

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: O OLHAR DO USUÁRIO

Therapeutic residential service: the user's perspective

Servicio terapéutico residencial: la mirada del usuario

Bruna Gusmão de Matos¹ e Lilian Hortale de Oliveira Moreira²

Recebido em 24/11/2012, reapresentado em 01/04/2013 e aprovado em 05/09/2013

Resumo

Este estudo teve como objeto o cotidiano de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e, como objetivo, descrever o processo de reinserção social dos moradores considerando o modelo de SRT. Métodos: Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, cujos sujeitos foram moradores de SRT. A análise dos dados seguiu o princípio da análise de conteúdo temática. Resultados: Constatou-se que o projeto terapêutico vislumbrado pela equipe do Serviço Residencial Terapêutico aproxima-se do preconizado pelos paradigmas epistemológicos da Reabilitação Psicossocial. Conclusão: As entrevistas permitiram a aproximação da vivência fora do manicômio, sendo possível perceber a reconstrução desse sujeito enquanto ser social. Em termos práticos, tem-se um morador que circula pelo bairro, conversa com os vizinhos, mas também há aquele que discute com os pares, é intolerante com os colegas.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Serviços residenciais terapêuticos. Saúde mental.

Abstract

Objective: This paper studied the daily life of residents of Therapeutic Residential Services (TRS) discharged after long-term psychiatric internments. The objective was to describe the residents' social reintegration process of residents, considering the TRS model. Methods: This is a qualitative study, whose subjects were residents of TRS. Data analysis followed the principle of thematic content analysis. Results: The therapeutic project envisioned by the staff of the Therapeutic Residential Service is in accordance with the recommendations in the epistemological paradigms of Psychosocial Rehabilitation. Conclusion: The interviews revealed the experience of living outside the mental hospital, showing the reconstruction of this subject as a social being, in practical terms, with some residents who circulates through the neighborhood, talks to neighbors, while others argue with peers and are intolerant of colleagues.

Keywords: Deinstitutionalization. Assisted Living Facilities. Mental Health.

Resumen

Objetivo: Este estudio tiene como objeto el cotidiano de habitantes de Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT) oriundos de estancias psiquiátricas de larga permanencia y como objetivo, describir el proceso de inserción social de los habitantes considerando la plantilla de SRT. Métodos: Se trata de un estudio cualitativo, cuyos sujetos eran los residentes de SRT. El análisis de los datos siguió el principio de análisis de contenido temático. Resultados: Se constató que el proyecto terapéutico previsto por el equipo del SRT se acerca del preconizado por los paradigmas epistemológicos de la Rehabilitación Psicossocial. Conclusión: Las entrevistas permitieron el acercamiento de vivir fuera del hospital psiquiátrico, siendo posible percibir la reconstrucción de ese sujeto mientras un ser social, en términos prácticos, se tiene un habitante que circula por el barrio, habla con los vecinos, pero también hay aquel que discute con los pares, es intolerante con los compañeros.

Palabras clave: Desinstitucionalización. Instituciones de Vida Asistida. Salud Mental.

¹Marinha do Brasil. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

autor correspondente: Bruna Gusmão de Matos E-mail: bgmatos2005@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A experiência no campo da saúde mental e o constructo teórico existente acerca do assunto têm demonstrado as mudanças vivenciadas ao longo das décadas no tangente ao tratamento destinado ao portador de transtorno mental, algumas destas superficiais, outras efetivas, capazes de gerar impactos nas políticas públicas e no cerne da sociedade.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe contribuições, primeiro no que diz respeito às mudanças das condições precárias que eram vivenciadas dentro dos hospitais psiquiátricos; segundo, ganharam destaque os serviços substitutivos ao hospital, passando-se a vivenciar o território como cenário de resgate daquele sujeito esquecido em um espaço limitado e cheio de regras de conduta.

Esse território vai além do espaço físico, ele é capaz de conectar pessoas, propiciar troca de vivências e de construir uma nova maneira de se conceber o portador de transtorno mental. Trata-se de uma força viva de relações concretas, é o local de reprodução de vidas, de subjetividades¹.

Entre os serviços substitutivos ao manicômio, que lidam cotidianamente com o território, temos o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou Residência Terapêutica (RT), que são *casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar de portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social*.

Um modelo alternativo de “casas normais com suporte modulado” — ou seja, uma residência cuja constituição receberia interferência mínima dos serviços e o morador contaria com suporte variável e flexível do setor saúde — surge em resposta às críticas ao modelo tradicional, que não responderia às necessidades e preferências dos usuários³.

