9. ANÁLISE DAS NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS SUPERVISORES

Neste tópico, serão analisadas as narrativas dos profissionais supervisores. Ao todo foi seis profissionais, sendo dois profissionais de Psicologia, dois profissionais Assistentes sociais, um profissional de Enfermagem, um profissional de Nutrição. As narrativas dos participantes foram usadas durante a discussão e análise dos dados, para isto, as falas serão nomeadas de modo a não identificação dos mesmos. Assim ficará da seguinte maneira, profissional supervisor (1, 2, 3, 4, 5,6).

4.9.1 CONHECIMENTO DO FUNCIONAMENTO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Dos seis profissionais entrevistados, cinco respondem que a inserção no Serviço Residencial Terapêutico se deu por meio de processo seletivo interno, e um dos supervisores entrevistados foi por indicação. Três deles disseram que conheciam o serviço e sua função na Rede de Atenção Psicossocial, entretando, os outros não tinham conhecimento do serviço.

Os serviços Residenciais Terapêuticos são dispositivos de moradia para as pessoas com transtorno mentais que viveram por longos períodos em hospitais psiquiátricos. E sendo um dos serviços dispostos na Rede de Atenção psicossocial assegurado pela portaria 3.090 de 2011 do Ministério da Saúde. Este serviço é uma das políticas públicas do Sistema Único de Saúde, bem como conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e sendo considerados serviços estratégicos para o processo de desinstitucionalização da loucura (BRASIL, 2008).

Para os supervisores a articulação entre as Residências Terapêuticas e a Rede de Atenção a Saúde Mental é de extrema importância, pois promove atenção integral de modo psicossocial para os moradores, buscando inseri-los em diversos serviços de acordo com sua necessidade, respeitando sua singularidade.

Outro ponto é que por meio desta articulação com os outros serviços como os Centros de Atenção Psicossocial, Unidade básica de saúde (UBS) CRAS e outros, pode-se desenvolver planejar e acompanhar as ações que necessitam ser realizadas para melhor acolher os moradores.

Entretanto, os profissionais destacaram que a falta de conhecimento de alguns profissionais que atuam na Rede de Atenção a Saúde Mental sob o que sejam os SRTs, bem como a função deste na rede, acaba prejudicando o andamento de práticas de cuidado mais efetivas e resolutivas para os moradores. Muitos profissionais da rede apresentam a ideia de que os Serviços Residenciais Terapêuticos são locais de internação, como os hospitais psiquiátricos, demonstrando desconhecimento sobre tal serviço.

Segundo os profissionais supervisores entrevistados, os que dificultam o andamento dos serviços são as divergências de ideias entre a equipe; falta de articulação entre profissionais e a rede; a escassez de recursos humanos, ou seja, de profissionais; a falta de recursos e apoio para a realização das atividades, resistência dos espaços sociais para a inclusão dos moradores; aceitação dos moradores na comunidade; falta de comprometimento dos familiares ou curadores e também a ausência de CAPS em alguns municípios como o de Vila Velha.

Estes relatos apontam as dificuldades encontradas para o desenvolvimento de um trabalho integrado em rede, em consonância com os vários dispositivos disponíveis na Rede de Atenção em Saúde Mental que fazem articulação com os Serviços Residenciais Terapêuticos, como os Centros de Atenção Psicossocial e demais dispositivo que deveriam estar bem articulados visando promover práticas de cuidado mais efetivas e resolutivas para os moradores.

Outros pontos considerados pelos supervisores para o avanço e funcionalidade efetiva das Residências Terapêuticas são a resistência da comunidade em aceitar as moradias, bem como os moradores e também a falta de comprometimento dos familiares e a ausência de serviços na Rede de Atenção em Saúde Mental.

Segundo Yasui, (2006) a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo social complexo, pois envolvem várias dimensões, uma delas e a dimensão sociocultural que consiste em produzir outros modos de se relacionar com a loucura, e isto, ocorrerá por meio do envolvimento de todos os profissionais atuantes na área da Saúde Mental, bem como do cenário social como todo, pois tanto os profissionais como a sociedade são considerados agentes promotores de práticas que desmitificam a lógica segregadora e excludente em torno da concepção da loucura e das pessoas com transtornos mentais. Para além de produzir práticas e romper barreiras das representações sociais em torno da loucura, esses personagens são importantes para o avanço da Reforma Psiquiatria Brasileira e da aceitação destas pessoas nos diversos lugares sociais.

4.9.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS SUPERVISORES

As atividades realizadas pelos profissionais consistem em acompanhamento dos moradores e cuidadores, capacitação, recrutamento e seleção dos cuidadores, contato direto e indireto com a Rede de Atenção a Saúde mental, acompanhamento e regulação de Projeto Terapêutico Singular (PTS) junto aos serviços CAPS, e acompanhamento dos moradores na realização de tarefas pessoais, como ir ao salão, compras de roupas e também acesso a benefícios previdenciários.

Acompanhamento dos moradores e cuidadores nas residências terapêuticas; acompanhamento dos moradores ao banco; acompanhamento dos moradores para realização de compras pessoais; acompanhamento dos moradores ao salão de beleza; solicitar o laudo médico dos moradores para iniciar o processo de concessão de benefícios (PROFISSIONAL SUPERVISOR 1, grifo nosso).

Acompanhar os moradores e cuidadores oferece capacitação para cuidadores, contato direto e indireto com os serviços substitutivos de saúde mental, elaboração de relatório mensalmente, informe e documentos em geral, recrutamento e seleção de cuidadores [...] (PROFISSIONAL SUPERVISOR, 3, grifo nosso).

