



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

Faculdade de Ciências Médicas  
Departamento de Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação:

**“LAR (+) DOCE LAR: SERVIÇO RESIDENCIAL  
TERAPÊUTICO E POSSIBILIDADES PARA UM CUIDADO ÉTICO  
E NÃO-MANICOMIAL”**

**Discente:** Andressa Carolina de Souza

Programa de Pós-Graduação: Residência em Saúde Mental e Coletiva  
Coordenadora do Programa: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos  
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas – UNICAMP

Março de 2015

## SUMÁRIO

Introdução.....	3
Objetivo .....	8
Justificativa.....	9
Método.....	9
Considerações finais.....	18
Agradecimentos.....	19
Referências Bibliográficas.....	20

## Introdução

Este trabalho refere-se a uma monografia de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde mental, do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), tendo como tema escolhido a reflexão sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos a partir da minha experiência; e considerando as possibilidades para a construção de um cuidado pautado na ética e em práticas não-manicomiais.

De acordo com Amarante (2007), a experiência italiana de reforma psiquiátrica, fortemente influenciada por Franco Basaglia, inicia-se com a observação deste sobre os processos de mortificação e des-historicização dos hospitais psiquiátricos. A partir disso, Basaglia teve como objetivo a transformação destes locais em efetivos locais de tratamento e reabilitação.

Mais tarde, Basaglia volta-se para a ideia de superação do aparato manicomial, o qual não poderia ser humanizado, já que partia do fundamento da existência de um “lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana.” Sendo assim, no início dos anos 70, na cidade de Trieste, inicia um trabalho de transformação radical da psiquiatria, com a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Esta experiência iria influenciar diversos países, inclusive o Brasil. (Amarante, 2007).

Influenciada pela Psiquiatria Democrática Italiana e também por outros movimentos que ocorriam nos Estados Unidos e Europa, a Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu na década de 70 com importante participação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), em um contexto de forte mobilização no país pela democratização. Com o apoio tanto de trabalhadores, quanto de usuários e familiares, a reforma psiquiátrica brasileira está relacionada às reflexões e lutas pelos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e às mudanças em relação às concepções envolvendo a loucura e o tratamento ofertado a essas pessoas.

Nesse sentido, a reforma psiquiátrica brasileira parte de críticas ao modelo tradicional hospitalocêntrico e manicomial, pautado na segregação, isolamento, estigmas e enclausuramento. (Argiles, Kantorski, Willrich, Antonacci e Coimbra, 2013). Neste modelo ficam evidentes as rupturas com as histórias de vida, por exemplo, pela ausência de documentos pessoais, falta de informações relevantes nos prontuários e prescrições farmacológicas abusivas. (Mângia e Ricci, 2011).

De acordo com Goffman (1974), os manicômios podem ser considerados instituições totais, na medida em que:

*“o aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida (dormir, brincar e trabalhar). Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender os objetivos oficiais da instituição.” (Goffman, 1974, p.17-18).*

Desse modo, o hospital psiquiátrico serve ao propósito principal de massificação dos corpos, em que cada sujeito tem grande perda na expressão de sua subjetividade, tendo excluídos seus direitos e possibilidades de ser. De acordo com Franco Rotelli, uma das mais importantes contribuições da proposta italiana se refere à ideia de desinstitucionalização não como sinônimo de desospitalização. Nesse sentido, a desconstrução necessária se refere a todo um aparato manicomial para que se possa restabelecer uma relação com os sujeitos em sofrimento, e não somente à saída dos internos dos hospitais psiquiátricos (Amarante, 2007).

No Brasil, após 12 anos em processo de tramitação, foi sancionada a Lei Paulo Delgado, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei 10.216/2001, a qual impôs novo impulso para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, determinando “a

substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.” De acordo com Brasil (2005), a Lei 10.216:

*“redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.”* (Brasil, 2005).

Nesse sentido, o estudo de revisão da literatura de Luiz, Loli, Kawanichi e Boarini (2011) sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil aponta que, no ano de 2010, a região Sudeste do país era a mais populosa e com mais SRTs (114 no total, de acordo com dados daquele ano). No entanto, ainda era, também, a região com mais hospitais psiquiátricos, dados dissonantes com o atual modelo de atenção à saúde mental, que prevê uma rede de atenção de base comunitária e territorial. (Brasil, 2010).

Apesar de diversas dificuldades para que a reforma psiquiátrica realmente se concretize, esta surge como possibilidade de promover um cuidado digno e de direitos às pessoas com transtornos mentais. Com a reforma psiquiátrica, ficam ainda mais evidentes as condições a que estas pessoas eram submetidas, muitas vezes por anos, discutindo-se, a partir disto, as novas formas de cuidado e tentando trazer à tona o compromisso ético de toda a sociedade para com as pessoas em sofrimento mental.