Os SRT não almejam somente atender às demandas de moradia dos usuários que permanecem ou permanecem ocupando leitos hospitalares sem sintomas psiquiátricos que justifiquem tais internações. A proposta contempla o preconizado pela reabilitação psicossocial, a saber: resgate da autonomia, inserção social, aumento do poder de contratualidade e retomada de direitos.

De tudo, fica a ideia de que a existência do SRT e sua implantação somente não bastam para que a desinstitucionalização seja instituída. A reestruturação percorre o caminho do cuidado, e a maneira como esse é oferecido ou a partir de qual referência é produzido:

Os Serviços Residenciais Terapêuticos atendem a necessidade de construção de um outro lugar social para a loucura, ao instituírem uma nova dialética do cuidado, uma vez que cuidado também é inclusão social e não há clínica da reforma que não seja de igual modo uma clínica de inclusão social⁴.

Nesse sentido, o que se encontra em jogo não é apenas um novo endereço, seja um asilo, um internato ou mesmo a

família, em que a situação de tutela do sujeito seja mantida, mas a adoção de uma política de inclusão do paciente na vida social⁵.

Destarte, os SRT funcionam como locais em que as histórias pessoais se cruzam na convivência cotidiana com os companheiros de casa, vizinhos mais próximos e com o território. Assim, novas histórias são vivenciadas, novas possibilidades são construídas. Cada ator irá construir subjetivamente a sua própria identidade e a “sua própria casa” dentro deste espaço físico e do universo social que o cerca, segundo suas referências subjetivas e seus projetos de vida particulares⁶.

É justamente tal construção, entrelaçada em meio às vivências possibilitadas pelas incursões pelo território, que abre espaço à inserção do indivíduo nos mais variados contextos de vida, nos diversos cenários da sociedade. O indivíduo, que outrora tinha seu espaço físico e sua individualidade cerceada pela rotina manicomial, passa a sair do seu mundo interior, conviver com pessoas, trocar experiências, aprender com o outro e com o mundo que o cerca e, sobretudo, ser reconhecido pelos vizinhos, colegas e a ter legitimado seus direitos.

No entanto, a proposta de inclusão social que permeia os SRT passa por um processo de desconstrução, na medida em que tais dispositivos não atendem a demanda dos moradores.

Considerando a proposta de inclusão social dos SRT, pretendeu-se nessa pesquisa dar voz ao morador do SRT, por ser ele o sujeito sobre o qual se refletem as ações vislumbradas em um plano teórico.

Assim, o objeto deste estudo é o cotidiano de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que se justifica na medida em que se pretende contribuir para ampliar a discussão acerca da importância da desinstitucionalização bem planejada, que apresente alternativas àqueles pacientes sem vínculo familiar e social adequados.

O objetivo foi descrever o processo de inclusão social dos moradores, considerando o modelo do Serviço Residencial Terapêutico.

METODOLOGIA

O estudo é de natureza qualitativa, uma vez que esse tipo de abordagem possibilita a compreensão do discurso dos sujeitos entrevistados e preocupa-se em abranger e aprofundar ao máximo da realidade e do universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, que faz correspondência a um espaço mais íntimo (profundo) das relações, dos processos e fenômenos humanos⁷.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com os moradores de residências terapêuticas. A partir das falas foi possível a leitura e análise das vivências compartilhadas dentro e fora do espaço da residência terapêutica. As entrevistas foram registradas em gravador de voz digital.

Os cenários de coleta dessas entrevistas foram uma Residência Terapêutica, situada na região da Taquara, bairro de Jacarepaguá, no município do Rio de Janeiro, e a própria sala da Coordenação do SRT. Tal residência é apoiada por uma equipe do Programa de Residências Terapêuticas do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM), implantado no ano 2000.

A escolha do programa de Residências Terapêuticas do IMASJM enquanto locus de pesquisa deu-se pela trajetória e experiência desta instituição nesse tipo de dispositivo, uma vez que seus SRT foram implantados antes mesmo das portarias ministeriais e leis federais.

Os moradores dos SRT recebem suporte técnico da Equipe de Segmento que é responsável por garantir a assistência aos moradores no território. As casas recebem supervisão semanal de miniequipes, compostas por um técnico de referência de nível superior, um cuidador territorial (apoiador e articulador entre os moradores e a rua) e os cuidadores da casa.

O cenário que serviu de estratégia de aproximação com os moradores para posterior entrevista foi o Projeto Arte e Horta, que se trata de um programa de geração de renda destinado às pessoas com transtornos mentais, com idade superior a 18 anos, que promove ações capazes de dar suporte à reinserção social. O Projeto funciona nas dependências do IMASJM e conta com oficinas de geração de renda, a saber: Mosaico, Culinária, Cantina, Jardinagem e Horta.

