

RAIENNY REGYNA GOMES FRANCO

**RESIDÊNCIA (TERAPÊUTICA): DESAFIOS E
POSSIBILIDADES NO PROCESSO DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

RAIENNY REGYNA GOMES FRANCO

**RESIDÊNCIA (TERAPÊUTICA): DESAFIOS E POSSIBILIDADES
NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Rio de Janeiro
2023

RAIENNY REGYNA GOMES FRANCO

**RESIDÊNCIA (TERAPÊUTICA): DESAFIOS E POSSIBILIDADES NO
PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Mestre Marcia Dolores Carvalho Gallo (Orientadora - IFRJ)

Profª Mestre Janaina Barros Fernandes (Coorientadora)

Profª Mestre Marcelle Carvalho Queiroz Graça (Membro Interno - IFRJ)

Profª Mestre Marcia Cristina de Araujo Silva (Membro Interno - IFRJ)

Profª Doutora Janaina Doria Líbano Soares (Membro Suplente - IFRJ)

AGRADECIMENTOS

Dia 16 de agosto de 2023, Rio de Janeiro, 17h40min.

Após um misto de sentimentos que precisei elaborar, decidi hoje fazer os agradecimentos do Trabalho de Conclusão de Curso.

Inicialmente, o TCC era algo muito bem programado na minha agenda, períodos antes de sua realização eu já estava comentando sobre o tema e buscando orientação que eu desejava. Entretanto, assim como muitas das coisas que aconteceram na minha vida, foi no seu tempo, da maneira que se construiu durante o caminho e não como eu idealizei — é eu ainda estou aprendendo a lidar com minhas idealizações e talvez seja um exercício pra vida toda, não? — isso me causou muita frustração, raiva, medo, ansiedade, entre vários sentimentos e expressões físicas no meu corpo que eu poderia nomear, de fato, eu andava ranzinza como Eustáquio de ‘Coragem o cão covarde’ rugindo pelos cantos e repetindo pra mim “não vou escrever agradecimento nenhum! agradecida pelo o que? só se for agradecer a mim” ao mesmo tempo um sentimento me invadia que falava quase como um sussurro pra eu me acalmar e “abaixar a bolinha”.

O fato é que agora faltam meses pra eu terminar essa jornada, não mais anos, o tempo se encurta cada dia mais e os meses vão virando semanas, que vão virando dias, que vão virando horas, mas têm horas que a vida pede pra você parar 5 minutos para não deixar aquele momento passar em branco, como tantos outros.

A faculdade foi uma jornada muito desafiadora e preciosa pra mim, me fez crescer como profissional e pessoa fatidicamente, olhar para trás é reconhecer que eu mudei e muito, e grande parte desse crescimento — se não a maior parte dele — vem das (dos/des) professores, logo, não poderia deixar de agradecê-los. Sou grata a vocês que dedicaram um pouquinho do seu tempo, paixão pela profissão e conhecimento, alguns às vezes até um ombro amigo pra chorar, uma cervejinha no bar e uma piada no final da prova que deixou tudo um pouco mais fácil de lidar.

Agradeço à Geruza Valadares e à co-orientadora Janaina Fernandes que me auxiliaram no processo de escrita, me apoiando, oferecendo os materiais e perguntas necessárias para a realização deste trabalho. Para além, aos membros da banca examinadora e a Marcia Gallo por me auxiliar no processo final do trabalho.

Agradeço também as minhas amigadas — curiosidade: Matheus, paciente que mais criei vínculo no CAPS durante o estágio falava desta maneira “minhas amigadas” e agora, revisando, percebi que me referi igualmente — aquelas que nutri na escola, faculdade, bares, estágios, viagens, eventos e, mesmo aquelas que não permaneceram mas foram importante naquele momento, principalmente aquelas que acreditavam em mim mesmo quando eu quis desistir, seja pelo cansaço, medo ou tontice da minha parte. Eu falo isso todos os dias e não me canso: tenho os melhores amigos do mundo e não sei quem eu seria sem vocês. Poderia escrever páginas e páginas sobre as peculiaridades de cada um e o que admiro, como me espelho em vocês, mas espero de verdade que isso seja o suficiente pois estou sem tempo e páginas no momento — se não for suficiente também, paciência! Certamente vou ter a oportunidade de demonstrar meu carinho de outras formas muito melhores que não necessariamente sejam em um documento acadêmico — ps. amo muito vocês e não poderia deixar de citar que Giu e Etis tem um local especial no meu coração, essas safadas sabem bem.

Agradeço a minha família, mas não a “instituição família”. Agradeço a Kênia, admiro você por ter lutado por sua individualidade durante tantos anos, se permitido viver e errar, ser irreverente. Sou grata por você ter feito o que estava ao seu alcance para me criar da melhor maneira possível — “não é muito.” você sempre falava, quase que se desculpando, desejando que eu não precisasse mais porque infelizmente não tinha — agradeço por ter aprendido com você o poder do bom humor e piadas, mesmo que às vezes fora de hora — afinal, existe hora pra rir ou tá proibido em horário comercial? — Te amo, mesmo que às vezes tenha sido doloroso, confuso e difícil. Agradeço a Camila, eu poderia falar sobre como você foi minha parceira de guerra durante tantos anos e sobre sentimentos e lembranças que só nós entendemos, mas acho que isso diminuiria a nossa relação a dor e não seria justo com a gente, sou grata por ter me ensinado que podemos ser mais leves, centradas e não levar tanto em consideração a opinião das pessoas, sou grata por você me demonstrar que eu estava errada muitas vezes e de um jeito gentil que só você consegue fazer, sou grata por a gente ter conseguido refazer nossos laços tantas e tantas vezes, hoje, com um pouco mais de maturidade e respeito as nossas diferenças, te amo bylla bylla. Agradeço a Tuane, por ter um coração gigante que mesmo com a distância e pouco contato sempre se fez presente e irmã para todos os momentos, cuidando e protegendo todas nós, me ensinando e ajudando enxergar

beleza na vida, nas pessoas e até nos tropeços, dando jus ao título de irmã mais velha, te amo. Agradeço a Tia Karla, vó Tereza e demais pessoas da família que não tive oportunidade de ter contato ou um contato tão próximo, mas seguem torcendo por mim de onde estão, amo vocês.

Agradeço ao pai Oxalá e a todos Orixás e entidades que me protegeram e protegem, guiaram e guiam e colocaram todos os dias o caminho para que eu possa caminhar, mesmo quando eu estive desacreditava e não tinha fé. Que eu possa estar mais próxima desse sentimento de paz e aprender com a sabedoria de vocês diariamente. Salve!

Agradeço aos pensadores e livros que me acompanharam e fizeram parte da minha jornada, mudando meu olhar, minha maneira de pensar e ver a vida.

Agradeço aos psicólogos e profissionais que me atenderam e me acolheram nos momentos de maior fragilidade da minha vida. Agradeço especialmente a Étila, Kessia Desirée e ao Fábio.

Agradeço a arte, a música, a dança, a todos os artistas que fazem seu corre nesse sistema injusto e que me tocaram com seu trabalho durante meu processo de escrita e me fizeram sentir viva e não só estar viva.

Agradeço a Olga, minha cachorra, amo muito essa doida mesmo que nunca seja suficiente o amor que eu dou comparado ao que eu sinto. Que eu possa te acompanhar durante sua velhice e ter melhores condições financeiras para cuidar da sua vida e te fazer feliz. Obrigada por dividir a vida comigo.

Por fim, agradeço a mim, por não ter desistido de si, da faculdade, dos processos, das pessoas e da vida. Agradeço por ser uma pessoa boa pra mim mesma, mesmo que durante muito tempo não tenha sido assim. Agradeço por eu ser forte, questionadora e sensível e por não ter deixado o mundo tirar o brilho dos olhos de Ray — da pequena Ray.

RESUMO

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira realizada a partir da mobilização de luta social, pessoas civis e profissionais viabilizou a construção de um novo modelo de cuidado, este, sendo baseado na liberdade como tratamento. A partir das mudanças deste processo originaram-se os serviços substitutivos, assim como o Serviço de Residência Terapêutica, a fim de dar suporte aqueles que ficaram grande parte da sua vida institucionalizados nos manicômios e que agora, retornarão à vida na cidade. As residências apresentam-se como uma alternativa de habitação para aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade após sofrerem com as rupturas relacionais e de trabalho, logo, para aqueles que não possuem meios próprios para se manter na vida sem auxílio do Estado. Entretanto, os materiais captados demonstram que o processo de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização dentro do serviço se apresenta desafiador, uma vez que o pensamento hegemônico se mantém em algumas RTs e a lógica manicomial é reproduzida na dinâmica da casa. O trabalho a seguir objetivou analisar e desenvolver questões sobre os desafios e potencialidades do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial dos moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos, para isso, realizou a pesquisa no formato de revisão bibliográfica nas bases de dados BVS, Scielo e PubMed. A pesquisa demonstra que a dinâmica tutelar dentro da RT é uma barreira, já reflete em um espaço com regras inquestionáveis, relações enrijecidas e possibilidades limitadas. Ainda, a revisão aponta outros fatores desafiadores, como a insuficiência dos benefícios ofertados para o auto-sustento, estigmas da comunidade com a loucura, necessidade de maior capacitação profissional dos cuidadores da RT, dentre outros. A vinculação do morador ao território e, também, da criação de novas redes se demonstram como possíveis formas de enfrentamento, assim como, um olhar aprimorado sobre o conceito de autonomia, uma vez que ela deve ser estimulada mesmo nos casos mais graves. Por fim, a quantidade de materiais sob o olhar dos moradores se demonstra escassa, sendo necessária a realização de mais pesquisas nesse campo.

