

Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade*

HEALTH-CARE PRACTICES PERFORMED AT ASSISTED LIVING FACILITIES:
PURSUING THE PATHS BACK TO SOCIETY

LAS PRÁCTICAS DE CUIDADOS OFRECIDOS EN EL SERVICIO DE RESIDENCIAS
TERAPÉUTICAS: RECORRIENDO LOS CAMINOS DE RETORNO A LA SOCIEDAD

Hudson Pires de Oliveira Santos Junior¹, Maria de Fátima de Araújo Silveira²

RESUMO

Esta pesquisa objetivou buscar a visão dos profissionais do Serviço de Residências Terapêuticas, sobre a prática de cuidado produzida neste dispositivo de atenção à saúde mental. Para isso, optou-se pela abordagem qualitativa, exploratória e analítica. Os instrumentos para a coleta de dados foram: formulário de observação sistemática, diário de campo e roteiro de entrevista semiestruturada, realizada com 10 profissionais atuantes nas residências. Como resultado, foi encontrado que o cuidado na moradia se dá de modo mais humanizado, valorizando a singularidade dos moradores, seus valores e crenças, tentando (re)estabelecer as relações sociais dos indivíduos e estimulá-los para a prática do autocuidado. Percebe-se que esse modo de atenção vem alcançando uma (re)cidadanização e valorização da vida dos moradores psíquicos.

DESCRITORES

Saúde mental.
Serviços de saúde mental.
Moradias assistidas.

ABSTRACT

The objective of this exploratory study was to understand the perspective of professionals working at assisted living facilities about the healthcare practices performed in the mental health service. Data collection was performed using an observation form, field journal, and a semi-structured interview script, which was conducted with 10 professionals working at the facilities. It was found that the care provided at the facility was humanized and valued the uniqueness of the individuals living there, as well as their values and beliefs, seeking to (re)establish the individuals' social relationships and encourage them towards self-care. It is observed that this form of care has been achieving (re)socialization and valuing the lives of those experiencing psych distress.

KEY WORDS

Mental Health.
Mental health services.
Assisted living facilities.

RESUMEN

Esta investigación objetivó buscar la perspectiva de los profesionales del Servicio de Residencias Terapêuticas, sobre la práctica del cuidado ofrecida en este dispositivo de atención a la salud mental. Para esto, se optó por el abordaje cualitativo, exploratorio y analítico. Los instrumentos para la recolección de datos fueron: formulario de observación sistemática, diario de campo y guión de entrevista semiestruturada, realizada con 10 profesionales actuantes en las residencias. Como resultado, fue encontrado que el cuidado en la residencia se ofrece de modo más humanizado, valorizando la singularidad de los residentes, sus valores y creencias, tratando de (re)establecer las relaciones sociales de los individuos y estimularlos para practicar el auto cuidado. Se percibe que ese modo de atención viene alcanzando una (re)cidadanización y valorización de la vida de los que sufren psíquicamente.

DESCRIPTORES

Salud mental.
Servicios de salud mental.
Instituciones de vida asistida.

* Extraído da dissertação "Saberes e práticas em saúde mental: avanços do processo de desinstitucionalização em Campina Grande-PB", Universidade Estadual da Paraíba, 2005. ¹ Graduando do Curso de Licenciatura Plena, Bacharelado em Enfermagem e Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC/CNPq/UEPB, Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil. santosjuniorhpo@hotmail.com ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Estadual da Paraíba. Professora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil. fatimasilveir@uol.com.br

INTRODUÇÃO

São muitos lados da mesma viagem: um novo trem dá partida

Com o Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica de saúde surge como o meio de construção de uma nova política e produção de serviços, indo além do modelo médico-hegemônico, passando a ser o local onde as práticas de saúde são efetivadas, particularmente, no campo da saúde mental, através do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial⁽¹⁾.

O início da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo ao surgimento do movimento sanitário do final dos anos de 1970. No entanto, o seguimento da luta reformista na saúde mental tem seu caminho próprio, marcado num contexto internacional de inovações contra a subjugação da violência asilar⁽²⁾, organizando-se com base nos pressupostos da experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica ao manicômio, visando à desconstrução do modelo manicomial.