Antes de adentrar a residência conhecemos os moradores neste Projeto, uma vez que, por se tratar de moradias, a Coordenadora sentia-se no dever de ser porta voz deste discurso e de fazer com que na prática o morador do SRT levasse para sua casa quem lhe fosse do agrado, ou seja, precisava de convite para adentrar aquele espaço doméstico.

A necessidade de tal convite, entretanto, delimitou a amostra do estudo em sete moradores, apesar de que o Programa do SRT da instituição estudada gerencia um número significativo de residências. No entanto, nem todos participam do Projeto Arte e Horta, e nem todos os que participam dele são moradores de SRT. Dessa forma, o critério utilizado para definição da amostra do estudo foi justamente o acesso das pesquisadoras à população estudada.

O SRT onde ocorreu parte das entrevistas tratava-se de um apartamento, localizado no primeiro andar de um prédio de umas das principais ruas do Bairro da Taquara, em Jacarepaguá. O apartamento é bem localizado, com comércio e condução nas proximidades, e possui dois quartos, sala, cozinha, banheiro e uma pequena varanda.

Os sujeitos do estudo foram selecionados conforme os critérios de inclusão: estar residindo no SRT, aceitar participar do estudo, ter idade maior que 18 anos e não ser curatelado, ou seja, não ser uma pessoa declarada

judicialmente incapaz, pela impossibilidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos aqueles que não atenderam aos critérios acima descritos.

O estudo atendeu ao preconizado na Resolução n. 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde, os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma espontânea, mediante leitura e explicação prévia do seu conteúdo. O anonimato dos participantes foi assegurado, sendo os entrevistados identificados como Morador 1 ao 7, obedecendo a sequência com que foram realizadas as entrevistas.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado sob o nº de protocolo 8689 em 27 de março de 2012.

A análise dos dados seguiu os princípios da análise de conteúdo por categoria temática, operacionalizada através de três etapas⁷: pré-análise (leitura flutuante e formulação e reformulação dos objetivos), exploração do material (codificação/categorias) e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na segunda etapa, conhecida como exploração do material, os relatos foram organizados, permitindo a classificação dos dados obtidos, considerando a semelhança dos temas surgidos, chegando às seguintes categorias: Autonomia; Poder de contratualidade; e Relacionamento entre os pares e a comunidade.

De forma geral, a escolha pela categoria Autonomia justifica-se na medida em que ela representa a recorrência de temas nos relatos dos moradores, quais sejam: atividades de vida diária, manejo e administração das medicações, incursões pelo território, rotina dentro da residência. O poder de contratualidade foi escolhido para representar a relação dos moradores com o trabalho e as formas de lazer por eles vivenciadas e expressas nas falas. A terceira categoria, que é a do relacionamento com os pares e comunidade configura-se como representativa das relações estabelecidas pelos moradores dentro e fora do espaço das residências, conforme relatos.

A terceira etapa correspondeu à síntese interpretativa, em que se estabelece um diálogo entre a fundamentação teórica adotada, os depoimentos e seus contextos e os objetivos da pesquisa.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Traçou-se um perfil dos moradores entrevistados considerando idade, sexo e tempo de moradia no SRT. Com relação ao tempo que esses moradores permaneceram internados antes da desinstitucionalização, não foi possível determiná-lo, uma vez que muitos deles não conseguiam precisar quantos anos de internação tiveram, dando respostas imprecisas em termos quantitativos.

A idade média dos moradores entrevistados era de 61,5 anos; o entrevistado de menor idade tinha 42 anos e o de maior idade, 81 anos. Com relação ao sexo, três eram do sexo feminino e quatro, do sexo masculino. Quanto ao tempo de moradia nas residências, o menor tempo foi de 4 anos de moradia enquanto o maior tempo foi de 12 anos, perfazendo uma média de 8,6 anos de moradia entre os entrevistados.

Dos sete entrevistados, seis passaram por instituições psiquiátricas diversas, e um tornou-se morador de rua antes de ir morar em um Centro de Reabilitação (Morador 2).

CATEGORIAS

As falas dos moradores foram divididas em categorias recorrentes de acordo com o conteúdo explicitado, a saber: Autonomia; Poder de contratualidade; e Relacionamento com os pares e comunidade.

Categoria 1: Autonomia

Há de se ter em mente que os SRT pretendem resgatar a autonomia do morador perdida pela tutela do hospital e pelo afastamento do núcleo social. Tal resgate é possível por meio da convivência com os pares, cuidadores e comunidade no território, possibilitando mudanças de comportamentos e de produção de vida. Dessa forma, a autonomia foi analisada sob o ponto de vista interno da residência, por intermédio das atividades que os moradores realizam e da ótica externa à moradia, ou seja, quando se refere às atividades realizadas nas incursões pelo território.