Com a necessidade progressiva de extinção dos dispositivos manicomial, ficaram evidentes as dificuldades para que a reforma psiquiátrica realmente se concretizasse. Muitas pessoas viviam há muitos anos nos hospitais psiquiátricos e tinham claras as impossibilidades para reinserção no ambiente e convivência familiares. Além disso, muitos não possuíam condições para a sobrevivência sem que houvessem cuidados, já que haviam tido importantes perdas com a sobrevivência por longo tempo nos manicômios: perda de lugar, de possibilidades de ser, de possibilidades de escolher, de auto-cuidado; características evidentes de instituições totais. Situações que, apesar da Lei 10.216, continuam a ocorrer ainda hoje, em tantas instituições ainda existentes.

Nesse sentido, a reforma psiquiátrica revelou o imperativo de retorno das pessoas à convivência na comunidade, restituindo os seus direitos como cidadãos e sua existência como seres humanos, deixando também evidentes as necessidades de que fossem criadas condições para que isso de fato ocorresse. Muitas pessoas moravam há muitos anos nos manicômios, não possuindo condições de retorno ao convívio familiar

e exigindo a necessidade de maiores cuidados para que pudessem retornar à comunidade. A partir dessas constatações, surgem, no âmbito do SUS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) por meio da Portaria N° 106/2002. De acordo com Brasil (2004), os SRTs se constituem por:

*“casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.”* A Portaria N° 3.090 de 2011, a qual traz alterações para a Portaria N° 106/2002, refere que os SRTs: *“se mantem como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados a rede pública de serviços de saúde.”* Enquanto estratégia de desinstitucionalização, além dos Serviços Residenciais Terapêuticos, surge também o Programa chamado “De volta para casa”, criado em 2003 e que permite ao egresso de longas internações o recebimento de um auxílio reabilitação psicossocial. (Brasil, 2011).

Segundo Furtado *et al.* (2013) para que a reforma psiquiátrica se efetive é extremamente importante a criação de diferentes possibilidades para o acesso ao direito a moradias, possibilidades estas que sejam flexíveis e amplas de modo que sejam garantidas para o maior número possível de pessoas. O autor alerta para o risco de os SRTs serem considerados sinônimo de moradia para pessoas com transtorno mental grave por longo tempo institucionalizadas, já que com isso se esquece da existência de muitos usuários graves dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que também possuem necessidade desse suporte, sendo, portanto, imprescindível a ampliação da clientela atendida e criação de outras possibilidades de moradia, superando os SRTs como único recurso.

Os projetos dos SRTs devem considerar a singularidade de cada morador, e não somente o coletivo dos moradores, sendo a inserção em uma moradia somente o início de um longo processo de reabilitação e inclusão social. O projeto terapêutico individual, nesse sentido, tem como função a particularização do cuidado oferecido ao usuário, contrapondo-se à coletivização das ações. (Furtado, 2001). Além disso, por se caracterizarem como modalidade substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, considera-se que deve haver, para cada transferência de um paciente do hospital psiquiátrico para o SRT, igual redução no número de leitos no hospital de origem. (Brasil, 2004).

Os SRTs podem ser divididos em dois tipos, chamados Tipo I e Tipo II, de acordo com as necessidades específicas de cuidado ao morador. De acordo com a Portaria Nº 3.090 de 2011, que dispõe sobre os SRTs, as residências de Tipo I são “destinadas àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social”. Devem acolher no máximo oito moradores. Em relação ao Tipo II, se referem às moradias para “pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.” Devem acolher no máximo dez moradores. As moradias de Tipo II, ainda segundo a Portaria Nº 3.090 de 2011, deverão contar sempre com equipe mínima composta por cuidadores de referência e profissional técnico de enfermagem.

No trabalho em saúde mental e especialmente nos SRTs, os conceitos de reabilitação psicossocial e território são essenciais para a discussão do que se pretende promover com essas mudanças trazidas pela reforma psiquiátrica. Generoso (2008), em artigo que relaciona a orientação da psicanálise e os SRTs, traz a concepção de Carlo Viganò, para quem a reabilitação psicossocial pode ser compreendida como a reconstrução das “condições simbólicas” de cada sujeito, considerando as singularidades de cada estrutura subjetiva. Nesse sentido, reabilitação psicossocial deve ser pensada a partir das possibilidades e desejos de cada sujeito, em detrimento das normas e regulações sociais.

No entanto, para que se possa promover a reabilitação psicossocial e a autonomia de cada usuário, considerando suas singularidades, é imprescindível para o trabalho nos SRTs a consideração do território. É no território que se dão as possibilidades de trocas e de reabilitação psicossocial. Amorim e Dimenstein (2009) trazem a concepção de Amarante, para quem o território é uma “força viva” de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem tanto entre si quanto com a cultura e sociedade. É a partir do território que poderá ou não ocorrer a desinstitucionalização dos preconceitos e estigmas ainda presentes na comunidade.

Apesar do surgimento do SRT com objetivo de romper com a lógica manicomial, constata-se no cotidiano destes serviços, e de serviços de saúde mental em geral, que a lógica manicomial pode ser reproduzida em qualquer local de cuidado e inclusive nas ideias de periculosidade, no estigma e necessidade de enclausuramento

ainda bastante fortes em nossa sociedade. Desse modo, Argiles et al. (2013) destacam o quanto o SRT, apesar de se tratar de um serviço voltado para a ética da humanização do cuidado em saúde mental e da devolução dessas pessoas do seu direito à liberdade, ainda se reproduzem nesses serviços, em muitos momentos, formas de disciplinarização, controle, supervisão excessiva, tutela.