Em 1978, quando emerge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), começam a surgir as denúncias da violência dos manicômios, da capitalização da loucura, da preponderância da rede privada de assistência, bem como surge, coletivamente, uma crítica à psiquiatria clássica e ao modelo hospitalocêntrico no cuidado aos sofredores psíquicos⁽³⁾.

O início legal da reforma no Brasil ocorre com a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a progressiva substituição dos manicômios no país⁽²⁾. Entretanto, somente depois de doze anos de tramitação pelo Congresso, é aprovada a Lei 10.216, em 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Esta garante o processo de substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial.

Partindo dessa necessidade, são criados os Programas de Saúde Mental para a implantação do novo modelo assistencial extra-hospitalar, composto por serviços agenciadores e estratégicos: o Hospital-dia, leitos em Hospitais Gerais, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), Lares Protegidos, Programa de Volta para Casa (PVC) e Unidade de Emergência em saúde mental, os quais são regulamentados pela Portaria 224/92 do Ministério da Saúde, tendo como diretrizes os princípios do SUS⁽⁴⁾.

Para que esses dispositivos extra-hospitalares forneçam nova atenção à saúde mental faz-se necessário que a relação ali oferecida esteja comprometida com necessárias rupturas de ordem ética, política e epistemológica, compreendendo-se e fazendo-se compreender que o sujeito psíquico é possuidor de identidade e desejos, com plena possibilidade de ser maestro no palco da vida, devendo ser visto como pai, mãe, filho, intelectual, lavrador, nordestino ou paulista, branco ou negro, e não como um incapaz, um peso, um doente, que não pode responder por suas atitudes⁽⁵⁾.

Atual política vem se dedicando, com especial atenção nos últimos anos, a conseguir a efetiva desinstitucionalização e a reinserção dos portadores de transtornos mentais graves na comunidade. Para isso, tem contado com o apoio integral dos Serviços Terapêuticos Substitutivos, em especial as Residências Terapêuticas (RTs), instituídas pela Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, visando a uma articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Além desse documento, outras políticas dão sustentação ao Serviço de Residências Terapêuticas: a Lei Federal 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais; a Lei Federal 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas; a Portaria GM 2068/2004, que institui incentivo financeiro aos municípios para a implantação das residências; e as Portarias 52 e 53/2004, que estabelecem um programa de redução progressiva de leitos psiquiátricos no país⁽⁶⁾.

Tais moradias surgem no Brasil no início da década de 1990, a partir de iniciativas pioneiras de estruturas residenciais extra-hospitalares⁽⁶⁾, que tiveram a função de demonstrar, empiricamente, a viabilidade da substituição de leitos dos *moradores* de hospitais psiquiátricos por casas no espaço comunitário, sendo sua importância estratégica ressaltada na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, o que gerou subsídios importantes para que a iniciativa viesse a ser incorporada como política do SUS⁽⁴⁾.

Para que os dispositivos extra-hospitalares forneçam nova atenção à saúde mental faz-se necessário que a relação ali oferecida esteja comprometida com necessárias rupturas de ordem ética, política e epistemológica.

As residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de seu município, precisando estar referenciadas ao Centro de Apoio Psicossocial, conforme exigem os critérios da Portaria 106/2000⁽⁴⁾.

A admissão de um morador na residência é o começo de um longo processo de reabilitação, que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador e sua emancipação pessoal, afinal, sua finalidade principal é a moradia, o morar e o viver na cidade.

Para tanto, cada moradia deve ser considerada única, sendo organizada segundo as necessidades, gostos e hábitos

tos de seus moradores, sempre levando-se em consideração que as residências têm seu tratamento centrado no modelo humanista, visando a oferecer vivências enriquecedoras que promovam maior capacidade para os indivíduos enfrentarem os desafios da vida⁽³⁾.

Diante dessa realidade, este estudo teve por objetivo conhecer a visão dos profissionais do Serviço Residencial Terapêutico sobre a prática de cuidado produzida nessas moradias, tendo como suporte a rede substitutiva da atenção à saúde mental e à comunidade.

MÉTODO

A pesquisa efetivou-se com uma tipologia exploratória e analítica, com abordagem qualitativa. Um dos argumentos para apoiar o uso da pesquisa qualitativa é que a mesma tem uma abordagem especial para o estudo de pequenos grupos, visando ao entendimento do contexto em que o fenômeno ocorre, além de permitir a observação de vários elementos no seu interior, sendo portanto, adequada na análise das práticas de cuidados do Serviço de Residência Terapêutica.