Os relatos dos entrevistados acima apontam para uma dissonância entre os discursos dos supervisores com os dos cuidadores, no que consiste que há um acompanhamento desta equipe nas Residências Terapêuticas estudadas, uma vez que os cuidadores relataram a ausência de suporte desta equipe, principalmente, em relação aos próprios cuidadores. Sendo assim, os cuidadores carecem tanto de capacitação, quanto de orientações para o desenvolvimento do trabalho nas moradias, pois apresentaram muitas dificuldades em relação aos cuidados com os moradores.

4.9.3 CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SUPERVISORES SOBRE OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA PROMOÇÃO DE AUTONOMIA E INSERÇÃO SOCIAL DOS MORADORES

Todos os profissionais acreditam que as Residências Terapêuticas são dispositivos efetivos de cuidado para os moradores, pois por meio deste as pessoas com transtornos mentais passaram a conviver no meio comunitário, bem como a ter acesso a vários recursos sociais disponíveis no bairro e no território como um todo. Através da moradia os moradores passaram a ter seu quarto, seus pertences, podendo escolher suas roupas, ter um espaço de privacidade que anteriormente não tinham.

Esses avanços apontados por eles são definidos como pequenos movimentos, mas sendo importantíssimo para a promoção de autonomia e contradualidade social e também para o reconhecimento dos SRTs como proposta efetiva de moradia para as pessoas com transtornos mentais.

[...] o indivíduo que vivia em um ambiente hospitalar fechado, com alguns direitos humanos violados, encontrava-se num sistema engessado onde não tinha oportunidades de desenvolver sua cidadania, dignidade e autonomia, através destes dispositivos os moradores passaram a receber um cuidado de uma forma humanizada, sendo inseridos na comunidade como sujeito de direitos e de deveres (PROFISSIONAL SUPERVISOR4).

[...] Pois a partir dos dispositivos substitutivos à internação, os moradores podem ter acesso à cultura, lazer, inserção social como um todo, já que suas residências estão localizadas em bairros residenciais comuns e, com suporte da equipe técnica e do serviço em que o morador está inserido, estão em constante contato com a sociedade e tendo acesso aos diversos dispositivos sociais encontrados na comunidade (PROFISSIONAL SUPERVISOR2).

Nestes relatos dos entrevistados a seguir, pode-se perceber que estão se referindo a outras moradias, não sobre as que foram estudadas, ou seja, os supervisores responderam de forma geral, mesmo sabendo de quais Residências Terapêuticas se tratava a pesquisa.

Outro ponto ainda sobre esta narrativa, é que este relato abaixo não foi mencionado pelos cuidadores, e nem observado pela pesquisadora durante o tempo que esteve nas moradias.

Hoje através do acompanhamento da equipe técnica e dos cuidadores é possível observar a mudança, seja na escolha de roupas, calçados, na escolha da alimentação, alguns já administram seu próprio dinheiro, no contato com a vizinhança; **realização de passeios, entre outras coisas. “Exemplos: Temos moradores que passeiam sozinhos, realizam suas compras, temos uma moradora que acompanhamos para a compra de uma máquina de costura, onde realiza a confecção de tapetes (PROFISSIONAL SUPERVISOR1, grifos nossos).**

Os profissionais consideram que houve mudanças depois da implantação das Residências Terapêuticas, que embora seja um serviço recentemente implantado no Estado Espírito Santo, podem-se destacar alguns avanços em relação ao cuidado com as pessoas com transtornos mentais, no caso as pessoas que são beneficiadas com tal moradia, pois sabemos que os SRTs não cobrem toda demanda psiquiátrica existente.

Os avanços são relacionados ao cuidado humanizado, buscando respeitar os moradores na sua individualidade, suas preferências como pela escolha das roupas, da comida, poder ter um quarto, cama, armários, e um espaço inserido na comunidade longe de qualquer estabelecimento psiquiátrico, favorecendo a convivência com outros atores e espaços sociais, possibilitando resgate de autonomia e aspectos identitário perdidos durante o processo de institucionalização. “Acredito que essa implantação trouxe a de volta a autonomia e a desospitalização desses pacientes, a recuperação da sua identidade” (PROFISSIONAL SUPERVISOR, 5).

4.9.4 FACILITADORES E ENTRAVES PARA O FUNCIONAMENTO DOS SRTs DE ACORDO COM OS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

A maior parte dos profissionais entrevistados destacou que existem mais entraves do que facilitadores para o funcionamento das Residências Terapêuticas. Os entraves apontados são: A resistência da comunidade em aceitar as moradias e os moradores; Rede de Atenção à Saúde mental fragmentada; falta de apoio dos familiares, para os moradores que ainda possuem vínculos afetivos, pois alguns familiares acabam-se apossando dos benefícios e deixando de usar em pró, do cuidado com os moradores; escassez de recursos como mobiliários para as RTs.

Os aspectos facilitadores são: Apoio de equipe multidisciplinar e também dos profissionais cuidadores no desenvolvimento e acompanhamento das práticas a serem efetuadas. “Os facilitadores seriam: equipe multiprofissional composta por vários saberes que ajudam e

facilitam na hora de por em prática o projeto das SRT e também apoio dos cuidadores e outros profissionais colaboradores”(PROFISSIONAL SUPERVISOR, 4).

Os principais entraves apontados pelos entrevistados que dificulta o funcionamento das moradias estão relacionados à falta de articulação entre os serviços de saúde, que muitas vezes não reconhecem as Residências Terapêuticas como um serviço que deve estar relacionado com outros dispositivos disponíveis na Rede de Atenção a Saúde Mental, bem como a falta de investimentos financeiros para a área da Saúde Mental, e também a ausência de articulação das esferas Estaduais e Municipais com o Instituto Visa e Saúde - INVISA que administra as Residências Terapêuticas.