Palavras-chave: residência terapêutica; desinstitucionalização; autonomia.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform process, based on the mobilization of social struggle, civil society and professionals, made it possible to build a new model of care, based on freedom as treatment. The changes in this process gave rise to substitute services, such as the Therapeutic Residence Service, in order to provide support for those who spent a large part of their lives institutionalized in mental institutions and who will now return to life in the city. The residences are presented as a housing alternative for those who find themselves in a vulnerable situation after suffering relationship and work breakdowns, and therefore for those who don't have the means to support themselves in life without help from the state. However, the materials collected show that the process of psychosocial rehabilitation and deinstitutionalization within the service is challenging, since hegemonic thinking is maintained in some RTs and the asylum logic is reproduced in the dynamics of the home. The following work aimed to analyze and develop the challenges and potentialities of the process of deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation of residents of Therapeutic Residential Services. To this end, the research was carried out in the form of a bibliographic review in the BVS, Scielo and PubMed databases. The research shows that the tutelary dynamic within the RT is a barrier, as it reflects a space with unquestionable rules, rigid relationships and limited possibilities. The review also points to other challenging factors, such as the insufficiency of the benefits offered for self-support, the community's stigma towards madness, and the need for greater professional training for RT caregivers, among others. Linking the resident to the territory and creating new networks are possible ways of coping, as is taking a closer look at the concept of autonomy, since it should be encouraged even in the most serious cases. Finally, the amount of material from the residents' point of view is scarce, and more research is needed in this field.

Keywords: therapeutic residence; autonomy; deinstitutionalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONAS P	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
PL	Projeto de Lei
PT	Projeto Terapêutico
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta pra Casa
REME	Movimento de Renovação Médica
RT	Residência Terapêutica
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA	14
3 RESULTADO.....	16
4 DISCUSSÃO.....	19
4.1 A Construção da Casa Meio a Reforma: Emerge Um Novo Modelo de Cuidado?.....	19
4.1.1 Psiquiatria de Setor na França.....	21
4.1.2 Psiquiatria Preventiva nos EUA.....	21
4.1.3 Antipsiquiatria na Inglaterra.....	22
4.2.4 O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	23
4.2.5 Os Serviços Residenciais Terapêuticos.....	26
4.2 O Processo De Desinstitucionalização: Tijolos Que Podem Ser Muros, Tijolos Que Podem Ser Pontes.....	32
4.3 Desafios De Uma Nova Vida, Uma Nova Casa E, Por Vezes, Um Novo Lar.....	45
4.3.1 A Casa e o Território.....	46
4.3.2 Diferença de Estar e Habitar: Desafios Encontrados na Rotina da Casa.....	48
4.3.3 Os Muros que Protegem da Liberdade: Desafios na Construção de Autonomia.....	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho foi construído de modo a contribuir para análise dos materiais produzidos no Brasil nos últimos anos, referente ao processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial dos moradores de residências terapêuticas.

Na primeira parte da discussão se propôs demonstrar a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira e suas implicações no atual modo de cuidado com a pessoa em sofrimento mental. Logo, ao percorrer sobre a história é possível compreender as consequências da institucionalização para o interno e também o papel da residência terapêutica para o retorno ao convívio social. No segundo momento, foi aprofundado o conceito de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização, uma vez que esse processo atravessa o serviço, os profissionais envolvidos, os moradores, a comunidade e o próprio território onde a residência está inserida. Na terceira parte, foi realizada a análise dos materiais coletados e articulados com a literatura. A partir do conteúdo foi possível observar que existem problemas semelhantes na convivência dentro das RTs do Brasil relacionados à reprodução da lógica manicomial na residência e necessidade de suporte dos serviços substitutivos.

Para Amarante (2007) os ambientes regidos pela lógica manicomial tem como princípio de tratamento a exclusão social da pessoa em sofrimento psíquico o que gera adoecimento a quem está institucionalizado. Segundo o autor, são locais que possuem regras rigorosas que tem um efeito iatrogênico ao paciente que recebe um tratamento medicalizante e medicalocêntrico, limitando-o à sua dimensão biológica. Nesse sentido, pode-se dizer que ao se opor a esse modo de cuidado, o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, impulsionado pela população civil e profissionais da saúde, gerou mudanças no tratamento para a pessoa em sofrimento mental. Amarante (2007) descreve que o contexto de luta social e redemocratização do país moveu a construção de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e manicômios, assim como novas estratégias de intervenção para essa população. Logo, compreende-se que a partir do questionamento do pensamento dominante, os valores culturais e sociais se modificaram, de modo que estruturou um processo interventivo dos serviços de atenção à saúde mental no Brasil, incluindo as

Residências Terapêuticas. Nesse contexto, a luta antimanicomial foi responsável também pela construção de um novo modelo de cuidado e política de saúde mental que ainda encontra desafios para se concretizar.

A partir desse novo modelo baseado na liberdade como tratamento, Grandella Junior (2002) descreve os Serviços de Residências Terapêuticas como uma possibilidade para o retorno dessas pessoas à cidade, ainda, um espaço construído para abrigar aqueles que saem dos hospitais psiquiátricos, mas carecem de recursos financeiros e uma rede de apoio consolidada para estar no mundo de maneira digna. Segundo Tykanori (2001) a longa permanência gera consequências singulares em cada um, a pessoa internada é submetida a vários processos desumanizantes o que a fragiliza e, uma vez que ela está isolada e não há possibilidades de trocas sociais, aquele processo se torna ainda mais difícil e desolador.

No entanto, para além da materialização das residências, surgem as dificuldades subjetivas a serem superadas, já que a casa deve servir como lar e não só ser um abrigo¹ àqueles que ali vivem, ou como Saraceno (2001) descreve, deve haver o sentimento de habitação e apropriação daquela casa e não só ocupação do espaço físico. Logo, considera-se que apesar de terem sido criadas objetivando a reinserção social, o resgate da autonomia e cidadania de pessoas com sofrimento mental, os cuidados em saúde mental no Brasil foram marcados por uma base assistencial, o que se reflete diretamente no serviço que reproduz uma lógica manicomial. De acordo com a pesquisa e os materiais coletados, pensa-se que há uma dificuldade de superar as inseguranças geradas pela internação que refletem em um cotidiano empobrecido dos moradores, se resumindo a atividades restritas às atividades domésticas e não às vontades pessoais dos moradores. Ferreira e Ferreira (2022) descrevem que o cotidiano dessas pessoas as vezes se tornam cercadas por regras, quase que institucionais, dado que os cuidadores também não possuem uma formação voltada para a reabilitação psicossocial. Ainda, para os autores Capucho e Constantinidis (2019) os moradores por vezes têm dificuldades em se adaptar à nova realidade, enxergando as RTs como um grande desafio, uma

¹ Como abrigo entende-se aqui o conceito retirado do DICIO (2017): “lugar onde se fica protegido da ação do tempo (chuva, vento, tempestades etc.)” e “lugar que se destina a abrigar (proteger, amparar, esconder)”, ou seja, entende-se que é um espaço que, apesar de oferecer amparo, não destina-se ou objetiva afeição com o espaço. Diferente do abrigo, o lar para além de garantir proteção, proporciona a possibilidade de habitação para o morador, que é, para Saraceno (2001) uma apropriação da casa ou do ambiente, de modo que leva a uma ligação afetiva e subjetiva.

vez que a internação não abria espaço para que eles realizassem tomadas de decisões cotidianas, tampouco movimentar-se para a apropriação da casa, escolhas pessoais e de sua rotina. Assim sendo percebe-se que a RT pode reproduzir a lógica manicomial se assemelhando a uma experiência institucional, necessitando do auxílio dos serviços da rede para superar esses desafios.

A fim de auxiliar na construção dessas relações e referências familiares, os cuidadores e equipe que matriciam as residências são responsáveis por questionar a padronização do cuidado para que não se reproduza a lógica manicomial (AMARANTE, 2007). Entende-se que isso só é possível respeitando o poder de decisão e individualidade dos moradores e construindo em conjunto caminhos para que essas pessoas encontrem sua autonomia que foi por tanto tempo negada.