O estudo foi realizado em Campina Grande (população de cerca de 370.000 habitantes) - localizada no interior do estado da Paraíba, devido ao fato deste município estar experimentando e implementando medidas para a desinstitucionalização de pessoas com internações psiquiátricas de longa permanência⁽⁷⁾. Tal processo se iniciou quando o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria 2003/2004. Um dos resultados da avaliação foi a desclassificação e o descredenciamento de oito hospitais no país, entre os quais um que estava localizado nesta cidade e que respondia à grande parte da demanda de saúde mental da região geopolítica do Compartimento da Borborema/PB. A intervenção ocorreu com a desospitalização dos 176 internos, em Abril de 2005, e terminou em Julho do mesmo ano, com o descredenciamento do hospital da Rede SUS.

Como atores da investigação do presente estudo, estão 10 profissionais que atuam na equipe das seis Residências Terapêuticas do município: 1 coordenador, 2 técnicos de referência e 7 cuidadores. A identificação dos entrevistados nos discursos está assim conformada: *Prof.* (para o profissional) e o nº para identificação do participante, seguindo o critério de ordem de realização da entrevista.

Em fase prévia à coleta de dados, foi realizada uma reunião com os profissionais do Serviço de Residência Terapêutica, na qual houve apresentação dos pesquisadores, da proposta de pesquisa com seus objetivos, a metodologia a ser utilizada e, em seguida, foi feito o convite para participação do estudo. Após esse primeiro contato, buscamos os profissionais interessados em colaborar e, por meio do telefone, foram marcados um local e uma data para realização da entrevista que, geralmente, ocorria nas próprias Residências Terapêuticas.

A coleta de dados compreendeu um período de quatro meses, de janeiro a abril de 2007, e foi realizada por meio da observação sistemática, da entrevista e da elaboração de um diário de campo. A observação sistemática foi feita durante todo o período de trabalho em campo com um roteiro norteado com metas para a apreensão das relações interpessoais que se estabeleciam nas moradias. Para isso, o pesquisador passou a frequentar as residências da seguinte forma: em cada dia da semana, o pesquisador ia a uma residência onde permanecia um período, manhã ou tarde. Nesses momentos, eram estabelecidos diálogos informais entre pesquisador, moradores e profissionais, por meio dos quais foi possível explorar o contexto em que as moradias estavam envolvidas, observar as relações que se estabeleciam no cotidiano, conhecer o modo de vida dos residentes e a dinâmica de trabalho dos profissionais. Estabeleceu-se com eles um relacionamento de confiança mútua e respeito.

Essa observação nos guiou na aplicação do roteiro de entrevista (semi-estruturada), que abordava a visão dos profissionais sobre a experiência terapêutica na moradia. O diário de campo foi elaborado no dia-a-dia da coleta de dados, sendo registrados os contatos feitos com os entrevistados, o modo como estes se relacionavam com os moradores/as e as tarefas que exerciam na casa, bem como as impressões do pesquisador, análises preliminares e outras informações que se fizeram necessárias, como a dinâmica do cotidiano das residências e as práticas de cuidado produzidas nas mesmas.

No tratamento do conteúdo - *corpus* - das entrevistas, os discursos foram submetidos à análise de conteúdo⁽⁸⁾, do tipo temático, cujo produto originou 5 categorias, ilustradas com depoimentos e recortes de falas dos (as) profissionais, a saber:

- 1) Existem várias instâncias pra gente poder falar sobre saúde mental;
- 2) Essa atenção nas residências terapêuticas chegou na hora certa. Antes tarde do que nunca!;
- 3) O cotidiano nas residências é dentro dos limites deles;
- 4) A dificuldade que eu acho nas residências é que a gente não tem muito tempo... pra se dizer cuidador;
- 5) As perspectivas da equipe para os usuários não deve ser diferente, porque a gente prima muito que falemos a mesma língua.