Pelo discurso dos moradores, a rotina descrita em nada difere de uma moradia e não se aproxima do contexto institucional: não há normas de conduta impostas, e sim a organização interna dos moradores; cada qual realiza a atividade de acordo com suas habilidades e/ou desejos:

“Hoje em dia eu lavo a minha roupa de dormir, de trabalhar, de vestir, de cama. A faxina da casa eu faço, passo um pano na casa, nos quartos, lavo o banheiro. A comida R. faz, almoço, jantar, mas tem uma cuidadora para acompanhar. Então limpar o fogão, a geladeira por fora, F. faz. (...) as quatro pessoas não precisam de uma empregada doméstica para tudo que fazem na casa, a maioria das coisas da casa, dos serviços da casa, eles quatro conseguem resolver o problema da casa (Morador 2)”

“A J. acorda por volta das 5 da manhã e começa varrendo a casa e tirando o pó, antes eu que fazia isso, depois que ela veio morar aqui ela acordava cedo para varrer, a psicóloga achou melhor deixá-la fazer porque teve a iniciativa (Moradora 4).”

A liberdade de escolha da Moradora 5 foi respeitada pela psicóloga e também pela companheira que anteriormente realizava a atividade de varrer a casa e retirar o pó dos móveis, assim como em outra situação na qual a Moradora 4 não queria mais continuar cozinhando carne, passando a tarefa para outra, como descreve o relato:

“A comida antes eu fazia, pois a J. não sabia cozinhar, foi quando eu passei a não comer mais carne, só soja, daí eu falei para a psicóloga que não fazia sentido eu cozinhar carne se não iria comer. Daí a J. topou aprender e a cuidadora foi ensinando ela fazer carne moída, bife, frango, hoje ela faz. Algumas coisas ainda faço como o peixe, o feijão (Moradora 4).”

Dessa forma, as iniciativas dos moradores são vistas como parte do processo de retomada e de estímulo à autonomia. É possível reconhecer no discurso dos moradores entrevistados o lugar que eles ocupam dentro da residência. O diálogo e o respeito à individualidade se fazem presentes, como na situação relatada acima.

Com isso, a ressignificação da experiência e do viver dos moradores é viabilizada na medida em que se reconhecem e se valorizam seus discursos, no gerir da própria vida, tornando-os sujeitos de direitos e de desejos de suas próprias histórias⁸.

A autonomia dos moradores também pode ser identificada pela retomada do papel de administrar e controlar os horários da medicação e do compromisso com o tratamento:

“Tomo uma medicação que nunca foi cortada, Risperidona, já tem 18 anos. Antes eu tinha ajuda de uma enfermeira, mas depois foi chegando um momento que eu passei a tomar sozinho, hoje em dia eu faço a consulta médica, pego o remédio. O psicólogo vai em casa e leva o papelzinho com os horários, a gente não esquece, né, porque é um compromisso (Morador 2)”

Nesse sentido, a qualidade dos espaços de reabilitação implica a redistribuição de poder aos sujeitos que devem assumir posturas ativas de suas histórias e dos seus desejos, tornado-se sujeitos produtores de competência. Nesse contexto, a ideia de morar é vista como habitar, que não significa apenas estar em um lugar, e sim remete ao grau de propriedade do espaço⁹.

Percebemos, no entanto, que a realidade nem sempre foi essa, pois anteriormente havia um auxiliar de enfermagem, que ficava na sede do Programa de Residências e era responsável por separar as medicações que seriam distribuídas nas moradias. Contudo, visando ampliar autonomia do morador, o dispensário foi desativado, ficando ao encargo dos cuidadores a separação e a administração da medicação¹⁰.

A retomada do papel de gerenciador da medicação devolveu ao morador a condição de sujeito ativo do seu tratamento, que se contrapõe à realidade de outrora, quando havia alguém a controlar a medicação por ele como se ele não fosse capaz de fazê-lo.

O percurso do morador pelo território também envolve a questão da autonomia, os lugares frequentados, a independência no ir e vir, e a liberdade na escolha dos locais onde realiza as compras. Todos esses aspectos demonstram competência de decisão de escolha que traduz a noção de habitar o território, como demonstra o relato abaixo:

“Eu, por exemplo, para comprar cigarro, eu não vou comprar cigarro na Taquara porque é muito caro, eu compro no atacado, na terça-feira que estou de folga, vou comprar cigarro no camelódromo da Uruguaiana. (Morador 6)”.

A entrevista com o Morador 6 remete ao fato de ele exercer o poder de escolha de comprar no local mais barato, exercitando a autonomia que lhe é possibilitada, primeiro pelo direito de ir e vir, segundo, pela própria habilidade de pegar o ônibus, ir até o centro da cidade, apropriando-se do espaço que vive.