Com relação aos entraves, temos muitas dificuldades no nosso dia-a-dia seja na articulação com as redes de Serviços de atendimento aos moradores, no fornecimento do mobiliário para as Rts, pois temos que aguardar todo o processo da Secretaria de Saúde que na maioria das vezes costuma ser muito lento [...] (PROFISSIONAL SUPERVISOR2).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo identificar e analisar as práticas de cuidado desenvolvidas nas Residências Terapêuticas do bairro Tabuazeiro em Vitória/ES, bem como descrever as atividades cotidianas realizadas nas Residências Terapêuticas; analisar as atividades desenvolvidas pelos cuidadores nas Residências Terapêuticas segundo preceitos teóricos; verificar a potência do serviço na promoção de autonomia e inserção social dos moradores de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira; e identificar os desafios cotidianos da atuação dos cuidadores com relação aos moradores.

Pôde-se verificar que os Serviços Residenciais Terapêuticos estão organizados de forma como preconiza o Ministério da Saúde, pelo menos nos aspectos relacionados às estruturas físicas das moradias e sua localização nos espaços urbanos, longe de instituições asilares.

Entretanto, a implantação destas moradias está em desacordo com o que estabelece o Ministério da Saúde, pois as duas Residências Terapêuticas estudadas são instrumentos do Estado e não Municipais, sendo um dos pontos que leva a desarticulação da Rede de Atenção a Saúde Mental, pois as ações de atenção e cuidado acabam ficando fragmentadas, provocando isolamento entre os serviços de saúde e as moradias residenciais.

Com relação às práticas que são realizadas nas Residências Terapêuticas, ficou evidente a restrição destas à organização da casa e aos afazeres domésticos.

Por mais que estas práticas sejam desenvolvidas para este objetivo acima, não podemos deixar de destacar que ainda são voltadas para o cuidado com os moradores, seja em torno do preparo de alimentação, da higiene das roupas pessoais e de cama; dentre outros. Desse modo, permitindo um cuidado que anteriormente não era oferecido nos hospitais psiquiátricos, embora essas práticas tenham que alcançar um nível maior que isto, principalmente incentivando os próprios moradores a desenvolverem as atividades, considerando uma autonomia mesmo que de maneira individual, pois muitos moradores apresentam ter interesse em realizar tais atividades.

Referente à participação dos moradores nas atividades desenvolvidas, nota-se que há pouco incentivo por parte do cuidadores em reconhecer que estas atividades domésticas são importantes para o desenvolvimento de autonomia e de apropriação dos moradores do espaço das moradias, contruindo-os com base na perspectiva de um lar.

A falta de capacitação profissional dos cuidadores afeta diretamente na condução do desenvolvimento do trabalho e de práticas que possam auxiliar os moradores no desenvolvimento da autonomia, pois sem o conhecimento na área da Saúde Mental, bem como das formas em que as pessoas com transtornos mentais foram anteriormente assistidas, acabam produzindo dependência, em vez de produzir autonomia e inserção social.

Por mais que a capacitação tenha sido citada pelos cuidadores como algo que não compromete o desenvolvimento do trabalho, pois trazem a ideia de que as práticas desenvolvidas são de fácil execução, portanto é cuidado em qualquer espaço, não diferenciando as particularidades, o sofrimento psíquico e do transtorno mental, bem com os objetivos para os quais o cuidado deve ser encaminhado, uma vez que não se encerra no cuidado por si só.

Quanto aos desafios dos cuidadores em relação aos moradores, pôde-se verificar que todos apontaram não haver dificuldades nem nas atividades que são desenvolvidas e nem referente aos moradores, pois todos obedecem às ordens dadas, e por isto não impede o andamento dos serviços que devem ser desempenhados pelos cuidadores. Essa maneira de conduzir leva a produção de tutela e de obediência total, muito parecido com os velhos aprisionamentos e normas realizadas nos manicômios.

Vale destacar que os cuidadores apresentam uma visão infantilizada dos moradores, como aquele que não tem a capacidade de gerir sua vida e que precisa para isto estar tutelado á pessoas ou instituições que determinam o que deve ou não fazer.

É preciso a participação dos cuidadores, e dos supervisores de forma mais efetiva no acompanhamento das práticas e dos modos de relação que estão sendo conduzido e produzido, afinal o objetivo das moradias é de ser um local em que os moradores possam ser acolhidos e potencializados cada vez mais a participar da construção do seu projeto de vida.

As Residências Terapêuticas são recursos importantes para o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira e também para o cuidado das pessoas com transtornos mentais. Entretanto, as práticas que são desenvolvidas ainda são pouco efetivas para fomentar a verdadeira desinstitucionalização da loucura e dos estigmas que ainda pairam sobre as pessoas com transtornos mentais, pois a ideia de periculosidade e de impotência ainda está presente nos discursos e práticas. Faz-se necessário investimento de todos os atores sociais, seja dos profissionais cuidadores, dos supervisores, dos gestores e da comunidade, bem como de recursos financeiros, pois não se faz reforma sem investimentos econômicos.

Desse modo, temos que reconhecer que as moradias de modo geral são efetivas e eficazes para construção de outros modos de cuidar e olhar para as pessoas com transtornos mentais.

Entretando, só a implantação destes serviços não resolve as questões que insistem em comparecer, sendo preciso acompanhamento contínuo e bem articulado com os outros dispositivos da Rede de Atenção a Saúde Mental, bem como do envolvimento, principalmente dos supervisores e cuidadores que estão ligados diretamente as Residências Terapêuticas; e das instâncias de gestão Estadual e Municipal.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo complexo e contínuo e deve ser construída e fortalecida diariamente pelos personagens e militantes envolvidos. A desconstrução das práticas que aprisionam a loucura necessita de um compromisso ético, social e político.