Por fim, ao consultar a literatura compreende-se que o processo de reabilitação psicossocial e adaptação dentro da RT dependem de vários fatores para além do cotidiano harmonioso dentro da casa. Segundo Abelha et. al (2018) o retorno à cidade exige dos moradores habilidades para lidar com as regras e convívio social com as pessoas do território. Para além, a autora explica que, no meio desse processo os estigmas da sociedade em cima da loucura se expressam e são obstáculos na criação de vínculo e rede dentro do território. Amarante e Torre (2018) ressaltam também a importância de inserção dos moradores a locais que lhes ofereça o sentimento de pertencimento e acolhimento, como por exemplo, a participação dentro dos movimentos sociais e em espaços de convivência. Conclui-se que há a necessidade de um trabalho em conjunto dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial, da comunidade e do território. Ainda, a ampliação de repertórios de vida e das dependências relacionais do morador amplia suas possibilidades de reconstrução de vida, avançando em direção a desinstitucionalização e autonomia.

2 METODOLOGIA

Essa pesquisa foi desenvolvida em formato de revisão integrativa da literatura. Os passos para a realização do estudo foi de acordo com o descrito pelos autores Souza, Silva e Carvalho (2010), logo, o primeiro passo para a realização da revisão integrativa foi a construção da pergunta norteadora ou hipótese que direcionou a busca nas bases de dados, essa segunda etapa ocorreu de modo abrangente e é o momento onde se decidiu critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. A terceira etapa foi composta pela extração de dados e comparação dos materiais encontrados. Na quarta e quinta etapa consecutivamente realizou-se uma análise crítica dos materiais e interpretação dos resultados. E, por fim, a revisão integrativa foi apresentada na última etapa.

A pesquisa foi realizada nas plataformas: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PUBmed e utilizou-se os seguintes termos como palavras chaves: “SRT”, “residência terapêutica” e “residência” AND “saúde mental”. A partir dos resultados do levantamento, os seguintes critérios de seleção foram aplicados: local de pesquisa, os artigos utilizados foram realizados no Brasil; idioma, foram selecionados apenas artigos escritos em português; leitura dos títulos, pré-selecionados aqueles que se enquadram na temática; ano de publicação, os materiais foram publicados nos últimos 05 anos, ou seja, entre 2019 e 2023.

Já os critérios de exclusão utilizados foram: leitura do resumo, descartando artigos em que os resumos não se enquadravam no objetivo da pesquisa; leitura integral dos artigos, descartando artigos que não dialogavam com o objetivo proposto; foram excluídos também materiais que o objeto central se distanciava da temática do Serviço de Residência Terapêutica, como os temas de: atenção básica, cuidado na infância, residência profissional, pandemia, dentre outros; ainda, foram excluídos artigos repetidos em diferentes bases de dados; ademais, foram descartados artigos que não continham relatos sobre a rotina ou vivência do SRT. Ao final, foram selecionados 09 artigos resultantes da pesquisa.

Além disso, foram acrescentados na bibliografia materiais que colaboraram com a composição do trabalho e o entendimento da temática. Esses se apresentam em configuração de tese de doutorado, livros e capítulos de autores que contribuíram para o embasamento teórico e para a luta antimanicomial no Brasil, artigos científicos diversos que exploraram a temática e uma crítica à relação tutelar,

cartilhas do Ministério da Saúde que compunham orientações e a reabilitação psicossocial. Por fim, foi utilizado na discussão um artigo publicado no ano de 2018 e encontrado na base de dados BVS, material que acrescentou uma importante análise sobre o comportamento dos moradores em relação à comunidade.

3 RESULTADOS

Foram selecionados 09 artigos neste estudo, recolhidos das seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Todos os artigos encontrados foram escritos em português e se tratavam de pesquisas realizadas dentro do território brasileiro. Ainda, a respeito do recorte temporal, cinco artigos foram publicados no ano de 2019; três foram publicados no ano de 2022 e um foi publicado no ano de 2021. Ainda, em relação ao material encontrado, quatro dos estudos foram realizados diretamente com os moradores, dois foram realizados em formato de entrevista diretamente com os cuidadores, dois foram realizados a partir de observação do cotidiano da casa e um foi realizado a partir de um diário de campo.

Tabela 1 — Artigos encontrados nas bases de dados

Base de dados	Ano de publicação	Título	Autores	Revista	Análise do Artigo
BVS e SciELO	2022	Residência Terapêutica: Permanências e Rupturas Nas Práticas De Trabalho	FERREIRA, C. S.; FERREIRA, C. B.	Psicologia em estudo	Estudo qualitativo-descritivo realizado a partir de relatos de cuidadores de SRT que descrevem seus desafios e potencialidades dentro do serviço.
BVS	2019	Residências terapêuticas: a percepção de moradores acerca de autonomia, relacionamentos e contratualidade	CUNHA N. F. A. et al	Revista de Enfermagem da UFPI	Estudo qualitativo-descritivo realizado em formato de entrevista com moradores de uma RT no município de Teresina que relatam sobre os acordos realizados no dia-a-dia, rotina, relação com a comunidade e cuidadores.
BVS	2019	O lar e o habitar para moradores de Serviço Residencial Terapêutico	CAPUCHO M. C.; CONSTAN TINIDIS T. C.	Psicologia em pesquisa	Estudo realizado por meio de entrevistas com moradores de SRTs dentro do município de Vitória. Na pesquisa foi explorado como ocorreu a chegada até o serviço, dificuldades para adaptação à nova vida, a importância da relação de trabalho, críticas à relação tutelar e diferença entre “habitação”

					e "lar".
BVS	2019	Ser cuidador em serviço residencial terapêutico: fragilidades e potencialidades na prática assistencial	SILVA, A. S. T.; RIBEIRO, G. B.; SANTOS, L. L.; BURIOLA, A. A.	Journal of Nursing and Health (JONAH)	Realizou-se a pesquisa qualitativa através de entrevistas com cuidadores de SRT do Oeste Paulista. Foi evidenciado pelos cuidadores relatos sobre a qualidade das relações com os pacientes, dificuldades dentro do serviço, relação com serviços da rede, a logística do dia-dia dentro da casa e melhorias a serem realizadas, como a necessidade de capacitação profissional.
BVS, PubMed e SciELO	2022	Modos de autonomia em Serviços Residenciais Terapêuticos e sua relação com estratégias de desinstitucionalização	SILVA, G. A. et al	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo realizado a partir da observação da rotina dentro de SRTs de dois municípios da Bahia e entrevista com profissionais que compunham a rede. Realiza uma reflexão acerca do movimento de transgressão dos moradores da autonomia permitida pelos profissionais para a autonomia autogerida. Ainda, reflete sobre apropriação do espaço e gestão do dinheiro.
BVS e SciELO	2022	Participação e autonomia de pessoas que moram nos serviços residenciais terapêuticos: contribuições da terapia ocupacional	VIEIRA, F. R.; LUSSI, I. A. O.	Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional	Estudo realizado com moradores de SRT tipo II. Reflete sobre o significado da atividade para cada morador, as possibilidades e limitações para a construção de autonomia dos moradores na rotina da casa.
BVS e SciELO	2021	Na Casa e na Rua: Cenas dos Moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos	MASSA, P. A.; MOREIRA, M. I.B.	Psicologia: Ciência e Profissão	Estudo realizado através da observação de moradores de SRT do Sudeste do Brasil. Reflete sobre o limiar entre casa e serviço, sobre as relação dos moradores com a cidade e o processo de protagonismo dentro da reabilitação psicossocial.

BVS e SciELO	2019	Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos	MASSA, P. A.; MOREIRA, M. I.B.	Interface (Botucatu)	Estudo realizado com moradores de SRT da Grande São Paulo. Abordou a ruptura com laços relacionais familiares, a relação com a comunidade, projetos de vida, significado de saúde para os moradores, dentre outros.
BVS e SciELO	2019	De casa para o meio-fio: pequenas histórias de uma residência terapêutica	AMORIM, R. G.CÂNDIDO, M. C. C. M.; LAVRADOR, M. C. C.	Revista de Psicologia	Estudo realizado a partir de escritos de estudo de campo do cotidiano de uma RT do município de Vitória.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

4 DISCUSSÃO

4.1 A CONSTRUÇÃO DA CASA MEIO A REFORMA: EMERGE UM NOVO MODELO DE CUIDADO?

Aqui será retratado o propósito atual das residências terapêuticas e impactos da institucionalização para aqueles que se encontram em reabilitação psicossocial no serviço e passaram grande parte de suas vidas no manicômio. Após, será apresentado o novo modelo de cuidado que surge a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica, este, baseado na liberdade como base para o cuidado. Por fim, alguns conceitos são apresentados neste capítulo, estes colaboraram para responder as perguntas que surgiram durante a pesquisa.

Grandella Júnior (2002) afirma que o processo de internação no hospital psiquiátrico colabora para o processo de cronificação da doença, o que resulta, segundo Grandella Júnior (2002, p. 89) em: “embotamento afetivo, isolacionismo, hábitos grotescos e dificuldade de realizar ações do cotidiano”. Silveira e Santo Junior (2011) complementam que essas pessoas têm sua capacidade de discernimento questionada, identidade roubada e são sujeitadas ao pacto socialmente da indiferença perante o seu sofrimento. Ainda, segundo os autores, a psiquiatria abria mão de tratamentos desumanos como eletrochoques, lobotomia e torturas alegando objetivar a cura dos enfermos. Lima e Yasui (2014) complementam que os marcos sociais apontavam para a patologização e encarceramento de grupos sociais de pessoas não brancas, entre outras minorias.