Em relação à rede de saúde mental da cidade de Campinas/SP, esta possui 11 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo seis CAPS III, três CAPS AD (um deles 24 horas), e dois CAPS Infanto-Juvenil. Além disso, possui uma equipe de Consultório na Rua, Centros de Convivência, Centros de Saúde, dentre outros. Os SRTs da cidade são divididos em duas equipes, chamadas de equipe Sul e equipe Leste. Além disso, existem também as moradias que estão vinculadas diretamente a alguns CAPS da cidade (CAPS Integração, Novo Tempo e David Capistrano).

A equipe Leste possui atualmente 12 moradias, enquanto a equipe Sul, da qual tive a oportunidade de estar próxima como residente, possui seis moradias localizadas no Distrito Sul e duas localizadas no Distrito Leste. Dessas oito moradias, quatro são de Tipo I e quatro de Tipo II. Cada uma das equipes possui uma profissional coordenadora, cuidadores, técnicos de enfermagem e profissionais de referência. No Distrito Sul, a equipe de referência é composta por um enfermeiro e uma terapeuta ocupacional. Cabe destacar que segundo Mângia e Ricci (2011), a cidade de Campinas foi pioneira na criação de serviço residencial na comunidade, nos anos 1990.

A partir das questões apresentadas, notam-se algumas das singularidades e potências do dispositivo Serviço Residencial Terapêutico e a relevância em estudá-lo a partir das vivências da Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

## **Objetivo**

Refletir, a partir da minha experiência enquanto residente de um programa multiprofissional em saúde mental, sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade de Campinas/SP como dispositivos para a construção de um cuidado pautado na ética e em práticas não-manicomial.



## **Justificativa**

Sabe-se que os Serviços Residenciais Terapêuticos são importantes recursos para efetivar a desinstitucionalização em saúde mental, pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. A escolha por falar sobre os SRTs a partir da minha experiência ao longo de um ano foi motivada especialmente pelos afetos e reflexões gerados no contato com este serviço; trabalhadores e moradores. O contato com os moradores, as discussões e projetos com a equipe, a possibilidade de se fazer muito com tão pouco, foram algumas das muitas coisas que me tocaram nas moradias, e me fizeram enxergar a beleza e a potência transformadora que possui.

À importância desse serviço se atrela dificuldades experienciadas, sendo muitas relatadas em artigos científicos sobre o tema. A partir da minha experiência em Serviços Residências Terapêuticos do município de Campinas/SP, pude notar as grandes potências destes serviços para as pessoas com transtornos mentais. Apesar disso, notam-se também dificuldades no cotidiano que parecem ressaltar a importância da constante reflexão para que não façamos práticas manicomialis e consigamos utilizar de nossa potência como geradora de vida, desejos e possibilidades.

## **Método**

Inicialmente, foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema “Serviços Residenciais Terapêuticos” com a finalidade de reconhecimento do que foi produzido no Brasil ao longo dos últimos anos. A busca pelos artigos científicos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo delimitados os últimos 10 anos de publicação sobre o tema, ou seja, abrangendo artigos dos anos de 2005 a 2015. O número total de artigos recuperados foi 42. As palavras-chaves utilizadas foram: serviço(s) residencial(ais) terapêutico(s), clínica ampliada, moradias, moradias assistidas, moradia(s) protegida(s), saúde mental. Vale destacar que as combinações realizadas entre clínica ampliada e serviço(s) residencial(ais) terapêutico(s), moradias, moradias assistidas e moradia(s) protegida(s) não encontraram resultados. O conceito de clínica ampliada traz uma reflexão crítica sobre os modelos que priorizam o controle e a padronização das práticas, as quais fazem com que os serviços de saúde se assemelhem

às linhas de produção. Nesse sentido, envolve a consideração de que no trabalho em saúde, a busca possa se dar não somente pela produção desta, como também pela ampliação da autonomia, considerando ainda a singularidade de cada relação profissional/usuário. (Campos e Amaral, 2007). Com base nisso, o conceito foi pesquisado dado sua relevância dentro da saúde coletiva, e pelas contribuições trazidas ao campo da saúde mental e que poderiam, conseqüentemente, agregar ao trabalho no Serviço Residencial Terapêutico.

## **Discussão**

Nos Serviços Residenciais Terapêuticos do Distrito Sul, a articulação com o Centro de Convivência (Ceco) Rosa dos Ventos e a Fundação Municipal para Educação Comunitária (FUMEC) eram produtoras de muito movimento, favorecendo que os moradores pudessem frequentar e conviver com outras pessoas além do pequeno círculo social da moradia. No grupo de música, por exemplo, profissionais, moradores e outras pessoas da comunidade podiam conviver, cantar, dançar e desfrutar a partir de seus próprios pedidos de música, pedidos parte da história de cada um. Nesse espaço, os profissionais podiam estar juntos dos moradores para além dos protocolos; trabalhadores e profissionais divertindo-se e criando a cada sílaba e passo.