Cada categoria abordou temas específicos, tratados nas entrevistas pelos profissionais: 1) apresenta as representações elaboradas acerca da saúde mental; 2) expõe a percepção sobre a assistência a sofredores psíquicos por meio das residências terapêuticas; 3) traz o cotidiano nas residências, as relações que são estabelecidas entre moradores, profissionais e comunidade na vivência diária; 4) trata as dificuldades enfrentadas nas residências, como tempo insuficiente para o cuidar, falta de capacitação profissional, ausência de

apoio e entrosamento da família; 5) identifica as perspectivas que os profissionais apresentam em relação aos usuários: autonomia, reinserção social e no trabalho.

O desenvolvimento do estudo seguiu as normas da Declaração de Helsinki, de 1965, na versão de 2000, e as diretrizes emanadas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾, que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem Seres Humanos e, para a operacionalização da pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, só sendo executado após anuência desse órgão (Protocolo 0211.0.133.000-06).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A linha do processo de reforma psiquiátrica em Campina Grande

De acordo com o Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾, após um diagnóstico aprofundado do hospital, foi elaborada a proposta de desinstitucionalização, construída em conjunto com os atores envolvidos no processo de intervenção: a equipe interventora (indicada pelo Ministério da Saúde), os representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande e da Coordenação Estadual de Saúde Mental da Paraíba.

Dentre as medidas adotadas⁽¹⁰⁾, foi elaborado um plano de altas, operadas criteriosamente, que exigiram articulações com famílias e serviços de saúde dos locais de origem dos internos. Em um período inferior a 02 meses, esse plano reduziu o número de *pacientes/leitos* (total de 138) do hospital, permanecendo, apenas, 38 sujeitos que já poderiam ser considerados *moradores*, pois lá se encontravam entre 02 e 30 anos. Estes foram transferidos, logo em seguida, para o Centro de Referência em Saúde Mental, atualmente Unidade de Emergência Psiquiátrica e, paulatinamente, de forma planejada e avaliando-se caso a caso, foram alojados em Residências Terapêuticas.

O município de Campina Grande foi, então, habilitado no Programa de Volta para Casa (PVC) e passou a receber incentivos financeiros do Ministério da Saúde para a implantação de Centros de Apoio Psicossocial e Residências Terapêuticas. Firmou-se uma articulação entre a rede de Saúde Mental e o Serviço de Atenção Móvel às Urgências – SAMU⁽¹⁰⁾. Em cerca de um ano, este município conseguiu reverter seu modo de atenção à saúde mental, passando do modelo hospitalocêntrico para o modelo de atenção psicossocial⁽⁷⁾.

No cenário atual, a cidade possui uma rede ampla de serviços substitutivos: 01 CAPS II, 01 CAPS III, 02 CAPSi (infantis), 01 CAPSad (álcool e outras drogas), 01 Unidade de Emergência Psiquiátrica, 01 Centro de Cultura e Lazer, 09 Mini-

equipes de saúde mental nas Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família (ESF), 06 Residências Terapêuticas e 41 usuários credenciados no Programa de Volta para Casa⁽¹¹⁾.

A inauguração das primeiras residências ocorreu, inicialmente, em setembro de 2005, com a implantação de três moradias, que seguiram alguns critérios, tais como: comportamento dos usuários, diagnóstico, faixa etária, sexo, nível de agressividade, dentre outros fatores vivenciados no dia-a-dia, e foram denominadas de acordo com o gênero de seus moradores, como: Residência Terapêutica Feminina I e Feminina II e Residência Masculina I. Ainda devido à necessidade de criação de novas residências, foram inauguradas, em maio de 2006, mais três moradias, também seguindo os mesmos critérios das pioneiras, sendo então chamadas de: Residência Terapêutica Masculina II e Masculina III e Residência Mista (homens e mulheres).

Atualmente, as residências terapêuticas se articulam com a rede substitutiva da seguinte forma: no cotidiano, os moradores vão ao CAPS de referência da sua residência, sendo este definido pelo critério da territorialidade: as residências masculina I (08 moradores), feminina I (08 moradores) e masculina III (07 moradores) têm como apoio o CAPS II; as residências masculina II (07 moradores), feminina II (07 moradores) e mista (07 moradores/as) se referenciam com o CAPS III. Nestes centros, duas vezes por semana, participam de oficinas, interagem com outros usuários, desenvolvem trabalhos artísticos, bem como praticam atividades físicas. O Centro de Convivência é um local utilizado pelos moradores das residências, bem como por outros usuários da rede de saúde mental, para o lazer e profissionalização – curso de computação, artesanato, reciclagem – além de permitir, que os mesmos en-