Outro aspecto que foi incluído na discussão dentro da categoria autonomia, mas que expressa muito sobre relacionamento, diz respeito à relação estabelecida dentro da residência entre o cuidador e os moradores. Vejamos qual a visão de alguns moradores acerca do cuidador:

“Nossa cuidadora é a V. e tem a outra que é a que vai com a gente para o médico, vai no banco. E a V. vai mais assim pra passeio, mas quando ela vai pra passeio a outra vai, faz compra junto com a gente. Se, por acaso, desse dinheiro para gente, até que teria jeito de fazer, mas, por mais segurança, é melhor ela ir com a gente (Moradora 1).”

A autonomia instrumentaliza o indivíduo a gerar normas e ordens para sua vida, conforme sua capacidade de enfrentamento das situações. Não deve ser confundida com autossuficiência ou independência, pois certo grau de dependência é inerente ao ser humano, o problema é a dependência de forma restrita⁸.

O discurso da Moradora 1, em um primeiro momento, parece trazer no seu contexto a relação de dependência, quando ela diz que a cuidadora acompanha suas idas às compras. Contudo, a paciente reconhece que seria possível fazer as compras sem auxílio. No entanto, considerando que as demais moradoras desta residência são idosas, o auxílio é visto por um aspecto do cuidado, no sentido de zelo.

Quando questionado como era o relacionamento com a cuidadora, o Morador 3 respondeu: *Ela é boa, ela é bacana,*

ontem mesmo dei o dinheiro na mão dela, ela foi pagar conta para mim, porque eu vim trabalhar. Quando é quarta-feira, ela separa o dinheiro para ninguém ficar todo enrolado.

Quando questionado se ele não acompanhou a cuidadora para pagar suas contas, o Morador 3 justifica que era dia de trabalho, não deixando explícito se quem paga rotineiramente suas contas é ela; apesar do questionamento, limitou-se a dizer que é rotineiro a cuidadora separar o dinheiro para que eles não fiquem enrolados. Considerando sua fala, há de se pensar sobre o *saber dosar o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário*^{2,12}.

A instrumentalização para que o morador seja capaz de gerenciar sua vida faz parte de um processo contínuo, que não encerra com a entrada no SRT. Com isso, o morador continua sendo assistido pela equipe do Programa de Residências, sendo referenciado a outros dispositivos de Saúde Mental, tal como o CAPS, para que seja acompanhado nas demandas individuais, com vistas à reabilitação psicossocial.

Categoria 2: Poder de contratualidade

O poder de contratualidade representa a capacidade do indivíduo de realizar trocas no cotidiano, estabelecendo os próprios interesses e relações de acordo com o valor previamente atribuído para cada sujeito no campo social. O poder de contratualidade está presente na medida em que se escuta e reconhece a palavra dos moradores no gerir do seu cotidiano e a esse sujeito é dado o direito de assumir posição ativa na condução da própria vida⁸.

O aspecto do dinheiro foi incluído na categoria Poder de contratualidade, uma vez que muitas das negociações e trocas realizadas no cotidiano são possibilitadas pelo capital financeiro.

Os moradores relatam ter conta no banco, e a maioria consegue realizar pagamentos bancários, alguns necessitam da ajuda dos cuidadores ou do acompanhante terapêutico:

“A gente recebe nosso dinheiro; todo mês que a gente recebe a gente dá a participação para casa, R\$80,00 para o fundo de reserva e R\$60,00 para coisa de alimentação, comprar açúcar essas coisas, o resto fica pra gente. Eu recebo a bolsa aqui da APACIJUM (Moradora 1)”.

“(...) Sei contar, sei separar direitinho. Caso queime o ventilador, aí tem um dinheirinho pra comprar outro ou pagar um electricista pra arrumar, se queimar uma televisão, rádio. Tiro R\$ 150,00 pra casa, pago as faturas e o resto é pra mim, pra eu comprar roupa (Morador 2)”.

Atualmente os moradores realizam a retirada de pequenas quantias de dinheiro diretamente no banco, antes

recebiam o dinheiro de uma só vez e a quantia ficava centralizada em um cofre na sede do SRT, sendo administrada por um funcionário. Essa mudança possibilitou a redistribuição de poder entre os moradores e aumentou a capacidade de troca e de negociações realizadas por eles.

Outra fala que remete à capacidade de argumentação e negociação do morador é descrita a seguir:

“Eu mesma, antigamente dava 80 reais para casa, se tem o dinheiro das compras que a prefeitura dá a gente, não tem necessidade de dar esse dinheiro. O dinheiro que sobra eu compro remédio, pago médico particular (Moradora 7)”.