A articulação entre os serviços é, além de enriquecedora para as práticas, também essencial para o trabalho em saúde e, mais especificamente, em saúde mental. Amorim e Dimenstein (2009) falam sobre a precariedade de espaços de discussão entre os serviços voltados ao cuidado do usuário de saúde mental, de modo que parece haver uma falta de clareza entre as atribuições de cada serviço, produzindo uma precária co-responsabilização pelo cuidado que deve ser ofertado.

Além disso, parece ocorrer também a sobrecarga de atribuições de funções por parte dos SRTs, que em alguns momentos passam a oferecer cuidados que poderiam ser oferecidos em outros serviços especializados, deixando o SRT como espaço, predominantemente, de “serviço” e de “terapêutico”, em detrimento do espaço de habitar. Como lembra Amorim e Dimenstein (2009), a Portaria nº 106/2000 também

estabelece a vinculação dos SRTs a um serviço de referência, o qual se configura como local de tratamento para os moradores.

Silva e Azevedo (2011), em entrevista com seis profissionais de enfermagem atuantes como cuidadores em SRTs, também relatam as dificuldades na articulação entre os diferentes serviços da rede, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o SRT e o CAPS III, apontando uma fragilidade do cuidado. Na minha experiência ao longo de um ano em SRTs de Campinas, pude ver o quanto haviam diferenças nessas relações de acordo com cada serviço ou cada morador. Nesse sentido, enquanto alguns moradores possuíam maior vinculação com os CAPS como local de tratamento, outros pouco frequentavam o serviço.

Ainda que a questão de frequentar ou não os serviços especializados deva estar vinculada a um Projeto Terapêutico Individual, a baixa articulação entre os serviços pode ser geradora de sobrecarga para os profissionais dos SRTs, além de também acabar por ser invasiva para os moradores, já que, com cada vez mais cara de “serviço”, menos espaço pode haver para as singularidades de cada morador.

As reuniões de equipe, nesse sentido, também são essenciais para que se possa pensar nos Projetos Terapêuticos e nessa articulação tão importante entre os serviços. Além disso, contribuem para alinhar o trabalho realizado pelos profissionais e servir como uma formação continuada para que todos se apropriem e possam refletir sobre o cotidiano de trabalho a partir da reforma psiquiátrica e seus princípios, afunilando, a partir das discussões e diferentes pontos de vista, modos de trabalhar mais coesos.

Nos SRTs, devido à descentralização dos serviços, a complexidade é bastante grande para que as reuniões aconteçam, já que os diversos profissionais estão espalhados pelas diferentes moradias. No entanto, era clara também que a falta dessas reuniões, em muitos momentos, parecia gerar ainda maior sobrecarga para os profissionais de referência, e maior desarticulação entre os profissionais, que acabavam sem espaços formais para discutir diferenças em suas concepções, crenças e, conseqüentemente, modos de agir.

Na pesquisa de Macedo e Silveira (2009), que teve por objetivo conhecer e compreender a visão dos moradores a respeito do SRT, as autoras relatam a importância para os moradores de viver em uma casa, ter objetos pessoais e a oportunidade de poder comprar, devendo ser estimuladas atividades de interesse de cada morador, mas sem que se perca o caráter de moradia. Nos SRT, a partir dos pertences próprios a cada morador, era possível observar suas singularidades, ou seja, aqueles que gostam de produzir

artesanatos, outros que gostam de utilizá-los, alguns que gostam de ouvir música, outros de fazer as unhas, cortar os cabelos... Essas expressões de cada morador são mais possíveis quanto mais os profissionais parecem estar abertos e confiantes para que aconteçam.

O sentimento de pertença e de propriedade é essencial para o vínculo subjetivo que os moradores desenvolvem com as moradias. Em uma delas, sempre que eu chegava, pedindo licença para abrir o portão e entrar, era recebida com falas como: “Senta aí! Pega uma cadeira?!” “Quer um café? Pega lá um café, água, o que você quiser!” Essa situação contrasta amplamente com outras moradias em que se vêem mais espaços privados para uso exclusivo dos profissionais e mais regras que incentivam a padronização da rotina e dos comportamentos.

Em uma das moradias, me lembro de uma situação interessante: Após ter saído com um morador até uma padaria, a seu pedido, chego em outro dia na casa e logo escuto muitos pedidos: “Quero doce! *Vamo* comprar doce?” Os moradores, antes aparentemente passivos e desinteressados, de repente pareceram atentos ao que estava porvir: A possibilidade de comer um doce, fazer algo novo, explorar, transpor barreiras.

Decidida a aproveitar essa oportunidade, pergunto: “Mas como vocês fazem quando querem comprar algo aqui? Como faz com o dinheiro?” Alguns moradores responderam então que não tinham dinheiro, outros que tinham dinheiro somente no banco. Pareciam, no entanto, um pouco confusos e surpresos com meus questionamentos. Então avisei: “Não tem uma caixinha? Bom, acho que podemos perguntar pra quem trabalha aqui.”