Amarante (1998) ressalta que a psiquiatria tradicional, mesmo que retratada de maneira única em cada país, se aproximava dentro da fundamentação de sua prática. O autor descreve o fenômeno da marginalização da figura do louco como alicerce de seus métodos que provocava outros problemas secundários como a despersonalização daquele sujeito e perda da sua identidade, uma vez que só era no processo de saúde-doença e no isolamento social que se era possível existir.

Pode-se dizer que era como louco que aquele sujeito era reconhecido, sua subjetividade era inviabilizada e seus estigmas serviam não só a medicina, mas como ferramenta para o sistema judicial justificar o encarceramento em massa.

Ambas as instâncias passaram a trabalhar juntas a este fim. Costa-Rosa (2000) complementa que o modo asilar é centrado nas determinações orgânicas e, portanto, baseado na medicalização, ainda, ausente ou pouca integração da subjetividade do sujeito no processo de cuidado.

A relação de tutela, segundo Amarante (1998, p. 27): “Torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartógrafa territórios de segregação, morte e ausência de verdade”. Logo, compreende-se que essa dinâmica tutelar se baseia no controle e impede a autonomia do sujeito em sua própria vida. O que para Amarante (1998) implica no controle judicial dos seus bens e direito à liberdade, ainda um cerceamento social, esse sujeito agora se torna indigente e ao adentrar as grades do manicômio perde seu poder de escolha que é capturado.

Para Castel (1978) a prática tutelar surge, portanto, como fruto do modelo assistencial, e usa como pretexto as incrustações da institucionalização alegando a incapacidade do sujeito de ter autonomia em sua vida, suas escolhas pessoais e logo, sobre si mesmo e, apesar de propor e se apresentar como um modo de cuidado, considerava a assistência total como o manejo mais adequado. O autor complementa que o estatuto da tutela é contraditório, pois, ao mesmo tempo que ele propõe trazer proteção ao tutelado e assistência total ao indivíduo, esse se torna objeto monopólio observado pelo médico que tem seus desejos, sentimentos e afetos cerceados e desconsiderados. Ainda, o “louco” quando rompe com as regras de sociabilidade e contrato social é lido como desviante e punido através da tutela psiquiátrica já que perante a leitura médica isso faz parte do seu processo de adoecimento.

Amarante (1998) descreve que diante desse contexto os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Italiana são impulsionadores de mudanças na Reforma Psiquiátrica global e Brasileira. O autor cita também a Segunda Guerra Mundial como um evento que teve influência na reforma, uma vez que foi um evento deteriorante que impeliu tamanha fragilidade social e marcado pelo adoecimento psicológico, físico e violências extremas. O que levou a movimentação de discussões sociais no contexto internacional voltadas para os direitos humanos e pesquisas para a recuperação dos invalidados, que já não serviam mais como mão-de-obra para a sociedade capitalista.

No contexto brasileiro, Amarante e Oliveira (2004) descrevem as lutas contra a opressão do governo ditatorial como um movimento que contribui também para a

reforma e a criação do sistema público de saúde. Amarante (1998) acrescenta que o enfraquecimento da instituição asilar ocorre devido ela não cumprir as expectativas e necessidades ali postas, contrariamente, a institucionalização resulta em ainda mais adoecimento provocado pelo tratamento vexatório daqueles sujeitos.

Nesse cenário, Amarante (1998) narra que novas propostas são construídas e novas correntes são debatidas e experienciadas. Essas são, portanto, importantes para o movimento de reforma que repercute mundialmente, inclusive no Brasil. As correntes descritas abaixo são: psiquiatria de setor na França, fomentada nos manicômios, propunha que a psiquiatria não se restringisse às instituições e atuasse também nas comunidades de modo que o tratamento pudesse ser realizado com o paciente em seu ambiente social, também seriam adotadas medidas “pós-cura”; psiquiatria preventiva nos EUA é vendida como um modo de evitar todo e qualquer tipo de doença mental, o que significava também exterminar traços que não se adequassem a norma, pois antes mesmo que o comportamento dito desviante se manifestasse, haveria uma intervenção a fim de contê-lo; e a antipsiquiatria na Inglaterra, considerava uma perspectiva descentralizada do saber médico, desta maneira, o movimento questiona algumas condutas da psiquiatria vigente objetivando o fim do modelo assistencial de modo que se torne ultrapassado.

4.1.1 Psiquiatria de Setor Na França

De modo geral Amarante (1998) afirma que, assim como os outros movimentos, a Psiquiatria de setor na França ganhou força devido ao fato de que a psiquiatria de instituição asilar provocava muitos gastos ao Estado, fazendo com que buscassem alternativas, ainda, o período pós-guerra provocou uma crise na ideologia dominante o que colocou a psiquiatria novamente em papel de controle social e regularização da loucura.

4.1.2 Psiquiatria Preventiva nos EUA.

Para Amarante (1998) havia uma expectativa que essa corrente provocasse uma higienização daqueles que se encontravam à margem, ao mesmo tempo, a psiquiatria preventiva discorre sobre o conceito de “crise” retirado da sociologia, abrindo margens mesmo que não intencionalmente para a investigação da doença

mental para além da patologia e do biologicismo. Nesse passo, o prevencionismo auxilia na construção de modelos assistenciais e caminhos para a desospitalização. Para que isso ocorresse, o autor descreve que serviços extra-hospitalares foram ofertados — dentre eles lares abrigados — de modo a reduzir o tempo de internação do paciente na instituição. O que possibilitou também que profissionais reivindicassem a soberania médica e operassem por meio de atendimentos multidisciplinares.

Para Costa-Rosa (2000), ainda que esses movimentos considerem e construam dispositivos extra-asilares, estes incorporam as características do modo asilar e, portanto, não fogem de um funcionamento similar ao de um hospital psiquiátrico. Ainda, Amarante e Oliveira (2004) afirmam que mesmo em contato com as mudanças globais, o governo autoritário no Brasil limitava a possibilidade de exploração dessas novas correntes. Segundo Amarante e Oliveira (2004, p.8):

As propostas de reforma dos sistemas de tratamento em saúde mental, a maioria, àquela época, advinda da Europa e dos Estados Unidos, eram razoavelmente conhecidas no Brasil, mas sua aplicação restringia-se a algumas iniciativas isoladas, em serviços considerados de vanguarda, e cuidadosamente monitoradas pela ditadura militar.

Amarante (1998) descreve também, que o prevencionismo resultou no mascaramento dos processos repressivos que embasaram o tratamento. Para Amarante (1998, p.43):

Tal processo representa a existência de uma 'atualização' e de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos loucos até à moderna 'promoção da sanidade mental', como a conhecemos agora.

Por fim, Amarante (1998) conclui que o prevencionismo acabou por fortalecer o sistema asilar, pois a captação para os serviços ambulatoriais e extra-hospitalares ocorriam na mesma medida que os internos permaneciam nos hospitais psiquiátricos sem uma expectativa de transferência para os serviços intermediários.

4.1.3 Antipsiquiatria na Inglaterra

Já a antipsiquiatria é descrita por Amarante (1998) como um modelo que surge entre as décadas de 60 e 70. Para o autor, ela prevê a superação da visão

individualizada da loucura e começa a considerar os fatores coletivos de adoecimento, partindo do princípio que a crise humanitária é derivada do sistema capitalista e suas instituições, como por exemplo, o núcleo familiar como meio adoecedor do sujeito.

4.1.4 O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Amarante (1998) descreve que o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi conhecido pelas ações de movimentos sociais, reivindicações trabalhistas e luta popular. A Crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) foi, nesse primeiro momento da reforma, um marco para os profissionais que atuavam neste órgão. Já que eles lidavam com o encobrimento do poder público perante as precariedades e a degradação dos hospitais psiquiátricos que eram habituais. O autor afirma que o que começa como uma mobilização nas quatro unidades da DISAM no Rio de Janeiro se estende por todo país. A grande mobilização só foi possível através de greves e denúncias que em determinados momentos obtinha apoio da imprensa. Para Amarante (1998 p. 53):

Trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. São freqüentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas.

Segundo Amarante (1998) Com o apoio de outras instâncias como o Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a sociedade civil passou a organizar-se e discutir as políticas de saúde mental vigente e leis trabalhistas nacionais. A partir desse momento o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se forma, sendo construído com o objetivo de descentralizar o debate da reforma em um espaço institucional, logo, a classe trabalhadora ganhou frente na discussão para a regularização de salários, dentre outras reivindicações para melhores condições de trabalho.

Amarante (1998) retrata que o acirramento da discussão político-ideológica na comunidade acadêmica e movimentos populares ganhavam força em todo o país, resultando em uma flexibilização do regime militar dado a pressão popular perante

as insatisfações. Nesse sentido, o autor descreve que era de interesse de parcela da população que a saúde fosse privatizada gerando uma diferenciação do tratamento psiquiátrico entre classes. De outro modo, grande parte dos civis e comunidade acadêmica defendia o acesso à saúde para toda a população.