Dessa forma, a moradora recusa-se a dar o dinheiro que seria destinado às despesas da casa. Não tendo informações mais consistentes acerca do destino final desse dinheiro arrecadado para a casa, cabe aqui somente apontar a iniciativa da moradora em questionar algo que estava estabelecido pelas regras, exercendo a capacidade de negociação e assumindo postura ativa no que diz respeito à aplicação do dinheiro.

Considerando os relatos obtidos, de maneira geral, o poder de contratualidade destes indivíduos é fortalecido a partir das relações sociais estabelecidas por meio do trabalho. Como os moradores participam do Projeto de Arte e Horta e exercem alguma atividade remunerada, é possível para eles mostrar o valor de seu trabalho, expresso pelo que produzem, e estabelecer relações de troca a partir deste valor:

“Então lá (no Projeto) também eu faço os trabalhos do mosaico, não sei se você conseguiu perceber que eu trabalho bem. Quando leva o trabalho do mosaico eles gostam (Morador 2).”

Essa fala endossa que o valor que o consumidor atribui ao objeto produzido pelo trabalho é de importância para o indivíduo que produz, tanto do ponto de vista do consumo quanto do ponto de vista da realização pessoal e elevação da autoestima.

O trabalho funciona como um indicador do sucesso do funcionamento social, considerando as funções complexas que se exige deste sujeito social, inclusive habilidades cognitivas e intrapsíquicas ¹¹.

O trabalho, neste sentido, é compreendido como produção e vincula-se à troca de mercadorias, difere daquele realizado dentro do hospital psiquiátrico, visto como terapia em si mesmo. Assim, para que o trabalho seja considerado reabilitador e reproduzidor de contratualidade dos sujeitos, é preciso que ele perca a ênfase terapêutica.

Categoria 3: Relacionamento com os pares e com a comunidade

Percebemos que todos os moradores apresentavam problemática relacionada ao suporte familiar, e, conseqüentemente, a falta de moradia era uma realidade comum antes do SRT. Mesmo para aqueles que ainda têm contato com seus familiares, as falas demonstram que não há mais espaço no seio destas famílias.

A exclusão, no caso dos loucos, produziu então um outro fenômeno, que a igualdade material apenas não supre: produziu... desfiliação. E esta se distingue da pobreza ou da privação de bens materiais por agregar à mesma a ruptura dos vínculos e a ausência de futuro, gerando invisibilidade social ^{11:22}

A desfiliação compreende a perda de vínculos do trabalho ou de laços relacionais com a comunidade e família, e é comprovada no relato da Moradora 1, que, internação após internação, foi se distanciando dos filhos, não conseguindo sequer acompanhar a infância deles.

“(...) Morei com eles só mesmo quando eram crianças. Ainda precisei até do Lar X, minhas crianças foram criadas por eles. Teve uma época em que eu ainda estive internada, eles ficaram com as crianças. Depois que eu melhorei, já não pude ficar com eles, já não tinha onde morar, aí comecei trabalhar e consegui um cantinho lá no morro da Serrinha. Sempre que eu podia, ia lá na creche em Realengo. Foi indo, foi indo e eles já estão tudo grande, já criados (Moradora 1).”

A experiência de internamento desses sujeitos implicou a perda de papéis, que muitas vezes são irrecuperáveis, como não participar do processo de criação dos filhos. Contudo, o recomeço inclui retomada dos sociais perdidos, e, nesse sentido, a família entra como partícipe do processo, para resgatar laços perdidos e restituir a identidade do sujeito esquecido.

Essa tarefa não é fácil tendo como princípio que, com o passar dos anos, as famílias reestruturam seu núcleo e o espaço daquele que fazia parte do contexto familiar vai sendo suprimido pela ausência e distanciamento. Compete à equipe técnica que oferece apoio aos moradores fazer a mediação entre eles e a família.

A família encontra-se nesse contexto como elemento fundamental no processo de desospitalização e reabilitação do indivíduo com transtorno mental, já que são essas as pessoas que estão no convívio direto e que formam a base de sua estrutura ^{12:84}.

Quanto ao relacionamento com os pares, os entrevistados disseram manter bom relacionamento com os demais moradores e com a equipe técnica de cuidadores e psicólogos que apoiam as residências. Uma deles reconheceu

haver atritos na relação entre os moradores:

“[...] Lá tem dois que são meio brabos, tem um que é esquizofrênico, que cisma que tem uma coisa que mexeu com ele ou que você mexeu nas coisas dele, ele arruma um bafafá. Daqui a pouco o psicólogo vem e fala com ele, ele fica quietinho e vem te pedir desculpa, fica tudo entendido. Nenhum de nós tem nada contra o outro, a gente não tem raiva, mágoa, o remédio corta isso, é só tomar (Morador 2).”