trem em contato com a comunidade, por ser um espaço aberto ao público. Quando os habitantes das residências necessitam de consulta clínica e exames, são encaminhados às Unidades da Estratégia Saúde da Família, a ambulatórios e a hospitais gerais. Na busca por resgatar a presença dos familiares no cotidiano das moradias, as mini-equipes de saúde mental, inseridas na Estratégia Saúde da Família, realizam trabalhos psicoterápicos com as famílias dos moradores das RTs. Em caso de surto de algum desses moradores, a equipe de profissionais da residência entra em contato com a Unidade de Emergência Psiquiátrica e, após discussão do caso, decidem se o sujeito será atendido em loco ou se precisa ser levado para ser assistido na emergência. Caso a decisão seja esta última, é acionado o SAMU para fazer o deslocamento da residência para a unidade de emergência.

Vale frisar que toda essa articulação é operacionalizada com o intuito de desconstruir/construir o cenário da prática de saúde mental, criando uma nova cidadania e uma nova ética⁽³⁾, que deve ter a promoção, proteção e, principalmente, a reabilitação como foco.

Dentro das categorias encontradas na análise dos discursos, foram selecionados e a seguir apresentados, os pontos que se referem às práticas de cuidados produzidas nas residências terapêuticas.

Se olharmos para trás, veremos que existem mudanças profundas

Após presenciar quase dois séculos de isolamento do *louco* e da loucura, o mundo consegue enxergar a ineficiência dos hospitais psiquiátricos, asilos e manicômios no tratamento da doença mental. É a partir desse despertar que se inicia a construção de novas formas de cuidar, com o objetivo de produzir saúde sem se ausentar do contexto social da cidade, ou seja, sendo substitutiva ao modo hegemônico, mecanicista, médico-centrado, de inspiração flexneriana, que ainda hoje é predominante nas práticas de saúde⁽¹⁾.

Porém, a desconstrução dessa hegemonia já teve início na saúde mental, através da implantação da rede de serviços substitutivos, que cria novos campos de práticas em saúde e novas possibilidades na produção do cuidado, uma das quais é a atenção aos sofredores psíquicos no âmbito domiciliar, representada por meio dos Serviços de Residências Terapêuticas, os quais têm maior possibilidade de inclusão e produção de cidadania dos portadores de transtornos mentais⁽¹²⁾, pois, antes de tudo, tratam-se de lugares de moradia, lares, que, por si só, atuam como potencializadores da produção de vida e saúde.

Para alguns atores da nossa investigação, o modo como as residências assistem seus usuários se dá de modo mais humanizado.

A questão que acho nessa proposta de trabalho é a questão humana. Então, no outro lado (hospital) se viu mais a parte técnica e nesse novo modelo a gente percebe que é uma coisa mais humanizada (Prof., 1).

Antigamente, era tudo preso como se fosse um... ainda bem que atualmente estão vendo de outros olhos (Prof., 4).

Humanizar é, antes de tudo, considerar as necessidades e desejos individuais de cada pessoa, ofertando as condições necessárias para que esta seja sujeito da sua história⁽¹³⁾. Esse novo enfoque – psicossocial – rompe com o modelo segregador e oneroso das instituições psiquiátricas, a que se assemelham mais a uma linha de montagem industrial, na qual as tarefas e, o que é mais grave, o sujeito, são fragmentados e encadeados como qualquer mercadoria da produção comum.

Por isso, a humanização é um fator importante a ser considerado nos serviços voltados para a saúde mental, por ser um pilar essencial na construção do novo modelo de atenção integral, resolutivo e equânime, através do estabelecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares⁽¹³⁾.

Uma outra representação sobre a proposta de atenção oferecida nas moradias é a concepção do *cuidar*.

Ah, isso foi muito bom, viu? Primeiramente, lá no hospital X, não tinha nenhuma condição... era muito precário lá, e aqui melhorou 100% pra eles (Prof., 6).

No hospital, eles viviam muito abandonados. Além de ter a solidão, eram as condições de moradia, de higiene. Aqui, o cuidado melhorou muito (Prof., 8).

Os depoimentos pontuam a desassistência ao sofredor psíquico no modelo asilar e afirmam, ainda, que a prática de cuidados disparada pelo domicílio (Residência Terapêutica) é de melhor qualidade.