Nesse momento, fui até as profissionais presentes na casa e perguntei sobre a caixinha. A resposta era um pouco desanimadora: Havia sim uma caixinha, mas a profissional que ficava com a chave não estava nesse momento e, portanto, não havia como pegar o dinheiro. Quando voltei da cozinha para a sala, vi algo surpreendente: Cerca de quatro moradores totalmente parados! Não se tratava, no entanto, de um estar parados passivamente, mas sim em uma verdadeira espera ativa: Olhando pra porta, esperando meu retorno, esperando para saber se poderiam comprar o doce que desejavam, sendo o doce somente, a meu ver, a representação dessa abertura para a possibilidade de exploração. Ao voltar, expliquei sobre aquele funcionamento, sobre o dinheiro que possuíam, sobre o caixinha e sobre serem os donos desse caixinha, ao que alguns moradores pareceram muito surpresos com essas explicações!

O estudo de Antunes, Willrich, Kantorski, Coimbra e Santos (2013) sobre as relações de socialização dos moradores do SRT e a comunidade constatou que apesar dos trabalhadores auxiliarem os moradores a cuidar do dinheiro, todos possuíam autonomia para gastá-lo como preferissem, sendo esse um gesto de possibilitar o resgate da cidadania dos moradores. Este estudo relata ainda a grande relevância do envolvimento da comunidade com as pessoas com algum enfrentamento psicossocial. Considerar as particularidades de cada sujeito pode ser inclusive considerar as dificuldades de manejo do dinheiro, devido a diversas questões. No entanto, é sempre possível tornar os sujeitos participantes, considerando suas singularidades e possibilidades.

Em outra cena, surgiu o questionamento, logo no início do estágio nas moradias, sobre quem era a mulher tão bonita em um porta-retratos na sala da casa. Os moradores, todos aqueles que estavam presentes nesse momento, disseram que não sabiam dizer quem estava naquela foto. Podemos observar a importância desses objetos da casa para que sejam mais do que simples objetos, mas que tenham relação afetiva com os moradores que ali estão e que possam também contar um pouco da história daquelas pessoas.

Essas diferenças entre oferecer um cafezinho para a visita que chega, e, em outros espaços e momentos, não reconhecer alguém no porta-retratos da própria casa, ficam claras nos SRTs. Essas dificuldades no reconhecimento do espaço e no pertencimento a este, evidenciam os diferentes modos de se estar em uma casa: estar, morar, habitar, denotam também as possibilidades que se abrem quando se trabalha nestes serviços. De acordo com Saraceno (2001) *apud* Mângia e Ricci (2011), o habitar estaria relacionado à ocupação dos espaços onde se vive com apropriação simbólica, material e emocional crescentes.

Marcos (2004), *apud* Silva e Azevedo (2011) também falam da diferença entre as ideias de “estar” e “habitar” uma casa, sendo que o primeiro seria indicativo de pouca ou nenhuma relação de propriedade com o espaço, diferentemente do segundo, que envolveria participação material e simbólica. Para estas autoras, o “habitar” uma casa seria condição essencial para a qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual.

De acordo com Silva e Azevedo, *“a possibilidade do habitar será maior se houver horizontalização das relações entre usuários e serviços, em presença*

*permanente de diálogo e interação grupal, como fator facilitador da conquista, pelo usuário, de sua autonomia.”*

Em uma ocasião, acompanhei um morador bastante insatisfeito com a moradia onde reside, claramente angustiado e demonstrando os desejos de sair, indo até uma padaria. Na volta, expliquei: “Olha Sr., agora que vamos voltar para casa, outros moradores também querem ter a oportunidade de sair, e hoje não foi possível sair com todos. Então vamos comer aqui, e outro dia posso combinar pra sair com os outros que também querem poder sair, comer algo diferente... Tudo bem?” Ele concordou. Depois, quando uma funcionária perguntou se ele havia comido, olhou firmemente pra mim, e novamente para a funcionária, e disse: “Não, não!!! Eu não comi nada não!!!” A partir disso, pudemos explicar juntos sobre nosso combinado e a consideração dos desejos dos outros moradores da casa. Havia se ampliado, nesse momento, as possibilidades de vínculo e de contratualidade com este morador.

Deste modo, Argiles et al. (2013) fala sobre a importância de se trabalhar a contratualidade, ou seja, garantir que haja junto aos moradores espaço para a negociação e exercício da autonomia, com participação ativa dos moradores e possibilidade de expressão de seus desejos e subjetividades. Campos e Amaral (2007) consideram que autonomia pode ser entendida “não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências.” Desse modo, o grau de autonomia estaria relacionado à “capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros.” Em outro momento, bastante nervoso, o mesmo morador me disse, com a voz muito mais firme que a habitual: “É! Você... Você vai embora pra casa!!! E eu vou ficar aqui!!!” Falou ainda sobre aquela não ser a sua casa e sobre não gostar de estar ali. Acredito que é muito importante neste trabalho com o cotidiano poder aproveitar as oportunidades para se estar presente, apesar das dificuldades. Desse modo, nesse momento, pude dizer sobre o quanto entendia suas insatisfações e estava ali para escutá-lo e tentar ajudá-lo a pensar em modos possíveis de produzir mudança.