Precisa de um bem querer, de uma implicação, que ultrapassa e vai além dos afazeres técnicos e repetitivos, pois a loucura suscita e provoca novos acontecimentos e composições a todo instante. É preciso estar atendo, para não perder a viagem e os bons encontros, e nem retroceder às antigas formas de cuidar que paralizantes.

Portanto, os achados desta pesquisa mostraram a necessidade de produção de mais estudos voltados para a temática, uma vez que há certa carência de publicações nesta área que possa enriquecer e trazer conhecimentos para o campo da Saúde Mental, bem como da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Desse modo, estudos sobre as Residências Terapêuticas voltadas para as práticas que são produzidas neste âmbito, como também para os cuidadores, são importantes, pois os cuidadores muitas vezes não são reconhecidos e nem valorizados como integrantes importantes para o avanço e efetivação dos serviços e cuidados dos moradores.

Estudos voltados para os moradores se fazem urgente, principalmente, sobre a percepção deles sobre as moradias e a função destas nas suas vidas, pois durante a pesquisa, pudemos entrar em contato com alguns moradores e desse modo percebemos que muitos têm as Residências Terapêuticas não como lugar de morar, mas como um local estranho, apresentando sentimento de inapropriação. “Aqui não é minha casa, casa se controí com amor, tem que ter uma história e aqui não tem minha história” (Roberto¹² morador).

¹² Nome fictício dado ao morador, para preservar sua identidade.

Vale ressaltar as limitações encontradas durante o decorrer de toda a pesquisa. Neste ponto, destacamos a falta de estudos voltados para as Residências Terapêuticas no Estado do Espírito Santo, pois encontramos somente dois estudos sobre a temática e as práticas de cuidado nas Residências Terapêuticas. Buscamos destacar esta importância e também dizer que é necessário que os trabalhos sejam apresentados em palestras e espaços comunitários, com o objetivo de informar as pessoas e demais profissionais, que ainda não sabem o que são estas moradias, pois acreditamos que desta maneira pode ocorrer uma maior aceitação destas moradias e dos moradores.

Com relação aos supervisores, observamos pouco envolvimento, principalmente em responder os questionários, tivemos a impressão que as respostas foram construídas com base no ideal de intervenção nos SRTs. As respostas em algumas questões pareciam que foram copiadas e coladas, apresentando pouca importância e envolvimento. Talvez refletindo pouca a realidade, principalmente, se compararmos aos relatos do participante G.

Vale ressaltar que os supervisores não se dispuseram a responder a entrevista, conforme fora previsto na metodologia, o que nos fez mudar o planejamento. Por sugestão destes, as entrevistas foram preenchidas via e-mail, sem que houvesse um contato pessoal com os supervisores. Portanto, o contato pessoal se restringiu a coleta de dados com os profissionais cuidadores, o que pode expressar a dificuldade dos supervisores em lidar com suas tarefas cotidianas e até de não terem conhecimento suficiente para agregar ao estudo em questão, se atendo as respostas idealizadas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 4ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1994.

_____. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In _____. **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ª Edição. 6ª reimpressão. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2013.p.51-85.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 1ª Edição. Editora Fundação Oswaldo Cruz. 2007. Disponível em <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Ihb0AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=livro+amarante+Sa%C3%BAde+Mental+e+Aten%C3%A7%C3%A3o+Psicossocial&ots=PrBnjri1cE&sig=N6xp4EoxvapzHZRjE18T03P8j0U#v=onepage&q=livro%20amarante%20Sa%C3%BAde%20Mental%20e%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial&f=false>>. Acesso em: 31 de Jul. de 2015.

AMORIM, Ana, Karenina de Melo. DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde coletiva**. Departamento de Psicologia. Universidade Potiguar-Unp. Lagoa Nova, Natal. v.14, n.1,p.195-204. Jun.2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a25v14n1.pdf>>. Acesso em :02 de Mar de. 2015.

AZEVEDO, Dulcian, Medeiros de. SILVA, Danielle, Souza. **As novas Práticas em saúde mental e o trabalho residencial terapêutico**. v, 15.n, 3. Tese. Escola Anna Nery. Pesquisa Research-Investigacion. Rio de Janeiro. 2011. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300023>. Acesso em; 03 de Mar.2015.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciencia e saúde coletiva**. 18f. 1997. Disponível em <http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/23679/9240/transdisciplinaridade_e_saude_coletiva.pdf> Acesso em: 11 de Out 2015.

ANDRADE, Angela Nobre de. Práticas Psicológicas, Epistemicídio e Unidade Básica de Saúde. v, 7,n13. **Revista Psicologia Política**. São Paulo. 2007. Disponível em <[>. Acesso em: 11 de Dez de 2015.](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=+Pr%C3%A1ticas+psicol%C3%B3gicas%2C+epistemic%C3%ADdio+e+unidades+b%C3%AAsicas+de+sa%C3%BAde&btnG=&lr=)

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2002.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: Natureza do cuidado. In: _____. **Ética do humano-compaixão pela terra**. 16ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Vozes. 2009.p.897-106.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de saúde coletiva**. v. 15 n. f16. Rio de Janeiro. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/01.pdf>>. Acesso em: 21 de Jul. 2015.

BORBA, Julian. Política de saúde e democracia: Estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário. **Revista Katálysis**. n.3, p. 19-27. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 08 de Mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10**. Ano VII nº 10, março de 2012. Brasília, 2012b. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em <www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 16 de Jul. de 2015. p. 11-12.