Amarante (1998) cita que em determinados momentos questionava-se o caráter elitista do debate sobre o acesso da saúde, já que o debate percorria majoritariamente a classe médica, comunidade acadêmica e os mais afortunados. Logo, é influenciada pelo modelo capitalista e produtivista. Caberia aos profissionais se articularem com movimentos sociais a fim de assegurar a participação dos sindicatos e outras instâncias. Compreende-se que a necessidade de retificar a legislação penal e civil referente a pessoas com transtornos mentais — ou, ditos loucos — torna-se também uma prioridade.

Amarante (1998) contextualiza que o poder popular ganha força no MTSM. Recentemente, a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial conquistou espaço através da ajuda de toda comunidade, incluindo familiares e usuários que são fundamentais para construir as políticas em saúde mental de modo plural.

Amarante (1998) descreve que a I Conferência Nacional de Saúde Mental começa a ser construída. A reivindicação dos direitos da pessoa doente mental é um ponto central do evento, dado que, essas pessoas têm sua cidadania roubada e são consideradas indigentes perante o Estado.

Segundo Amarante (1998) as temáticas discutidas na Conferência preveem: a diminuição dos leitos e queda do modelo hospitalocêntrico; a garantia da participação popular na idealização dos serviços e direcionamento dos tratamentos; a revisão de leis trabalhistas dos profissionais e internos e, por fim; a discussão sobre o conceito de saúde não somente pautado na doença, mas sim dependente de fatores múltiplos e essenciais para boas condições de vida humana, como por exemplo, acesso ao lazer, cultura, segurança alimentar, dentre outras. Esse marco na constituição foi importante para não mais enxergar a saúde e acesso a serviços com um olhar assistencialista, agora, esse se torna um direito a todos e o Estado era responsável por garantir também aqueles considerados loucos.

Para Amarante (1998) a trajetória das mudanças das políticas de saúde mental do país também foi influenciada pelo processo de redemocratização do país. Nesse sentido, após 20 anos de ditadura e a partir de mudanças ideológicas na sociedade civil foi possível uma mobilização nacional contra o autoritarismo e

privação de direitos, nas palavras de Amarante (1998, p. 77):

Uma nova concepção de saúde surgiu desta conferência – a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado – e permitiu a definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida.

Amarante (1998) explica que apesar dos avanços, o Ministério da Saúde apresentava-se como oposição e em uma postura resistente a esse processo, sendo necessário integrantes do MTSM ocupar cargos dentro do órgão. Como resultado desse cenário, novos projetos foram desenvolvidos e aprimorados direcionando a saúde mental pública a um modelo de cuidado sem manicômios, rompendo com práticas iatrogênicas e arcaicas, por fim, viabilizando um caminho para o fortalecimento da rede pública. Esse momento foi decisivo para que o MTSM retomasse os seus objetivos de origem, esses mais perto da sociedade civil e da população, levando a reflexões e questionamentos acerca da psiquiatrização e institucionalização. Conclui-se que a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) foi um marco na história da psiquiatria brasileira, as discussões acerca da loucura passam a estarem presentes nos debates com a sociedade civil e pessoas que convivem com o sofrimento mental.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (1987) a partir da Conferência: foi proibido a construção de novos hospitais psiquiátricos no modelo tradicional até então vigente; a fiscalização, transparência e qualidade passaram a ser prioridade no serviço público oferecido e; foi proposto romper com o paternalismo estatal e postura autoritária. Segundo Ministério da Saúde (1987, p. 19) é estabelecido a implementação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como: “hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalho protegido” e também de um “programa de recuperação da população internada cronicada”

O Projeto de Lei (PL) 3.657/89 do deputado Paulo Delgado ampara essas ações, levando a reflexões sobre a internação compulsória e necessidade de extinção progressiva dos manicômios. Segundo o deputado, as internações compulsórias eram caracterizadas quando não havia desejo do paciente para a realização do procedimento, ainda, quando realizadas deveriam ser informadas à

Defensoria Pública. A proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos também constava no documento, o deputado justifica essa proposta a partir dos resultados advindos da Lei Basaglia que foi elaborada na Itália. Por fim, a liberdade como tratamento é reafirmada no final do documento que propunha como tratamento recursos substitutivos e não manicomiais dado que a internação demonstrava ser mais danosa para o paciente do que trazer benefícios ao seu tratamento.

Concomitantemente a isso Amarante (1998) descreve o surgimento do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPs) e dos primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Essa mobilização incita por todo país a idealização de um novo modelo de serviço regularizado pelo Ministério da Saúde, assim como também, surgem outros serviços, como os Centros de Convivência, ampliando as possibilidades dentro do processo da reforma psiquiátrica. O plano CONASP começa a traçar caminhos que levarão futuramente ao desenvolvimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental propõe a instituição do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, evento realizado anualmente até os dias de hoje.

De acordo com Amarante (1998) esse segundo momento a reforma psiquiátrica foi marcada por mudanças no posicionamento do Estado frente a problemas sanitários da época, agora, avançando a criticidade e contestando a neutralidade ideológica das ciências. Para Costa-Rosa (2000) a reforma mobilizou novas práticas de cuidado em saúde mental, pautadas na atenção territorial, com um cuidado integral, humanizado, havendo a lógica de que o sujeito é oriundo de um contexto psicossocial objetivando a superação do modelo asilar.

Pode-se dizer que o modelo psicossocial considera agora que a doença não é individual do sujeito, mas também fruto de uma dimensão social. À vista disso, o sistema médico e hospitalocêntrico, característico do modo asilar, é substituído pela reintegração sociocultural, a produção de subjetividade, a recuperação da cidadania e o reconhecimento desse sujeito como alguém capaz de realizar mudanças e estar na vida.

4.1.5 Os Serviços Residenciais Terapêuticos

Silveira e Santos Junior (2011) descrevem que a uma vez que loucura foi submetida a um processo de higienização e houve uma tentativa de retirar das ruas

os símbolos de desordem social (pessoas em situação de rua, prostitutas, vagabundos e loucos), isso levou a longos períodos de internações manicomiais dessas pessoas.

Nóbrega e Veiga (2017) afirmam, portanto, que os SRTs surgem deste modo como uma necessidade para aquelas pessoas que permaneceram grande parte da vida institucionalizadas e que perderam seus vínculos familiares e sociais ou possuem empecilhos para acolhê-los, além de seus trabalhos e qualquer resquício de autonomia, levando a um estado isento de redes de apoio e suporte financeiro. Entende-se deste modo que a SRT tem como um dos objetivos a inserção dessas pessoas na comunidade.

A princípio Silveira e Santos Junior (2011) descrevem que as primeiras experiências de moradia ou espaços de longa permanência fora dos hospitais psiquiátricos eram denominadas de lares abrigados, pensões protegidas, moradias extra-hospitalares, núcleo de convívio e/ou vilas terapêuticas. Com a implementação do SUS esses espaços passaram a ser denominados Serviços de Residências Terapêuticas e, apesar dos questionamentos em relação aos termos adotados “serviço” e “terapêutica”. Esses justificaram a implementação das RTs nas políticas de saúde e não tão somente no âmbito da assistência social, reconhecendo assim uma a necessidade da interdisciplinaridade e intersectorialidade qual o contexto complexo que esses sujeitos se encontravam demandava.

O Serviço de Residência Terapêutica (SRT) é um dispositivo que propõe juridicamente ser aliado na diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e, como consequência desse processo, colaborar para a desinstitucionalização, cidadania e reinserção social. De acordo com a Portaria nº 106 (2000) dentre os objetivos dos SRTs está garantir a autonomia e vida em comunidade. Ainda, segundo o Ministério da Saúde (2011) a Portaria nº 3.090 garante:

[...] reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção dos mesmos na rede social existente [...]

De acordo com a Portaria Nº 3.090, de 2011 o serviço deve ser garantido a pessoas com 2 anos ou mais de institucionalização em hospital psiquiátrico ininterruptos que estejam vulneráveis de vínculos sociais e familiares. Ainda, as RTs

devem estar inseridas na comunidade e localizadas fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, além de estarem vinculadas à rede de serviços de saúde.

De acordo com a Portaria nº 3.090 (2011) as residências são dotadas com o serviço de profissionais da área da saúde, como cuidadores nas residências do tipo I e II, além de um técnico de enfermagem nas RTs tipo II dado que seus moradores são mais dependentes fisicamente, necessitando de maior atenção. Segundo a Portaria nº 3.090 (2011):

O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Silveira e Santos Junior (2011) descrevem que com o passar dos anos, houve o aprimoramento do serviço que incluiu o Projeto Terapêutico Singular (PTS), qual é construído pelo profissional e usuário em conjunto e considerada a necessidade do resgate da história daquele sujeito, além de seus interesses, desejos e atividades do seu histórico ocupacional. Para mais, o PTS poderá prever investidas na exploração da cidade e fortalecimento de vínculo com essa nova comunidade onde esse se encontra, isso será importante para o restabelecimento da identidade e ajudará na superação das resistências e hesitações que podem surgir.