Ao demonstrar suas insatisfações com o lugar em que residia, abriram-se possibilidades para que o morador pudesse ser escutado e, junto dele, que se pensassem alternativas para que se sinta melhor e mais proprietário daquele espaço. No entanto, em diversos momentos parecia ocorrer também um aumento do sofrimento da equipe que não conseguia enxergar soluções possíveis, sendo que estas não necessariamente

passariam somente pela mudança de casa do morador. Um cuidado ético em saúde mental pode ser especialmente demonstrar o quanto compreendemos e, para além das decisões que serão tomadas a posteriori, no conjunto equipe-morador, demonstrar também que não subestimamos o que escutamos, nem tampouco as possibilidades de compreensão daquele sujeito. Portanto, deve-se sempre considerar as possibilidades de compreensão dos moradores, ainda que com suas singularidades, seja por terem mais problemas clínicos, pelos momentos de crise ou por serem mais idosos, devendo os profissionais estarem atentos aos diálogos que desenvolvem, especialmente na presença de moradores.

As diferenças nos SRTs, especialmente entre o “estar” e o “habitar” uma casa ficavam mais claras principalmente ao se observar as casas de Tipo I e de Tipo II. Nas casas de Tipo II pareciam mais evidentes em alguns moradores a falta da sensação de “habitar” o lar. Nestas casas, com moradores na maioria das vezes mais idosos e mais problemas clínicos, muitas vezes acabam se tornando muito restritas as possibilidades de criação. Além disso, era possível observar também em alguns momentos o maior desgaste dos profissionais dessas casas, que parecem se encontrar muito mais atarefados e ocupados com as rotinas.

Nesse sentido, as reuniões e discussões entre a equipe podem auxiliar para que o cuidado seja realizado, considerando essas dificuldades dos moradores, mas ainda assim possibilitando que haja espaço para as singularidades de cada um. Em alguns momentos, por exemplo, era comum que moradores parecessem fumar porque “está na hora do cigarro...”, apesar de não terem demonstrado esse desejo. Assim, a discussão parece ser imprescindível no sentido não de se definir se haverão ou não horários para determinadas atividades, mas para que as diferentes concepções entre os profissionais possam aparecer e ser elaboradas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), deve-se sempre considerar que os SRTs têm como questão central o morar, de modo que se tratam não precisamente de serviços de saúde, mas de espaços de viver articulados à rede de atenção psicossocial presente na comunidade. Nesse sentido, os profissionais devem permitir a singularidade de cada morador e as diferentes formas de ocupar os espaços, evitando a imposição de suas próprias expectativas e concepções sobre um lar ideal.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2004), o trabalho no SRT requer uma negociação constante para que se consiga dosar sempre o quanto de cuidado é oferecido, auxiliando assim na aquisição de autonomia dos moradores. Generoso (2008)

considera como função da equipe sustentar o esvaziamento de saber e o saber ser parceiros nas construções singulares de cada sujeito.

Apesar de aparentemente simples, a função de sustentar o esvaziamento de saber e ser parceiros nas construções singulares é bastante complexa, já que o trabalho nas moradias exige que se lide no cotidiano com muitas questões, como a promoção do autocuidado, da reabilitação psicossocial e do encontro com os direitos e possibilidades de exploração da cidade e dos cuidados nos serviços substitutivos. Nesse sentido, os profissionais acabam constantemente sendo levados a repensarem seus modos de lidar com as diferentes situações que surgem no dia a dia, gerando grande sobrecarga, em especial para os profissionais de referência, que acabam por, muitas vezes, gerenciar as casas, os projetos terapêuticos, as festas, as saídas, as viagens, ...

Ao mesmo tempo, os cuidadores, que estão em grande contato com os moradores no cotidiano, muitas vezes se utilizam dos próprios recursos que já possuem para manejar os casos, aprendendo com a experiência própria ou das outras cuidadoras. O estudo de Furtado et al (2013) encontrou que os cuidadores recebem educação permanente muito restrita e descolada de suas necessidades, com pouco ou nenhum apoio.

O estudo de Neto e Avellar (2009), no entanto, considera que apesar de não terem tido preparação, os cuidadores se sentem preparados para o serviço. Para Figueiredo e Frare (2008) apud Neto e Avellar (2009), a não especialização dos cuidadores pode também ser vista como uma tentativa de não patologizar os comportamentos dos moradores. O artigo traz um relato de um cuidador que refere ameaçar os moradores, diante de comportamentos agressivos destes, de que irá amarrá-los com lençol para obter o controle da situação.

Por outro lado, em minha experiência, pude presenciar, além de situações difíceis, também muitos belos manejos. Essas situações, dramáticas e gritantes aos olhos e ouvidos, podem auxiliar a reflexão sobre as concepções que ainda permanecem no contato com a loucura, e do quanto as discussões em equipe são importantes para que se construam concepções pautadas pela ética e pelo respeito com as pessoas com transtornos mentais.

O estudo de Furtado *et al.* (2013) encontrou que moradores de SRTs são submetidos a diferentes regras, muitas vezes inclusive antagônicas, de acordo com os parâmetros de cada cuidador. Além disso, os moradores possuem poucos espaços de privacidade, há padronização na disposição dos móveis e restrição para adentrar em



determinados espaços das casas. A plasticidade neste contexto é essencial para que se promova a autonomia dos moradores, de modo que possam interferir nas normas das casas e exercer sua criatividade, possibilitando que realmente interajam com a casa, seus moradores e com a cidade.