_____. Ministério da Saúde. 2000a. Portaria nº. 106, de 11 de fevereiro. **Cria a modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar**. Brasília: Disponível em <<http://www.saude.gov.br/doc/Portarias/2000>>. Acesso em: 27 Fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004. Brasília DF. p.16. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 27 Fev. 2015.

_____. Ministério da saúde. Resolução 466 de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 466 de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: CNS. 2012 a. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 11 de Dez de 2015.

_____. VASCONCELOS, Eduardo, Mourão. Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. In: Caderno de texto. III conferência nacional de saúde mental. **Cuidar sim, excluir não**. Brasília, dezembro de 2001. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcns.pdf>>. Acesso em: 17 de Jul. de 2015. p.80-83.

_____. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Alexandre Rocha Santos Patilha. Portaria nº3. 090 de 23 de dezembro de 2011. **Sistema de legislação em saúde**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 27 de Mar. de 2015.

_____. Ministério da saúde. **SUS princípios e conquistas**. Secretaria executiva. Brasília Distrito Federal, 2000b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 17 de Jul. de 2015.

_____. Ministério da saúde. **Programa de volta para casa, liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental**. 2003. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf. Acesso em: 02 de Set de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Memória da loucura: apostila de monitoria**. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. História da saúde no Brasil. 2008. Disponível em:
http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Memoria_da_Loucura.pdf
 Acesso em: 27 de Set de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª Ed. 5ª. reimpressão. Brasília. 2010. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
 Acesso em: 24 de Out de 2015.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. [s.l.]. Rio de Janeiro. Garamond Universitária. 2010.p.91-131.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. 3ª Edição. São Paulo. Editora Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-Privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.12, p 1-10. 2007. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009>>. Acesso em: 18 de Jul. 2015.

CAMPOS, Gastão, Wagner de Souza. Clínica e saúde coletiva compartilhada: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Organizadores: Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Júnior, Yara Maria de Carvalho. **Tratado de saúde coletiva**. 2012. Editora Hucitec. Segunda edição. P.41-80.

CARVALHO, Yara Maria CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: Aprendizados com a saúde coletiva. In: Organizadores: Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Júnior, Yara Maria de Carvalho. **Tratado de saúde coletiva**. 2012. Editora Hucitec. Segunda edição. P.137-170.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção promoção. In: **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Organizadores: Dina Czeresnia e Freitas Cm. Cadernos de Saúde Pública. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro: 2003.p.1-2.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante Paulo. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Fiocruz; 2000. p. 39-62.

DESVIAT, Manuel. A institucionalização da loucura. In: _____. **A reforma psiquiátrica**. 1ª Edição. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1999.15-52.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008 ISSN 1980-7031. Disponível em<http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_u_m_resgate_teorico.pdf Acesso em:06 de Abril de. 2015.

DESSEN, Marina, Campos. SILVA, Simone Cerqueira da. Utilizando entrevistas e questionários na pesquisa com família. In: WEBER. LINDIA. DESSEN, MARIA. Auxiliadora. **Pesquisando a família: instrumento para coleta e análise de dados**. 1ª Edição. Curitiba. Editora: Juruá. 2011. Disponível em<<https://www.juruá.com.br/bv/conteudo.asp?id=21056#anterior>. Acesso em 07 de Abril de. 2015.

SCOREL, Sarah. NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. EDLER, Flavio, Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. Nísia Trindade Lima. Silva Gerschman. Flavio Coelho Edler (Org). **Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS**. Editora Fiocruz, 2005. Rio de Janeiro. p 59-81

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 6ª edição. São paulo. Perspectiva. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. 2007.

_____. **Doença Mental e Psicologia**. 6ª Edição. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro. 2000.99p. Tradução: Lilian Rose Shalders. Biblioteca tempo Universitário. Janeiro. Editoras vozes. 2011.131-184p. Trad. Raquel Ramallete.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 6ª. Edição. São Paulo. Atlas. 2009.

GOVERNO do estado do espírito santo. Pacientes do antigo Aduito Botelho ganham vida nova em residências terapêuticas. **Portal do Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde**. 2012. Disponível em <http://www.es.gov.br/Noticias/150356/pacientes-do-antigo-adauto-botelho-ganham-vida-nova-em-residencias-terapeuticas.htm>>Acesso em 16 de Jul. de 2015.

GULJOR, Ana Paula Freitas. **Os centros de atenção psicossocial: Um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental**. 197p. 2003. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Disponível em<<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/4710/568.pdf?sequence=2>. Acesso em: 01 de Jul.de 2015.

GOFFMAN, Erving. Características das instituições totais. In: _____. **Manicômios, prisões e conventos**. [s.i]. São Paulo. Editora perspectiva. 1961.p.11-22. Disponível

em<<http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Manicomios-prisoas-e-conventos.pdf>>
Acesso em: 27 de Set de 2015.

_____. O mundo da equipe dirigente. In:_____. **Manicômios, prisões e conventos.** [s.i]. São Paulo. Editora perspectiva. 1961.p.69-83.

JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos. SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. OLIVEIRA, Chirlaine Cristine. Além dos muros manicomialis: Conhecendo a dinâmica nas residências terapêuticas. V.62, n, 2.[S.I].**Revista brasileira de enfermagem.**Universidade Estadual da Paraíba. Faculdade de Ciências Médicas. Campina Grande-PB. 2009. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo. Php?Script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200003&Lang=pt>.Acesso em:15 de Mar.2015.