Ao adentrar uma residência terapêutica, desafios originados dentro dos muros dos manicômios passam a ser notórios, dado que, com o passar do tempo a longa permanência em internação gera o que é chamado por Sommer (1959. p 586 e 587 apud Goffman 2003) como desculturação.

Para Goffman (2003, p. 23) o desculturação é um "destreino que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária.". Ou seja, a dificuldade de lidar com o mundo externo e aspectos do cotidiano, como a contratualidade entre moradores, relação e adaptação ao território, relação com equipe, dentre outros. Para além, Goffman (2003, p. 24) discorre sobre a mortificação do eu que seria o processo de apagamento do indivíduo através de ferramentas de institucionalização, como a substituição do nome por número, vestimentas uniformizadas ou até mesmo nudez, castigos, relações baseadas em hierarquias desmedidas, privação de sociabilidade, dentre outras características.

Entende-se, nesse contexto, que a criação da SRT não garante que a lógica manicomial e relação de tutela não sejam reproduzidas dentro desse espaço. Segundo Frare (2012) o Estado pode garantir uma habitação a essa pessoa, mas nem sempre uma casa para todos. A dicotomia de serviço e residência não possuem fronteiras delimitadas, o que abre margens para que o cuidado ali oferecido se torne semelhante ao assistencialista, indo contra o objetivo inicial do serviço de reapropriação do poder do sujeito sobre sua vida. Por assistencialismo entendemos a definição do dicionário Dicio (2017):

Sistema ou prática de ação social que organiza e oferece assistência às comunidades desfavorecidas e excluídas de uma sociedade, auxiliando e apoiando momentaneamente seus membros, ao invés de combater as causas que os deixaram em estado de carência ou de pobreza.

Frare (2012) complementa que, sendo o primeiro passo a saída do hospital, o SRT é uma continuidade da desinstitucionalização e não seu processo final. Pode-se dizer que a saída dos muros dos manicômios ou hospitais psiquiátricos é uma representação física do declínio da cultura de encarceramento e discriminação da loucura, porém, não basta para que as cronificações da institucionalização sejam desfeitas.

Considerando que durante o processo de adaptação e mudança para a RT os moradores expressam suas dificuldades perante esse novo cotidiano e as mudanças. Há resistências que impedem que esses se apropriem daquele ambiente com facilidade, uma vez que há uma falsa impressão de que o ambiente hospitalizado oferece uma rotina mais fácil. Segundo Nóbrega e Veiga (2017, p. 4) se traduzem em um “espaço de normatização e perda de direitos, subtrai as capacidades individuais de escolhas e oportunidades, impondo regras e obrigações”. O SRT funciona portanto de um modo singular, onde cada residência imprimirá as necessidades dos moradores e terá suas peculiaridades cotidianas. Para Frare (2012, p. 26):

Diferente de outros serviços da rede, as Residências Terapêuticas não dispõem de atividades previamente estabelecidas, onde os profissionais possuem orientações quanto às suas ações, ou seja, atendimentos individuais, em grupo, as famílias, as oficinas, as visitas domiciliares, o acompanhamento terapêutico, dentre outras. Na RT, o cotidiano determina as necessidades, e os moradores apresentam suas demandas de cuidado.

Silveira e Santos Junior (2011), afirmam que entre as maiores diferenças do ambiente hospitalar para as RTs é que há uma priorização da privacidade de cada pessoa, assim como objetiva-se exercitar a autonomia colocando o sujeito como protagonista da sua história de vida. Corroborando com este pensamento, Capucho e Constantinidis (2019, p. 109) afirmam que o hospital:

[...] traz a perda da autonomia e da individualidade do sujeito, assim como traz a experiência de abandono e isolamento, além da segregação subjetiva e social do indivíduo. Desse modo, acontece violência contra o sujeito tutelado, produzida pelo hospital, que o impossibilita de criar espaço de existência [...].

Pode-se entender que a desinstitucionalização é um longo processo que atravessa os processos da clínica uma vez que exige o abandono do paradigma saúde-doença para uma nova visão sobre a saúde focada na produção de vida e singularidade do sujeito. Ainda, a RT para Rotelli (2001, p. 95), poderia ser considerada uma “instituição para desinstitucionalizar” ao modo que se propõe ao exercício de emancipação, para Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001, p. 33), a desinstitucionalização deve:

[...] eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso de objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto da periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais.

Amarante (2003) também faz uma leitura na relação do sofrimento com o corpo social considerando que o modo qual a loucura é interpretada e rotulada reverbera na comunidade, logo, o fim dos manicômios não resulta na desinstitucionalização uma vez que a instituição simbólica ainda permanece presente na sociedade. Para ele, a reforma psiquiátrica exige uma reestruturação do imaginário social sobre o louco que é cerceado de estigmas sobre ocultismo e periculosidade.

De acordo com Amorim e Dimenstein (2009) a Residência Terapêutica deve permitir que os moradores desenvolvam hábitos e maneiras de ocupar o espaço dado que a vontade expressa e permissão do desejo faz parte do processo de

reabilitação psicossocial. Para além, a importância de questionar a lógica tutelar, medicalização exacerbada e uso de discursos e práticas violentas com os moradores. Para Tykanori (2001) a autonomia se dá a partir do poder contratual, logo, a oportunização de trocas sociais e de fortalecimento de redes de apoio são fundamentais, dado que, quando institucionalizados o cotidiano do indivíduo são marcados por ações mecanizadas e trocas zero. A autonomia nesse conceito não é o mesmo que autossuficiência ou independência, uma vez que, mesmo alguém que necessita de maiores cuidados por limitações físicas, cognitivas ou emocionais não está fadado à passividade e escolhas do outrem. A autonomia para Tykanori (2001) estaria relacionado a um paradoxo sobre a dependência, pois ao depender — realizar trocas e negociações — de pessoas e coisas isso torna o indivíduo menos vulnerável. Tikanori (2001, p. 174) afirma:

Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.

Nesse sentido, compreende-se que a possibilidade de autonomia é estabelecida a partir da capacidade de realizar trocas, ainda, a apropriação da própria vida se converte como potencializador do desejo e do sujeito. Entretanto, esse poder contratual por vezes é cessado tendo vista que o valor social do louco é questionado. Para Tikanori (2001, p. 55), “seus bens tornam-se suspeitos, suas mensagens incompreensíveis e seus afetos desnaturados”. Logo, para o autor o empréstimo desse poder entre terapeuta-sujeito ocorre a fim de progredir no processo reabilitador, esse é chamado empréstimo da contratualidade.

À vista disso, é possível constatar que a RT encontra-se em um eterno paradigma, uma vez que para além de serviço ela é primeiramente uma casa, o paciente passa então a se tornar morador, mesmo que sejam necessárias intervenções e haja cuidadores ao dispor destes. Sendo deste modo, uma casa inegavelmente fora dos padrões. De acordo com Silveira e Santos Junior (2011) a RT nasce perante as críticas à institucionalização e sob luz da reforma psiquiátrica, logo, é parte essencial construir um novo caminho de cuidado não mais repetindo a imposição da normalidade e uma abordagem assistencialista.

Ainda, segundo os autores Silveira e Santos Junior (2011), o sentimento de pertencimento vai muito além da mudança daquele ambiente físico, a construção de um lar e não tão somente uma casa, demanda o estabelecimento de um suporte para que assegure para o morador a exploração de novos arranjos subjetivos. As experiências descritas pelos autores demonstram que apesar de avanços, em determinados momentos a imposição é a postura adotada para lidar com os moradores, impossibilitando o exercício da autonomia e refazendo um laço a partir de uma dinâmica tutelar. Desta forma, quais são os elementos necessários para a construção de um lar e não apenas um novo espaço ocupado que reproduz a lógica institucional?

4.2 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: TIJOLOS QUE PODEM SER MUROS, TIJOLOS QUE PODEM SER PONTES.

Aqui será abordado sobre os caminhos para a reabilitação psicossocial que o morador percorre ao sair da institucionalização crônica. Caminhos estes que atravessam o suporte político-legislativo ao qual oferece benefícios e auxílios materiais; revinculação com a comunidade e família que garantem trocas relacionais antes negadas a essa pessoa; reinserção no mundo do trabalho e renda; suporte dos serviços da rede de saúde mental que auxiliam no processo de resgate da subjetividade e produção de vida; suporte dos serviços da rede de saúde pública e, por fim, a colaboração da comunidade e movimentos sociais que ajudam a repensar a cidadania e a loucura na cidade.

Para Amarante (2007) a proposta da reabilitação dentro da Reforma Psiquiátrica propõe reestruturar o modelo de atenção assistencial em saúde mental. As medidas desumanas antes adotadas nos manicômicos — privação do acesso ao mundo externo, privação de alimento, privação de afetos e trocas relacionais ao modo em que a 'reclusão solitária' era uma medida adotada nos espaços de institucionalização, dentre outras práticas iatrogenias — se tornam ultrapassadas e antagônicas à produção de vida e saúde.

Em vista disso, Amarante (2007) descreve que Movimento de Reforma Psiquiátrica impulsionou o retorno desse morador ao território e ambiente externo e agora o encarceramento e institucionalização — regras, horários de rotina rígidos,

comportamentos afetivos restritos, impossibilidade de expressão da subjetividade — são substituídos por serviços de saúde mental e dispositivos para atenção psicossocial.