Por meio da negociação de interesses, é possível mediar os conflitos, garantindo seu controle. Nas articulações dos moradores com vários aspectos da reprodução social, no espaço da comunidade, é passível o contato com inúmeros recursos que podem ser mobilizados. Essa mobilização é a essência da reabilitação, que permite um processo de reapropriação pessoal das dimensões reais e simbólicas do corpo, do espaço, do tempo, do uso dos objetos e de criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana¹³.

O discurso do Morador 2 mostra que o relacionamento com os pares tem seus percalços; contudo, por meio da negociação de interesses, é possível mediar os conflitos, garantindo seu controle, ainda que tal mediação necessite da presença do técnico de referência. Os vínculos interpessoais estão ali presentes entre os pares no lidar com o outro; quando ele diz que o remédio corta a raiva, fica explícita a existência de vínculos que fazem habitar o espaço da casa com tolerância para com os companheiros.

Dessa forma, configuram-se as relações com os pares, e aos poucos o ente estranho torna-se não somente parte do contexto de convivência, é possível observar sentimentos como companheirismo e ajuda mútua, como expressam os discursos:

“Com a frequência da convivência, a amizade vai desenvolvendo (Morador 6).”

“Lá elas gostam de mim, eu também gosto delas, elas são tudo senhoras. Teve foi em agosto, tem dois anos já que a companheira de quarto meu, que morava juntinho assim, dividia o quarto, morreu, a gente ficou muito triste. Aí passou quase um ano, agora tem a D. que já está há dois anos com a gente. (Moradora 1)”

No que diz respeito à vizinhança, os moradores afirmaram manter bom relacionamento com os vizinhos, não deixando evidenciar conflitos entre eles. No entanto, nem sempre foi assim, vejamos o que relatou a moradora do SRT:

“Quando viemos morar nesse apartamento, no dia da mudança não queriam nos deixar descarregar os móveis porque tinham feito um abaixo assinado para que não

viéssemos morar aqui. Mas daí o psicólogo conversou, explicou que estávamos com tudo ali e tínhamos condições de morar lá até porque moramos num outro local na Taquara antes. Mas hoje em dia os vizinhos são ótimos, nos convidam para festa junina, aniversário, trocamos presentes em datas especiais (Moradora 4)”

O posicionamento inicial da vizinhança em relação ao convívio com os portadores de transtornos psíquicos, recém-saídos dos manicômios, foi de intolerância. Desvenda-se, nesse contexto, a existência do aparato manicomial, o isolamento também existe para além do hospital psiquiátrico, se exercita através de gestos, olhares e atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças¹.

Os muros manicomiais que ditam a exclusão e o isolamento, nesse momento de transformação de paradigma e reforma psiquiátrica, deixaram de ser concretos e passaram para o plano das relações, capazes de estabelecer barreiras para as diferenças, baseando-se no imaginário popular da loucura e na figura do louco construída ao longo da história, trazendo de certo o aparato da exclusão ao tentar negar-lhes o direito de ir e vir.

Diante de tais posicionamentos, é nítido que “não basta modificar os locais de atendimento se não forem modificadas as representações associadas à doença mental, fazendo um movimento que dissocie a loucura da violência, da improdutividade e da incapacidade de articulação social^{14:458}”.

Quando questionado sobre o relacionamento com os vizinhos, o Morador 6 limitou-se a responder que era bom; no entanto, uma moradora do mesmo SRT relata:

“Às vezes ele se desentende com alguém porque quer ser simpático e tenta iniciar um diálogo, mas não tem assunto e acaba por ser mal interpretado, como quando perguntou ao pai de uma criança se seu filho era malandro e o pai ficou ofendido com a pergunta (Moradora 4)”

Essa passagem demonstra que a intolerância de outrora ainda se perpetua através de atitudes que reforçam os limites. Em contrapartida, o território não é híbrido, conflitos e desavenças poderão existir em algum momento, uma vez que a vivência no território implica exposição do sujeito a contextos diversos, com pessoas e situações variadas, por isso a complexidade do trabalho no território, proposta do SRT:

(...) com o avanço do processo de desospitalização, muitos internos institucionalizados há muitos anos em hospitais psiquiátricos estão passando a morar em residências pela cidade afora. Outrora expulsos do convívio das famílias, das pessoas, enfim, da vida, os loucos agora estão de volta. As residências assistidas de ex-internos de manicômios ou os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, como

estranhamente são denominados pela burocracia estatal, assumem uma função estratégica no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Teremos que construir estas experiências, estes espaços, estas novas formas de lidar^{15:10}.