JABERT, Alexander. **As formas de administração da loucura na primeira República: o caso do Estado do Espírito Santo.** 2005.v, 12.n 3.Dissertação. História, Ciência, Saúde. Rio de Janeiro. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000300004> Acesso em: 21 de Set.2015.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F.(Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Editora Hucitec, 1996. p. 55-57

LOJUDICE, Daniela Cristina. TONINI, Nelsi, Salette. SANTOS, Sinval, A.SCHNEIDER, Jacó Fernando. **Residências terapêuticas e reabilitação psicossocial: Relato de experiência.** Seminário nacional estado e políticas sociais do Brasil. Cascavel-PR. 2003. Disponível em<<http://cac- php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo2/23nelsisalette.pdf>>.Acesso em: 02 de Mar.2015.

LIMA, Milena, Fiorim. **Nos caminhos da psicologia capixaba: notas para a história da psicologia, da psiquiatria e da saúde pública no Estado do Espírito Santo.** 114 f. Dissertação. Programa de pós-graduação em Psicologia. Universidade do Espírito Santo. Vitória, 2005. Disponível em<http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_465_.pdf> Acesso em: 26 de Set. de 2015.

LUZ, Madel Therezina. Complexidade no campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e de práticas: análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade.** 2009. 18(2): 304-311. Disponível<<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29601/31469>>.Acesso em 20 de Out de 2015

MELO, Mariana, Martins Vilar de. **Construindo casas: As residências terapêuticas como dispositivos operados pela psicanálise.** 2012. 122 f. Dissertação. Programa de pós-graduação de psicologia do departamento de psicologia da PUC – Rio. Pontifica Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2012. Disponível em<http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1012185_2012_completo.pdf>Acesso em 28 de Fev.2015.

MINAYO, Maria, Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: **Pesquisa qualitativa em saúde.** Ed: Revista aprimorada. São Paulo. Hucitec. 2006.p.303-360.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e ambiente: Uma relação necessária. In: Organizadores: Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Júnior, Yara Maria de Carvalho. **Tratado de saúde coletiva**. 2012. Editora Hucitec. Segunda edição. P.81-109.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: A Cartografia do trabalho vivo. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2002. **Saúde em Debate**. n, 145. ISBN: 85-271-0580-2. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>> Acesso em: 24 de Out de 2015.

MEIRELHES, Danilo, R. LIRA, Rodrigo. COSTA, Wing. Desvendando os mistérios de Vitória o hospital da ilha da pólvora. **A Gazeta online**. Vitória. [s]. 06 Set.2013. Disponível em <http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2013/09/noticias/cidades/1459626-desvendando-os-misterios-de-vitoria-o-hospital-da-ilha-da-polvora.html>. Acesso em: 21 de Set de 2015.

NUNES, Everaldo, Duarte. Saúde coletiva: Historia de uma ideia e de um conceito. v, 3, n2.5-21. São Paulo. 1994. **Saúde e sociedade**. Faculdade de ciências médicas. Unicamp. Disponível em <www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/6945/8414>. Acesso em: 29 de Jul.2015.

NEVES, Elisângela da Silva. SOUZA. Marilei de Melo Tavares e. TAVARES, Claudia Mara. VASCONCELOS, Cristina Bonforte Serpa. Os processos de trabalho dos cuidadores de saúde que atuam em Residências Terapêuticas. **Revista pro-univer SUS**. 26f. 2014. Disponível <<http://www.uss.br/pages/revistas/revistaprouiversus/V5N12014/pdf/003.pdf>> Acesso em: 11 de Out de 2015.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. CONCIANI, Marta Ester. **Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT**. 2008.v.10, n1, 167-178f. Dissertação. Revista Eletrônica de Enfermagem. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a15>>. Acesso em: 13 de Mar. de 2015.

OLIVEIRA, Tavares, Suyane. TOMASI, Vandrúscolo, Claudia. KOSTULSKI, Camila Almeida. GONÇALVES, Camila dos Santos. **Interdisciplinaridade, Multidisciplinaridade ou Transdisciplinaridade**. Trabalho de Pesquisa. Curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). 2012. Santa Maria, RS. Brasil. Disponível <<http://www.unifra.br/eventos/interfacespsicologia/Trabalhos/3062.pdf>> Acesso em: 02 de Set.2015.

PAIVA, Ilana Lemos de. **Em defesa da Reforma Psiquiátrica: Por um amanhã que há de renascer sem pedir licença**. 2003.1-174f. Dissertação. Centro de ciências humanas e artes. Programa de pós-graduação em Psicologia. Unidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2003. Disponível em <<http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/ilanalp.pdf>>. Acesso em: 12 de Mar.2015.

PAULINO, Luana dos Santos. **A psicologia inserida na Atenção Básica**. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. 2014. Vitória/ES. Disponível em <http://www.catolica-es.edu.br/fotos/files/TCC-2014_2-Luana.pdf>. Acesso em 11 de Dez de 2015.

RIBEIRO NETO, Pedro Machado. AVELLAR, Luziane Zacché. **Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico.** 2009 v.7, n.13, pp. x-x. ISSN 1679-4427. Disponível em<<http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1679-44272009000200008&caller=pepsic.bvsalud.org&lang=pt>>. Acesso em Fev.2015.

RIBEIRO, Bruno, Alvarenga. PINTO, Viviane, Aparecida. **Entrando na “Nau dos loucos”:** **Breve revisão da História da loucura e seus desdobramentos.** v, 6,n 1,p. 84-95. Conexão ciência online. Unifor/MG. 2011. Disponível em<<http://periodicos.uniformg.edu.br:21011/periodicos/index.php/testeconexaociencia/article/view/50/77>>. Acesso em: 23 de Mar. de 2015.

ROLIN, Monica, Grant. A questão da moradia em Saúde Mental. In: MATEUS, Mario, Dinis. **Políticas de saúde mental: Baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira.** Instituto de Saúde. São Paulo. 2013.p.169 -174. Disponível em<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf> Acesso em: 01 de Mar.2015.