De acordo com Amorim e Dimenstein (2009), a lógica manicomial no SRT se apresenta nas práticas de cuidado burocratizadas, que impõe certas rotinas e padrões aos moradores. Estes, no entanto, também convocam no cotidiano a outros roteiros que vão permitindo que outras estratégias de sociabilidade sejam possíveis. Era comum, por exemplo, os pedidos de moradores para ir até a padaria, ou para cortar o cabelo ou almoçar em um restaurante. Sair da rotina e explorar novos espaços da cidade; ou, ainda, velhos espaços conhecidos, mas quase esquecidos, tomados pela rotina e daquilo que os profissionais consideram como urgências das casas.

De acordo com Moreira e Castro-Silva (2011), os SRTs têm como uma de suas funções funcionarem como disparadores de encontros entre os moradores e a comunidade, sendo assim espaços de vida em comunidade. Em uma das moradias em que estive, era muito bonito ver a organização e envolvimento da comunidade nos aniversários de moradores ou mesmo na festa junina organizada na própria rua, preservando assim a tradição das pessoas do bairro e inclusive de idosos da moradia. Essas relações com a comunidade são extremamente importantes, pois contribuem para que sejam derrubadas aos poucos a visão estigmatizante que a sociedade possui sobre a loucura e é aí que se consegue sair do “núcleo falante” sobre a reforma psiquiátrica. Na pesquisa de Moreira e Castro-Silva (2011) que estudou as relações entre os SRTs e a comunidade, também foi constatada que cada uma das casas apresentava realidades muito distintas em relação à sua apropriação pelos moradores, demonstrando ainda uma insegurança tanto de moradores quanto de profissionais no enfrentamento de situações inéditas do cotidiano. Essas relações com a comunidade são extremamente importantes, pois contribuem para que sejam derrubadas aos poucos a visão estigmatizante que a sociedade possui sobre a loucura. O estudo de Monteiro, et al (2012) também concluiu que os SRTs, inseridos no espaço urbano, estão também expostos aos preconceitos e estigmas que ainda permeiam o coletivo social.

Matos e Moreira (2013) em estudo com moradores de SRTs com objetivo de descrever o processo de reinserção social de moradores ressaltam:

*“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”.*

Trata-se sim de um processo contínuo e que muitas vezes tem início nesse momento, tornando essencial a reflexão dos profissionais para que o processo de reinserção social também respeite as subjetividades e singularidades de cada morador. Deve-se sempre considerar, como diz Campos e Amaral (2007), que na consideração da ampliação da clínica, a ampliação mais importante se trata de que não existem problemas de saúde ou doenças sem que existam sujeitos, sendo uma das buscas essenciais a busca pela autonomia dessas pessoas, esta compreendida como “uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências”. Desse modo, a clínica do sujeito requer que estejamos atentos e abertos para escutar as pessoas que ali estão.

### **Considerações finais**

Para Goffman (1974) *“a barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu (...) Nas instituições totais esses territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas.”*

É algo imperativo no trabalho na área da saúde mental, no contexto da reforma psiquiátrica e dos direitos e respeito a todos os seres humanos, portadores ou não de transtornos mentais, a ética do respeito à liberdade (Valentini, 2001). O cuidado e terapêutica não somente oferecidos, mas co-construídos com cada um dos usuários e moradores deve envolver o reconhecimento do usuário dos serviços de saúde, e mais especificamente de saúde mental, como sujeito portador de direitos, que muito tem à dizer sobre o tratamento que recebe, e suas reais necessidades, sempre singulares. (Fonseca, 2001).

Que os serviços de saúde mental estejam arejados para que contribuam para que as pessoas não sejam tratadas como os bonsais. Valentini (2001) lembra que os bonsais são plantas sempre podadas para que, assim, sejam induzidas a parar de crescer. Os serviços de saúde mental, pela importância social que possuem na luta pela reforma psiquiátrica, tem a função essencial e social de possibilitar que os movimentos sejam possíveis, que os crescimentos ocorram das formas mais singulares e criativas, extravasando todos os muros possíveis e adentrando verdadeiramente na comunidade.

Ainda, que nós, profissionais da área de saúde mental, pautados pela reforma psiquiátrica e pela ética que deve mover nosso cotidiano e nossas reflexões, possamos sempre considerar que os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias, e como tanto, que possam ser mais residenciais e menos serviços ou terapêuticos. Que possamos transformar esses lares-doces-lares, para que sejam tanto para profissionais, mas especialmente para os moradores, mais doces, mais cheios de vida, mais acolhedores e mais singulares e abertos ao novo e a cada toque que ali exista. E que haja espaço para a continuidade de projetos tão bonitos, tão humanos e tão promovedores de encontros: os passeios, viagens e grupos, que tanto requerem dos profissionais as energias que possuem.