Dessa maneira, considera-se que a partir do Movimento Social da Luta Antimanicomial e da criação da Política Nacional de Saúde Mental o serviço público de saúde passou a adotar um novo modelo de cuidado. Segundo a Portaria nº 3.088 (2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial, o tratamento para as pessoas em sofrimento mental passa a se basear na inserção territorial e no tratamento entre equipe e não mais centrado no médico. Para mais, a mobilização garantiu os direitos dessa população, ao modo que a lei 10.216/2001 afirma a proteção da pessoa em sofrimento psíquico perante o abuso e exploração, para mais, assegura o acesso aos meios de comunicação disponíveis, além do comprometimento com um tratamento que objetiva a inserção social desse sujeito. Segundo o Ministério da Saúde (2004): “O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade.”.

Ao modo que avança a construção das SRT entende-se que se torna necessário pensar o processo de reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento mental. Assim sendo, a redução de leitos e o fechamento de hospitais psiquiátricos são medidas adotadas. Isso só é possível através da substituição do modelo assistencial e da Portaria n.º 106/2000 que institui os Serviços de Residência Terapêutica no SUS. Levando em conta o que foi descrito, é constatado que o SRT surge para suprir uma necessidade de acolhimento das pessoas que saíram de internações prolongadas e resgatam seu direito de morar e circular nos ambientes de socialização.

Em vista disso, de acordo com a regulamentação da Portaria nº 106/2000, os SRT deverá contar com a divisão de moradias do tipo I e II, como explicadas no capítulo 1, ainda, com profissionais técnicos de enfermagem e/ou cuidadores, assim como se mantiver vinculadas as redes de saúde pública, a qual dará suporte no processo de reabilitação e cuidado em saúde. A Portaria nº 106/2000 ainda propõe que as residências devem manter as necessidades dos moradores como primordiais e ser um recurso que objetiva a construção de autonomia no cotidiano e nas trocas relacionais. Para mais segundo a Portaria nº 106/2000 do Ministério da saúde:

[...] ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

Ao adentrar a residência, a Portaria nº 106/2000 prevê também que o morador terá acesso a um local com funcionamento que garanta condições básicas de subsistência e já pré-mobiliado, com alguns equipamentos como cama, armário, geladeira e fogão. Além da garantia da realização de três refeições mínimas: café da manhã, almoço e jantar.

Deste modo, ao passo que aqueles que foram institucionalizados são pessoas cujo teve e tem seus eixos sociais e vínculos fragilizados, faz parte do processo de desinstitucionalização a retomada desses vínculos.

Saraceno (2001) complementa que há três características que embasam e direcionam as práticas de reabilitação psicossocial, esses são: 1) o ato de morar e habitar, esse movimento se dá não só através da mudança para o espaço físico mas, também da impressão do conteúdo interno e de uma relação íntima e acolhedora com aquele ambiente. Logo, para o autor é possível haver esse movimento, mesmo na ausência de um espaço físico; 2) a rede social, essa rede de apoio é composta da comunidade, pessoas e locais onde essa pessoa transita e são significativos para a composição de sua subjetividade e para a realização de trocas e oportuniza o poder de contratualidade do sujeito; 3) o trabalho ou geração de renda, dado que a literatura demonstra que as pessoas que se encontram nos serviços residenciais se encontram em um contexto de vulnerabilidade financeira levando a dificuldades de se inserir no mercado formal.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (2013) descreve que a rede de saúde conta agora com equipamentos substitutivos que dão suporte para essa população para além das Residências Terapêuticas, como por exemplo, os espaços de convivência, os Centros de Atenção Psicossocial, as enfermarias dentro dos hospitais gerais, equipamentos do território, equipes da Atenção Básica e outros.

Amarante (2007) complementa que os apoios dos serviços substitutivos são cruciais para a Luta Antimanicomial, assim como também para o suporte durante o processo de adaptação nas Residências Terapêuticas. Os serviços de atenção

psicossocial se tornam responsáveis por amplificar os recursos, de modo a garantir: o acesso a espaços de socialização, participação em projetos intersetoriais e vinculadas ao território, um acompanhamento profissional e medicamentoso visando um projeto terapêutico de reestruturação de vida, acesso a cooperativas de trabalho e geração de renda que colaboram. Segundo Amarante (2007, p. 92), como “estratégia de cidadania, autonomia e emancipação social”, dentre outros.

Para Amarante (2007) ao pensar em alternativas de tratamento para o sujeito em sofrimento mental, os serviços de atenção psicossocial devem ser compreendidos como espaços de acolhimento e ser flexibilizados na medida em que não se tornem burocratizados, com o intuito de que as pessoas sejam humanizadas e não mais reduzidas a um olhar biologicista. Ainda, se articulam com o campo da saúde em geral ao serem descritas por Amarante (2007, p. 86): “[...] estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatórios, hospitais gerais e especializados, etc. [...]”. Para o autor, essas redes são importantes, pois auxiliam no projeto de ‘desmedicalização’ e na promoção de saúde de modo geral. São esses serviços que ajudam a promover uma reflexão acerca dos cuidados em saúde, levando a educação em saúde para a comunidade e também oferecendo suporte para os serviços de atenção psicossocial para um tratamento em conjunto. Deste modo, se entende que ao reconhecer os direitos e deveres dos que estão em condição de sofrimento mental, deve buscar a progressiva inclusão na sociedade e sua emancipação. Ainda, segundo a Lei nº 10.216 a internação passa a se tornar o último recurso a ser adotado, sendo esse utilizado somente quando as medidas extra-hospitalares forem incapazes de dar suporte ao caso.

Dessarte, Silveira e Santos Junior (2011) discorrem que a RT para além de objetivar a habitação tem como finalidade auxiliar no restabelecimento da sua vida e reconhecimento deste como cidadão ao qual teve seus direitos minados. Logo, constata-se que as consequências da institucionalização são uma responsabilidade Estatal que deve proporcionar os recursos e ferramentas necessárias para auxiliar na reparação que a cronificação da doença trouxe na vida dessas pessoas, a qual sofre um rompimento com seus laços sociais e familiares, sobretudo um rompimento com a própria identidade.

Para Saraceno (2001) a reabilitação psicossocial se torna uma necessidade ao morador que, diante da privação de liberdade e institucionalização, desenvolve dificuldades cronificadas para estar na vida. E agora, essas pessoas que ficaram

anos em dinâmicas relacionais restritas de trocas e baseadas na hierarquização, contenção física e relações de poder, se encontram em sua maioria sem habilidades ou ferramentas necessárias para manejar os desafios da vida fora do manicômio e ocupar a cidade. Amarante e Torre (2018) complementam que a criticidade frente aos tratamentos que se baseavam na cura se desenrola em uma oportunidade para que se resgate a história dessas pessoas. Para os autores, a partir desse momento é indicado um tratamento onde seja possível a sociedade se relacionar e coexistir com a loucura através de um olhar solidário. Logo, o objetivo torna-se retomar suas redes relacionais, seus direitos cívicos e a sua autonomia.

Amarante (2007) propõe pensar a saúde mental através de uma ótica que inclui uma transformação nos seguintes âmbitos: teórico-conceitual (qual reflete-se sobre a fundamentação teórica que embasa o saber dos profissionais de saúde); técnico-assistencial (qual se refere aos profissionais que estarão de frente ao cuidado através de dispositivos substitutivos); jurídico-política (que inclui reconstituição de direitos civis, assim como auxílios e programas assistenciais a fim de fomentar a inclusão social); sociocultural (seria esse o modo que a sociedade se relaciona e lida com a loucura, agora, através de um olhar de cuidado e aceitação, também inclui os movimentos sociais e participação de toda comunidade no cuidado e defesa pela vida). Amarante (1995) conclui que a partir do movimento da reforma sanitária, a busca agora não é para um indivíduo ausente de doença, mas para a promoção de saúde e busca pela qualidade de vida.

A partir desse contexto, os autores Amarante e Torre (2018) descrevem que o movimento de retorno e apropriação da cidade, ainda que repleto de possibilidades torna-se um grande desafio para essas pessoas que têm dificuldades em se enxergarem na liberdade e lidar com as incertezas cotidianas agora presentes. Amarante (2007) acrescenta que diferente do ambiente de socialização, no manicômio seu dia-a-dia era marcado por ordens, restrições para realização de suas atividades de vida diária básica (como alimentação e higiene pessoal), além de relações marcadas pela violência física, psicológica e emocional. Nesse sentido, se concebe que há uma falta de referências pessoais e subjetivas, já que essas foram roubadas e retiradas dessas pessoas, o que leva a um processo de recuperação dessas referências e criação de novas referências, logo a construção de novos arranjos de vida. Portanto, entende-se que o processo de reabilitação psicossocial da pessoa que foi institucionalizada cronicamente é complexo e atravessa a

reconstituição da vida.