SPRIOLI, Neila. **Cuidar em novo tempo: O trabalho dos cuidadores profissionais com pacientes psiquiátricos em moradia.** Dissertação. Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. 2010. Ribeirão Preto. Disponível em<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4426>>. Acesso em: 08 de Mar.2015.

SCARCELLI, Ianni, Regia. ALENCAR, Sandra, Luzia de Souza. **Saúde mental e Saúde coletiva: Intersetorialidade e Participação em debate.** v, 1,nº1. Jan/Abril. 2009. Caderno brasileiro de saúde mental. Disponível em<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1001/1114>>. Acesso em: 24 de Jul.2015.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano.** Biblioteca Virtual de ciências humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro. 2010. p 26-34. Disponível em<<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/14e91eb2206a86e9?projector=1>> Acesso em: 21 de Ago de 2015.

SILVEIRA Lia, Carneiro. BRAGA, Violante, Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência na Saúde mental. **Revista latino de Enfermagem.**2005.Julho-Agosto. [s]. Disponível emfile:///C:/Users/Guilherme/Downloads/2123-3077-1-PB.pdf.Acesso em: 16 de Setembro de 2015.

SOUZA, Fernanda, Cristina, Fernandes de. **Avaliação da Rede social dos moradores do Serviço Residencial terapêutico do instituto municipal de saúde Juliano Moreira, Rj.**2011. 95f. Dissertação. Instituto de estudos em saúde coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro 2011. Disponível<<http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1366224101.pdf>>. Acesso em: 04 de Out. de 2015.

VICENTE, Jessica, Batistela. HIGARASHI, Ieda, Harumi. FURTADO, Maria Cândida de Carvalho. Transtorno mental na infância: Configurações familiares e suas realções sociais. **Escola Anna Nery revista de enfermagem.** Universidade Estadual de Maringa. v.19.p.107-

114.2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0107.pdf>> Acesso em: 04 de Out. de 2015.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** 2006. 208f. Tese. Ciências na área da saúde. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>>. Acesso em: 14 de Mar. 2015.

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DE QUESTÕES PARA OS CUIDADORES

- 1 – Como iniciou seu trabalho nas residências terapêuticas?
- 2 – Quais são as atividades realizadas neste serviço? Para que serve?
- 3- Existem atividades que são desenvolvidas com a participação dos moradores? Quais?
- 4 – Quais as facilidades e dificuldades no desenvolvimento do seu trabalho?
- 6- Como se sente realizando as suas atividades?
- 7- O que mais você poderia fazer e não tem condições? Por quê?

ROTEIRO DE QUESTÕES PARA OS PROFISSIONAIS/SUPERVISORES

- 1- Quando veio para SRTs conhecia o serviço e sua função na rede?
- 2- Como foi sua inserção neste serviço?
- 3- Quais as atividades que você desenvolve?
- 4- Você considera que este dispositivo é eficaz na promoção de autonomia e inserção social dos moradores? Por quê?
- 5- Como se dá à articulação entre as residências terapêuticas e a rede de atenção psicossocial, dentre outros dispositivos da rede? Qual a importância destas articulações? E quais as principais dificuldades enfrentadas?
- 6- Quais os fatores facilitadores e entraves funcionais para RT?
- 7- Fala-me um pouco sobre sua formação profissional? Passou por algum processo de qualificação na área da saúde mental?
- 8 – O que vc considera que tenha mudado depois da implantação deste serviço?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPIRÍTO SANTO****UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR****CURSO DE PSICOLOGIA**

TÍTULO DA PESQUISA:

Residências terapêuticas e práticas de cuidado: Outro olhar sobre o cuidado em Saúde Mental

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Aluna Itatiana Souza silva, sob orientação, da professora Margareth Marchesi Reis. Mestre em Psicologia.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

Esta pesquisa visa discorrer sobre as práticas de cuidado realizadas no âmbito dos Serviços Residenciais Terapêuticos do município de Vitória do bairro Tabuazeiro. A motivação em pesquisar esta temática relaciona-se com a necessidade de conhecer as práticas voltadas para os moradores, já que estudos mostram a carência da discussão do tema e importância de produzir conhecimentos que possam contribuir para melhorar as práticas no SRT. A relevância social desta problemática é que ao buscar conhecer as Residências terapêuticas, bem como as práticas desenvolvidas, possamos contribuir para a identificação e a descrição de ações que venham reforçar os princípios da Reforma psiquiátrica, podendo com isso certificar-se sobre as concretas possibilidades existentes na promoção de autonomia e inserção social dos moradores. A justificativa para pesquisar esta temática refere-se que as Residências Terapêuticas são espaços de moradia com grande potencial para desenvolvimento de práticas promotoras de autonomia, inserção social e contratualidade social dos moradores. Estudos apontam que as Residências Terapêuticas são dispositivos essenciais a desinstitucionalização, uma vez que podem agir oferecendo outro lugar social para a loucura, buscando inserção da loucura nos espaços sociais e comunitários. Em contrapartida esses dispositivos podem atuar de maneira a produzir práticas pouco efetivas para o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, ou seja, ser um dispositivo ainda pautado numa visão hospitalocêntrica e produtoras de práticas manicomiais, indo ao contrário dos princípios que rege a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Esta pesquisa tem como objetivo geral, identificar e analisar as práticas de cuidado desenvolvidas nas Residências terapêuticas do bairro Tabuazeiro em Vitória/ES. Os objetivos específicos são; Descrever as atividades cotidianas realizadas nas Residências terapêuticas; Analisar as atividades desenvolvidas pelos cuidadores nas Residências terapêuticas, segundo preceitos teóricos; Verificar a potência do serviço na promoção de autonomia e inserção social dos moradores de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira; Identificar os desafios cotidianos da atuação dos cuidadores com relação aos moradores.