Segundo o Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾, apesar das residências ainda serem recentes no país, já são dispositivos consolidados na prática de atenção à saúde mental, constituindo-se dessa forma, como uma modalidade substitutiva ao hospital psiquiátrico. Isso ocorre porque a operação do cuidado na moradia envolve todo o contexto singular do usuário (sua casa, seu espaço, seus pertences, seus vizinhos, seus companheiros), o que possibilita a produção de um olhar mais próximo e individualizado⁽¹²⁾.

No que se refere à atuação dos profissionais, observa-se que essa nova concepção de trabalho (a casa) tem proporcionado às equipes um modo de conduzir o cuidado de forma menos tecnicista do que a que ocorre no hospital e mais subjetivado⁽¹²⁾, isto é, mais próximo e envolvido com todo o contexto individual, familiar e social do usuário.

A plataforma dessa estação é a vida desse meu lugar: a vivência nas Residências Terapêuticas

Uma das principais características da nossa sociedade é a falta de segurança na vida em grupo. O isolamento emocional do indivíduo e a necessidade de pertencer a uma coletividade são profundos e as frustrações de não alcançar esses pertencimentos são vastas. Quando se fala de sujeitos que apresentam transtornos psíquicos, esses sentimentos são mais observados, pois sua história já vem marcada por abandono, estigmas e exclusões⁽¹⁴⁾.

Um novo contexto de cidadania para o sujeito com transtorno mental só se concretiza no momento em que se pode dar-lhes o real direito de cidadão, não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento e permitir que seja sujeito de desejos e projetos, como propõe a Reforma Psiquiátrica⁽¹⁵⁾.

Devido à prática de segregação e exclusão do sofredor psíquico, todas as atividades realizadas nas Residências Terapêuticas têm como objetivo central promover a reinserção social, proporcionando-lhes autonomia, através do processo de reabilitação psicossocial, com reaprendizagem de atividades cotidianas e sociais necessárias para a vida em comunidade⁽¹²⁾. Para tal, são tomados como recursos de alto valor terapêutico as formas universais de lidar com problemas como o amor, a amizade, a religião e o entretenimento⁽⁷⁾, como se percebe no discurso a seguir:

No momento, eles vão pra o CAPS. Tem música, tem piscina, tem o professor de educação física, tem desenho (Prof., 6).

A interação do cuidador com o usuário é, também, um fator de grande influência na recuperação e reabilitação do sofredor psíquico⁽¹¹⁾, pois permite que o profissional compreenda as dificuldades concretas e materiais do que significa viver essa experiência, tendo, então, a oportunidade de exercer uma visão holística sobre o usuário, concebendo-o como um ser complexo.

A gente sempre leva à missa, leva à praça, ao shopping, ao comércio, para fazer compras, para o banco, para INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), para passar fim de semana com a família, aqueles que têm e aqueles que também querem (Prof., 3).

Todavia, esse trabalho requer do profissional, além de competência, a capacidade de abrir mão do poder que subjetivamente ele exerce sobre o morador, partindo do princípio de que a última palavra e a solução dos problemas estão em cada sujeito⁽¹⁶⁾. Essa peculiaridade permite que cada componente da residência, seja ele usuário ou profissional, tenha o seu valor e a sua função, cada um contribuindo com o que pode, cada um ajuda a enfrentar os medos, as frustrações, facilitando, assim, a superação dos obstáculos diários da vida em sociedade.

Percebe-se, no discurso, que se trata de reinventar a vida em seus aspectos mais comuns, pois é do cotidiano da cidade⁽¹⁷⁾, principalmente, que se encontram privados os sofredores psíquicos.

O pessoal da rua toda já sabe o nome deles. À tarde, eu deixo eles ali fora, abro a porta e vamos aqui para fora. O pessoal passa, fala com todo mundo. Os meninos aí da frente também brincam com eles. É uma alegria só (Prof., 8).