Dessa forma, o terreno da moradia, do bairro, da cidade é instável demais para permitir olhares desatentos, porque a configuração do SRT, sem o apoio rotineiro de uma equipe imbuída dos princípios da Reforma Psiquiátrica, facilmente transforma o bairro em deserto, incapaz de desmontar o manicômio existente em cada um de nós e de possibilitar a almejada inclusão social.

CONCLUSÕES

O objetivo do estudo foi alcançado, considerando que as entrevistas permitiram uma aproximação da vivência a partir dos SRT, sendo possível percorrer um pouco da trajetória de vida dos moradores e constatar, em termos práticos, como esses moradores têm habitado o território, conseguindo retomar sua vida, de forma a não mais precisar da tutela do hospital. Foi possível pontuar os movimentos deles rumo à inserção social.

Contudo, ainda há muito que ser alcançado. Um dos aspectos que precisa ser repensado nesse processo de Reabilitação Psicossocial é a aproximação do morador de sua família, a retomada dos laços familiares. Há, ainda, a necessidade de avaliação contínua, no sentido de acompanhar de perto o dia a dia das residências, o modelo de cuidado dispensado pelos cuidadores a fim de manter vivo o jogo das diferenças, pois o território pode mostrar-se nulo de possibilidades para o morador.

Destarte, faz-se necessário reconhecer que o estudo tem suas limitações e que não pode ser considerado um caso paradigma. Os moradores entrevistados são advindos de um Programa de SRT estruturado, cujos objetivos estão alicerçados em bases sólidas e ideais de Reabilitação Psicossocial. Quanto aos demais programas que alicerçam o RT no âmbito nacional, ainda não há estudos suficientes que possibilitem traçar o seu perfil. Além disso, as entrevistas foram realizadas com moradores de SRT, em nenhum momento o cuidador foi ouvido nesse processo, o olhar do morador foi suficiente para atender o objeto do estudo.

Em termos práticos, através do olhar do morador, de uma maneira geral, chegou-se a uma residência onde cada membro desempenha um papel diferente, mas onde há respeito pela vontade e habilidade das pessoas para desenvolver as atividades cotidianas. Tem-se um morador que circula pelo bairro, conversa com os vizinhos, participa de festas nos condomínios. Também há aquele que discute com os pares, é intolerante com os colegas. Contudo, efetivamente os moradores entrevistados têm participado do movimento de inclusão social.

Quanto à observação dos moradores nos cenários possíveis, consideramos que o projeto terapêutico vislumbrado pela equipe do SRT aproxima-se do preconizado pelas legislações e paradigmas da Reabilitação Psicossocial. Não consideramos com isso que o serviço seja ideal, talvez ideal seja inatingível em termos práticos; contudo, a passagem de um regime tutelar para o da liberdade é repleta de atravessamentos e a busca por esse modelo deve estar presente para que a mudança seja uma constante.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2008.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília (DF): MS, 2004.
3. Piat M, et al. Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves: une étude descriptive. *Santé Ment. Qué.* 2008 automne; 33(2): 247-69.
4. Sanzana APM, Campos AP, Machado AC, Souto SJ, Echebarrena R. A reforma começa em casa: o fio da navalha na clínica dos dispositivos residenciais terapêuticos do IMAS Juliano Moreira. *Cadernos IPUB*, 2006. 12(22): 169-78.
5. Dutra VFD, Rocha RM. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. *Rev. enferm. UERJ*. 2011 jul-set, 19(3): 386-91.
6. Milagres A LD. Eu moro, tu moras, ele mora: cinco histórias diferentes em serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. IN: AMARANTE, P. *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 121-147.
7. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
8. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo (SP): Hucitec; 2001. p. 55-59.
9. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

10.Sobreira CB, Pinheiro FV, Silva JN, Brum LDRV, Salles LLM, Isidro VF. Descentralizando o cuidado e expandindo a contratualidade: um desafio para o Programa Residencial Terapêutico do IMAS Juliano Moreira [acessado 2012 abr 23]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/encresidenciais2010/programacao/arquivos_artigos/DESCENTRALIZANDO_O_CUIDADO_E_EXPANDINDO_A_CONTRATUALIDADE.pdf>.

11.Silva R. Um parceiro da Loucura. Psicologia: Ciência e Profissão Diálogos. 2004 abr. (1): 22-3.

12.Moreira LHO. Enfermagem psiquiátrica e internação involuntária: a clínica do fato inexistente [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola de Enfermagem Anna Nery; 2008.

13.Fonseca L.M. O debate sobre o destino dos egressos de longas internações psiquiátricas: o caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 2005.

14.Mello R, Furegato ARF. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. Esc Anna Nery . 2008 set; 12 (3): 456-64.

15.Amarante P, coordenador. Archivos brasileiros de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003.