Existe uma crença de que quando entram borboletas claras em casa, é sinal de que receberemos visitas. Quando vamos a uma casa, em especial a uma moradia que é “serviço”, é “terapêutico”, mas que deve ser prioritariamente residencial, se deve sempre considerar que devemos tentar chegar como borboletas claras, que avisam, que solicitam permissão e que, como as melhores visitas, sabem a hora de ir embora. Nesse sentido, o trabalho nos SRTs sem projetos terapêuticos, sem parcerias e sem reflexão, podem acabar se tornando visitas chatas e invasivas e saber ir embora é ter sempre em mente que todos necessitamos de espaços de privacidade e de asas para voar quando assim o desejamos.

## **Agradecimentos**

A oportunidade de fazer parte do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental foi extremamente transformadora, possibilitando que fossem abertos espaços para a criatividade, para o imprevisto, o novo, o enfrentamento dos desafios e muitas aprendizagens. Foram muitos encontros e muitas possibilidades de reflexão e contribuição que me fortaleceram tanto pessoal quanto profissionalmente. A Residência permitiu conhecer diferentes dispositivos, refletir junto a eles e contribuir para que eu tenha ainda mais desejo de continuar viva e pensante nesta área tão bonita e humana que é a saúde mental.

Agradeço à coordenadora do programa de Residência, aos supervisores, preceptores, aos colegas de turma e também aos serviços (profissionais e usuários), que me receberam nesta jornada: CAPS AD Independência, Centro de Convivência Rosa

dos Ventos e Serviços Residenciais Terapêuticos do Distrito Sul. Muito obrigada a todos vocês por dividirem comigo tantos aprendizados e tantas experiências. Em especial aos SRTs, tema escolhido para este trabalho, um muito obrigada pela oportunidade de conhecer um trabalho tão maravilhoso e que enche de mais vida a vida de tantas pessoas. E, nesse sentido, que a parceria com os Centros de Convivência nunca seja esquecida!

Obrigada também à Associação Aflore (Associação Florescendo a Vida de Familiares, Trabalhadores e Amigos da Saúde Mental), por tantas trocas realizadas, tantos projetos e lutas enfrentadas; e também à Universidade Nacional de Rosário, pela recepção tão calorosa e cuidadosa e que permitiram tantas trocas durante o estágio eletivo. Foram muitos encontros que me ensinaram muito! Com certeza concluo a Residência fortalecida, pronta pra novos passos! Obrigada a todos pela recepção, aprendizagem e acolhimento tão calorosos!

## **Referências Bibliográficas**

Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Temas em saúde. Editora Fiocruz.

Amorim, A. K. M. A., Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):195-204.

Amorim, A. K. A, Dimenstein, M. (2009). Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des)institucionalizantes. *Revista de Psicologia*, 21(2), 319-336.

Antunes, B., Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Coimbra, V. C. C., Santos, E. O. (2013). As relações de socialização da comunidade de Caxias do Sul com os moradores do serviço residencial terapêutico. *R. pesq.: cuid. fundam. online*, 5(2), 3864-3875.

Argiles, C. T. L. (2013). Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2049-2058.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Legislação em Saúde Mental. 1990-2004.5ª Edição Ampliada. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Residências terapêuticas: que são. Para que servem?* Brasília, DF: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. 257 p. Brasília. Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria Nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011.

Campos, G. W. S., Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), p. 849-859.

Furtado, J. P. (2013). Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 17(46), 635-647.

Furtado, J. P., Tugny, A., Baltazar, A. P., Kapp, S., Generoso, C. M., Campos, F. C. B., Guerra. A. M. C., Nakamura, E. (2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), 3683-3693.

Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

Harari, A., Valentini, W. (2001). A reforma psiquiátrica no cotidiano. HUCITEC.

Luiz, R. T., Loli, M. N., Kawanichi, N. K., Boarini, M. L. (2011). Estado da arte sobre o Serviço Residencial Terapêutico no Brasil: um panorama exploratório. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(1), 131-140.

Macedo, J. Q., Silveira, M. F. A. (2009). A experiência da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos – Análise quantitativa e qualitativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(2).

Mângia, E. F., Ricci, E. C. (2011). “Pensando o Habitar” Trajetórias de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos”. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 22(2), 182-190.

Matos, B. G., Moreira, L. H. O. (2013). Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. *Escola Anna Nery*, 17(4): 668-676.

Monteiro, C. F. S., Vieira, T. S., Rodrigues, I. S., Parente, A. C. M., Fernandes, M. A. (2012). O viver o morar: relações interpessoais de moradores dos serviços residenciais terapêuticos. *Rev.enferm. UERJ, Rio de Janeiro*, 20(1), 637-641.

Moreira, M. I. B., Castro-Silva, C. R. (2011). Residências Terapêuticas e Comunidade: A Construção de Novas Práticas Antimanicomiais. *Psicologia & Sociedade*, 23(3), 545-553.

Neto, P. M. R., Avellar, L. Z. (2009). Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. *Mental*, 7(13).

Silva, D. S., Azevedo, D. M. (2011). As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. *Escola Anna Nery*, 15(3): 602-609.

Silva, D. S., Azevedo, D. M. (2011). A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Escola Anna Nery*, 15(3): 587-594.

Generoso, C. M. (2008). A orientação da psicanálise em um serviço residencial terapêutico: a casa de aposentados – uma pequena construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, 8(1): 67-73.