Essa forma de cuidado oferece aos sujeitos um cotidiano mais dinâmico, com a oportunidade de exercitarem sua independência, participando e realizando as tarefas domésticas, orçamentos, compras, pagamentos, bem como outras atividades que venham a surgir no seu dia-a-dia, como mostra o discurso que segue:

...tem um que, depois do almoço, os pratos são dele. Ele lava melhor do que eu. Tem um que limpa a mesa, tem um que quer varrer a casa. Um, todos os dias, para varrer a frente é dele; aí fala com os vizinhos. Tinha um que era muito preguiçoso: só fazia dormir, dormir. Hoje em dia, me ajuda bastante (Prof., 7).

Identifica-se que esse modo de assistência em saúde mental engloba inúmeros atores e serviços, rompendo com os tradicionais modelos propostos pela abordagem biomédica e correlacionando-se com as dimensões sociais, econômicas, culturais e políticas, nas quais está inserida a rede de serviços substitutivos de atenção à saúde mental⁽²⁾.

No desembarque, a tênue diferença entre dar a mão e acorreatar uma alma

É também realizado, no cotidiano das moradias, um trabalho de aprendizagem e estimulação do usuário para as atividades de autocuidado, que é uma prática de atividades que os indivíduos iniciam e executam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, já havendo alguns usuários que assumem essa tarefa integralmente e outros, parcialmente:

Esse tipo de atividade deles, mais de corpo, essa história de escovar dentes, tomar banho, a maioria das vezes, fazem só, que é um avanço muito grande, porque eles saíram do hospital. Não conseguiam fazer isso de maneira nenhuma... esse foi um fato, que foi ensinar a eles como se fosse uma criança, a escovar dentes, a lavar cabelo, a limpar o ouvido. Esse tipo de coisa foi muito lento, mas a maioria deles hoje conseguem fazer só (Prof., 3).

É muito difícil, mas a gente manda eles escovar, eles escovam. Eles tomam banho só, tem uns e tem outros, não. Tem uns que só tomam banho se a gente manda... agora são muito preguiçosos (Prof., 10).

Segundo esses discursos, quando os usuários ingressaram nas residências, foi necessário incentivar o reaprendizado do autocuidado *como se fosse uma criança*, isso porque, no modo asilar, a terapêutica tem pouca ou nenhuma consideração pela existência do sujeito, o que implica o não-investimento da mobilização do usuário como participante do tratamento, sustentando-se ainda na hipótese de que quem trabalha, basicamente, é o remédio⁽¹³⁾, criando-se, assim, uma das cenas típicas dos hospitais psiquiátricos, que é o doente *dopado*, encostado em cantos de parede ou arrastando-se por corredores da instituição, geralmente solitários, por já terem perdido seu vínculo com parentes e amigos.

Entretanto, as residências vêm conseguindo, na medida do possível, superar esse estigma, o que pode ser observado nas relações de amizade que começam a surgir entre os usuários dentro da moradia:

Eles são muito amigos, conversam bastante. Às vezes, porque ocorre quando eles não estão nos dias bons deles, às vezes, eles cismam até comigo mesmo, mas não tem essa coisa de estar brigando, não (Prof., 7).

A convivência é normal, até porque eles já conviviam no hospital X... e hoje estão em número reduzido por residência. Então... eles são muito familiares uns com os outros (Prof., 3).

Essa convivência social é um fator que demanda ser bastante incentivado na sociedade, devido ao imaginário social sobre a loucura ainda ser o da incurabilidade e periculosidade, concepções que são difíceis de ser revertidas de uma hora para a outra, pois, até o final do Século XVIII, os *insanos* eram tratados como prisioneiros⁽³⁾.

É importante considerar, também, que o hospício ou manicômio, fundava-se apoiado em um conjunto de representações e de saberes supostamente neutros e científicos que confirmavam o louco como perigoso e incapaz. Havia, na matriz brasileira de relações sociais, a predominância dessa lógica desumana do *estranho*, em que estão presentes dificuldades no reconhecimento do outro, na sua aceitação como diferente e igual⁽¹⁸⁾.

É salutar a importância que as moradias têm nessa ressocialização e na terapêutica de egressos de instituições asilares, devendo cumprir importante função educativa e de referência para seus moradores, os quais têm suas fantasias e receios reduzidos quando passam a ter contato com o contexto social⁽⁶⁾.

A saída dos sofredores psíquicos do hospital para o contexto social não representa apenas uma atitude político-administrativa, mas é, também, uma ação teórico-prática, que reordena a participação, entendimento e discussão dos usuários, junto com os técnicos de saúde mental, para o avanço do processo da Reforma Psiquiátrica, como fica evidente nesse discurso:

Três usuários participaram em Brasília do Projeto de Volta pra Casa. Eles deram a opinião deles lá e chegaram essa semana felizes da vida (Prof., 7).