A partir desses objetivos, serão feitas entrevistas semiestruturadas e questionário com total de 13 participantes, sendo seis cuidadores e seis supervisores que atuam Residências Terapêuticas, bem como um profissional vinculado ao projeto de implantação das RTs no Estado do Espírito Santo. Os dados serão analisados pelo aporte teórico da Saúde mental e Saúde coletiva. Sendo necessário mencionar a Reforma psiquiátrica Brasileira e seus princípios fundamentais.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:

Nesta pesquisa serão seguidas as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução 196 de 10/10/1996 do CONEP, órgão do Conselho Nacional de Saúde. Considerando a natureza da pesquisa e o método aplicado, prevê-se que a pesquisa não promoverá riscos e desconfortos.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA:

Os benefícios da pesquisa são de fins acadêmicos e Científicos.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:

Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Para isso deve procurar a Sra. Margareth Marchesi Reis, pelo telefone de trabalho 27-3331-8500 ou diretamente na FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO, Av. Vitória, 950, Forte São João, Vitória, ES, CEP 29017-950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS:

Em qualquer momento, o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS:

As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor, como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvido, livremente expresse meu consentimento para inclusão como sujeito da pesquisa e declaro que recebi cópia desse documento por mim assinado.

_____, ____/____/2015

Assinatura do Participante Voluntário Data

_____, ____/____/2015

Margareth Marchesi Reis Data

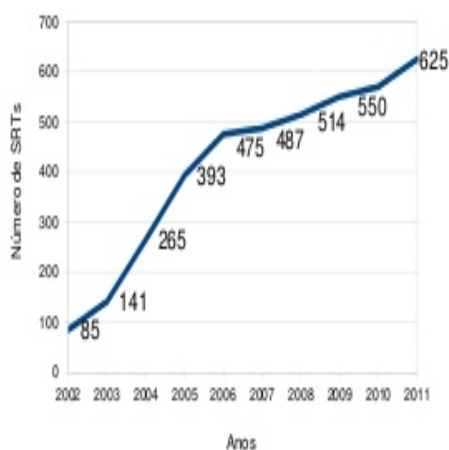
(Responsável pelo estudo)

ANEXO - A

Tabela 2 - Residências Terapêuticas por ano.(Brasil, 2002- 2011)

Rede de Atenção Psicossocial

SRT Expansão Anual

Gráfico 3 – Residências Terapêuticas por ano.
(Brasil, 2002- 2011)

O gráfico ao lado permite observar que até o ano de 2008 houve importante crescimento do número de SRTs, com a implantação de 76% do número atual de serviços.

Nos últimos quatro anos o ritmo de implementação dos serviços residenciais terapêuticos manteve-se contínuo, com ritmo diminuído em relação ao período anterior, porém com pequena aceleração em 2011, como consequência do desencadeamento do processo de fechamento de grandes hospitais Psiquiátricos.

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

O gráfico ao lado permite observar que até o ano de 2008 houve importante crescimento do número de SRTs, com a implantação de 76% do número atual de serviços. Nos últimos quatro anos o ritmo de implementação manteve-se contínuo, porém lento em relação ao

período anterior. No ano de 2011 houve pequena aceleração, como consequência do desencadeamento do processo de fechamento de grandes Hospitais Psiquiátricos.

ANEXO B

Tabela 4 – Residências Terapêuticas por UF. (Brasil , 2011)

Rede de Atenção Psicossocial

SRT por UF

Tabela 4 – Residências Terapêuticas por UF.
(Brasil, 2011)

SRTs NO BRASIL – 2011				
UF	MÓDULOS		TOTAL DE MÓDULOS	TOTAL DE MORADORES
	EM FUNCIONAMENTO	EM IMPLANTAÇÃO		
BA	20	1	21	112
CE	5	4	9	29
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	58
MA	3	1	4	18
MG	77	27	104	518
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	17	6	23	107
PE	45	24	69	329
PI	4	0	4	22
PR	22	3	25	138
RJ	106	25	131	593
RN	3	0	3	20
RS	39	4	43	141
SC	4	1	5	31
SE	20	0	20	103
SP	233	52	285	1136
TO	0	1	1	0
Total	625	154	779	3470

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Os SRTs, de acordo com a Portaria nº 3090 de 23 de dezembro de 2011, constituem-se como ponto de atenção estratégico no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de pessoas longamente internadas em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP.

O ano de 2011 finalizou com 625 módulos do Serviço Residencial Terapêutico em funcionamento, com o total de 3470 moradores. Além disso, ao final do ano, haviam 154 SRTs em fase de implantação.

O processo de implantação dos serviços segue o ritmo de fechamento dos leitos. Contudo, a expansão do número de moradias no país ainda é um grande desafio.

Em 2011 avançamos principalmente nos estados em que não havia SRT implantados. Os estados que descredenciaram leitos em hospitais psiquiátricos também ampliaram seus dispositivos.

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Os SRTs, de acordo com a Portaria nº 3090 de 23 de dezembro de 2011, constituem-se como ponto de atenção estratégico no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial

de pessoas longamente internadas em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP. O ano de 2011 finalizou com 625 módulos do Serviço Residencial Terapêutico em funcionamento, com o total de 3470 moradores. Além disso, ao final do ano, haviam 154 SRTs em fase de implantação. O processo de implantação dos serviços segue o ritmo de fechamento dos leitos. Contudo, a expansão do número de moradias no país ainda é um grande desafio. Em 2011 avançamos principalmente nos estados em que não havia SRT implantados. Os estados que descredenciaram leitos em hospitais psiquiátricos também ampliaram seus dispositivos.