Para a implantação de ações que venham a garantir ao sofredor psíquico uma assistência digna, faz-se necessário o enfrentamento e desconstrução de muitos conceitos sobre loucura e sofrimento psíquico ainda arraigados na sociedade, pois, só assim, o indivíduo adoecido mentalmente será visto como um sujeito de direitos que necessita de cuidados, sem necessariamente, perder sua liberdade e autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para chegar à próxima estação, é preciso atitude!

No âmbito do SUS, desde a década de 1990, a superação das práticas na atenção à saúde mental vem sendo a

tônica das políticas públicas na implantação de uma rede de assistência que substitui os hospitais psiquiátricos como exclusivos no cuidado. Para tanto, vem sendo realizada uma reestruturação da assistência ao sofredor psíquico no nível da atenção básica, permitindo, assim, a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais.

Nesse contexto, as residências – como espaços de moradia dentro da cidade – possuem uma lógica de cuidado que é produzida na casa, ou a partir da casa, quer seja na rua, no supermercado, no cinema, na escola, enfim, nos inúmeros lugares do sujeito pelo território, pois, o foco desse modo de cuidar está ligado à promoção de uma chance de resgate de vida aos sofredores psíquicos, de reconhecimento enquanto sujeito, de cidadanização, de desobjetivação paralisadora que a instituição asilar imprime.

Todavia, acredita-se que essa prática de cuidado, de inspiração domiciliar, não pode ser quantificada, porque se trata de um dispositivo subjetivo, que não pode correr o risco de ser reduzido apenas a números, pois está relacionado ao habitar, ao (re) habitar um espaço que há pouco tinha sido seqüestrado dos sofredores psíquicos. Esse *morar* transcende e antecede as instituições psiquiátricas e carrega consigo todo um significado simbólico, que faz os indivíduos pairarem entre a segregação e a liberdade da vida, dentro do mesmo espaço social – a cidade.

Essa peculiaridade do Serviço de Residências permite que cada morador da casa tenha o seu valor e a sua função. Cada um contribui com o que pode, cada um ajuda a enfrentar seus medos, suas frustrações, facilitando, assim, a superação dos obstáculos diários da vida. Portanto, o cuidado deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade.

Logo, viver o cotidiano da cidade permite àquele que, muitas vezes, ficou à margem da história, tornar-se autor da própria vida, excedendo o lugar de doente e deslocando-se em direção a outros papéis: o de cidadão, de possuidor de direitos, de consumidor, de produtor, de sujeito.

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 197-228.
2. Marzano MLR, Souza CAC. Um relato de experiência de quem vivencia a reforma psiquiátrica no Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(5):577-80.
3. Oliveira FB, Fortunato ML. Saúde Mental: reconstruindo saberes em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(1):67-70.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Brasília; 2004.
5. Arejano CB, Padilha MICS, Albuquerque GL. Reforma Psiquiátrica: uma análise das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(5):549-54.
6. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços de Residências Terapêuticas no SUS. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2006 [citado 2007 jan. 27];11(3):[cerca de 14 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30993.pdf>

7. Gonçalves CC. Saberes e práticas em saúde mental: avanços do processo de desinstitucionalização em Campina Grande-PB [dissertação]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2005.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; 2007.
11. Santos Junior HPO, Silveira MFA, Gonçalves CC. Além dos muros manicomiais: conhecendo a dinâmica das Residências Terapêuticas. Rev Bras Enferm. 2009;62(2):187-93.
12. Freire FAMA. Residência terapêutica: inventando novos lugares para se viver [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2007. [citado 2007 abr. 19]. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/residencia_terapeutica.pdf
13. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p.141-67.
14. Carvalho AMT, Amarante P. Forças, diferença e loucura: pensando para além do sofrimento da clínica. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 41-52.
15. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Cad Saúde Pública. 1995;11(3):491-4.
16. Campos RO. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde Debate. 2001;25(58):98-111.
17. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Cora/Instituto Franco Basaglia; 1999.
18. Pereira MAO, Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. Saúde mental no programa de saúde da família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):567-72.