Amarante e Torre (2018) descrevem que ao retirar o louco da cidade, a loucura também é retirada, negando o direito à expressão fora da normalidade. A luta pelos Direitos Humanos é expressa segundo Amarante (2007, p. 70) como "uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece".

Para os autores Bezerra e Guimarães (1994) as diferenças sociais e econômicas não devem ser ignoradas dado que para Bezerra e Guimarães (1994, p. 187):

O verdadeiro desafio da reforma não é a ingênua (e politicamente perigosa) utopia de um mundo de homens "mentalmente saudáveis". Sempre haverá aqueles para quem a vida é mais difícil, o sofrimento mais penoso, e a necessidade de ajuda mais constante, o alvo da reforma é curar instituições, práticas e conceitos que nos permitam lidar com essas pessoas sem descrevê-las negativamente; que possibilitem o exercício da solidariedade sem o recurso da piedade.

Ainda, Saraceno (2001) complementa que a cidadania da pessoa em sofrimento mental inclui o restabelecimento dos seus direitos substanciais: "é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível". Nesse sentido compreende-se que não há no processo de reabilitação um momento definitivo onde se adquire aptidão e as habilidades necessárias para estar em sociedade, uma vez que a reabilitação é um segmento que tem como objetivo possibilitar ao sujeito poder para realizar novas ordenações para sua vida.

De acordo com Silveira e Santos Junior (2011) a cidadania e reabilitação psicossocial estão diretamente atreladas ao processo de construção de autonomia e reconhecimento de direitos. Logo, os demais serviços de saúde são recursos importantes para ajudar a mobilizar a comunidade do território a questionar os discursos estigmatizantes em cima da pessoa em sofrimento psíquico. Pois, o imaginário social quando cercado por essas concepções produz dificuldades relacionais dia-a-dia em que o sujeito é excluído e impossibilitado do vínculo com o outro. Deste modo, Amarante e Torres (2018) fortalecem o pensamento que os dispositivos de saúde são responsáveis por ajudar a construir possibilidades no território e fazer redes entre a comunidade e serviços. Conseqüentemente, segundo Barros e Passos (2001), é impraticável o exercício de uma terapêutica indiferente,

antiética e tão pouco apolítica.

Para Saraceno (2001) a complexidade do sofrimento, portanto, demanda o oferecimento de recursos e de relações afetivas que colaboram para as trocas e produção de vida. Também, o contexto qual o serviço pode se encontrar que colabora para uma dinâmica tutelar e priva o sujeito de possibilidades autonomia até mesmo dentro do próprio tratamento. Segundo Saraceno (2001, p. 97):

De fato, um serviço pode organizar os próprios recursos materiais e afetivos de maneira tal a produzir simples auto-reprodução da demanda de tratamento e das respostas a este, ou seja, adaptando continuamente a singularidade e complexidade do sofrimento e de suas demandas a uma organização (dos saberes e dos recursos) pré-formada e indiscutível; é esse o caso dos serviços que, para tutelar a identidade afetiva e intelectual própria, se organizam de maneira a consumir o mínimo de afetividade e conhecimento: cada operador desenvolve tarefas definidas uma vez, para todos e, estereotipadas, as respostas oferecidas são exatamente mínimas em termos de despesa material (se trabalha pouco), afetiva (arrisca-se pouco) e intelectual (pensa-se pouco, adotando um pensamento pré-pensado e pronto para o uso)". Nesse sentido, as relações se tornam engessadas, o cuidado mecanizado e perde-se as habilidades para realizar trocas.

Nesse sentido, se compreende que a desinstitucionalização e atenção psicossocial atravessa toda a sociedade e espaços de circulação. Logo, não seria possível enxergar como uma ação que se finaliza em si, é um processo que vai além da humanização do hospital ou liberdade da pessoa em sofrimento mental.

Desta forma, os autores Silveira e Santos Junior (2022) descrevem que ao modo que a Reforma Psiquiátrica propõe a liberdade como parte do tratamento, a comunidade também pode responder em um primeiro momento com estranhamento, pois não estão habituados com pessoas que se comportam fora da norma, tendendo a reprodução do higienismo. Isto posto, os moradores da residência também podem apresentar dúvidas e medos em relação aos moradores. A expectativa, no entanto, é que a experiência de habitar a cidade seja enriquecedora e, ainda, que as possibilidades e potências meio a esse desafio junto com o suporte dos serviços sejam suficientes para superar as adversidades. Nesse sentido Silveira e Santos Junior (2011, p.167) retratam que:

Entre encontros e desencontros, novas formas de habitar a cidade foram se construindo. Assim como os residenciais, desenhados em riscos traçados por seus moradores, seus cuidadores, verbas, tentativas de captura e, acima de tudo, suas vizinhanças. Mas, os residenciais, se possível e permitido, foram tentando deixar tais configurações de residenciais,

permanecendo apenas como um tênue desenho que vai ligando pessoas em suas casas, no meio de cidades, com seus prazeres, perigos, feiuras, belezas, belezas misturadas com feiuras, preços baratos e salgados, preços de salgadinhos, drogas, prostitutas, jogos de futebol, pedras arremessadas contra janelas, shoppings. Tudo que envolve a vida das cidades.

Além disso, Roza Junior e Loffredo (2018) observam que um movimento comum da vizinhança frente ao serviço residencial é o questionamento da capacidade dos moradores de conseguirem realizar suas tarefas cotidianas sem auxílio, o que se expressa por meio de vigilância extrema. Nessa condição, as trocas são impossibilitadas pelas barreiras culturais entre os moradores residenciais e a vizinhança e, também, pelo afastamento dos códigos sociais que a institucionalização provoca ex-internos. Segundo Roza Junior e Loffredo (2018, p. 294):

Assustam, gritam, choram sem pudor, soltam gargalhadas sentados em um banco de praça, andam pelas ruas, cumprimentam os vizinhos, falam sozinhos em voz alta, desconhecem o código de civilidade que demarca a vida urbana, do anonimato, da cordialidade discreta, dos limites relacionados ao espaço do outro. São pessoas, como todos os outros que frequentam os mesmos espaços, porém, carregam no corpo a precariedade, precariedade que o restante da população não reconhece como fundamental e que requer um esforço de negociação mínima e respeito para com sua existência singular.

Em concordância, Silveira e Santos (2022) Junior dizem que o reaprendizado de novos modos relacionais faz parte da reabilitação psicossocial, pois as redes relacionais construídas auxiliam também nas incertezas do cotidiano e na proteção diante do perigo urbano na cidade. Os autores Roza Junior e Loffredo (2018) concluem que movimento de ocupação da cidade não garante que os moradores estejam protegidos da exposição às violências sutis do cotidiano que se traduzem, por exemplo, em buzinas para os moradores quando estão distraídos e outros movimentos que expressam uma recusa perante existências não normativas.

Para Saraceno (2001) assim como a comunidade, a família é uma fonte interminável para a exploração da afetividade desses sujeitos. O autor descreve que em um primeiro momento, ao início das internações nos manicômios, a família do paciente se beneficiava e era conivente com a internação. A complexidade do adoecimento do paciente reflete então nas dificuldades da família de lidar com o problema, nessa circunstância a família entrega a instituição o dever de lidar com o

sujeito adoecido eximindo sua responsabilidade do processo de adoecimento. Para Silveira e Santos Junior (2011, p. 202):

Tal processo desperta na família os mais variados sentimentos, entre eles, o da penalização, o da insegurança, da impaciência e da necessidade de transferir para outrem – até então, o hospital psiquiátrico – a responsabilidade pelo cuidado do seu parente.

Logo, para Silveira e Santos Junior (2011), são inúmeros os desafios para iniciar um processo de desinstitucionalização, um deles é o fato de haver diversas pessoas que vivem há décadas em instituições e não mais possuem condição de retornar sem a ajuda de terceiros, muitas vezes não há mais espaço na antiga moradia e deparam-se com o abandono de seus familiares. Por outro lado, muitos internados não desejam voltar para suas casas, portanto, as políticas públicas possuem papel fundamental.

Para Saraceno (2001) a partir do momento que a psiquiatria não detém o poder absoluto sobre o paciente e não pode mais encarcerá-lo de modo compulsório, a família é culpabilizada e responsabilizada pela instituição por ter um membro que nasceu de um núcleo frágil. Já a reabilitação psicossocial vê o núcleo familiar como sujeitos que podem se tornar colaboradores nas estratégias de cuidado. Entretanto, os autores Silveira e Santos Junior (2011) indicam que dado o histórico das rupturas relacionais e o contexto confuso, quando os serviços substitutivos incluem a participação da família sanguínea no processo terapêutico, nem sempre a proposta é bem aceita. Segundo Ferreira e Ferreira (2022) o relato de profissionais de saúde que são responsáveis pelos cuidados dos moradores demonstra que as famílias de origem apresentam comportamentos evitativos e desinteressados, rejeitando o membro que passou por uma longa internação.

Nessa condição, os moradores desenvolvem estratégias para construir novos laços quando não é possível suprir as necessidades normalmente proporcionadas por sua família de origem. Silveira e Santos Junior (2011) descrevem que dentre as possibilidades, muitos deles estreitam laços entre os outros moradores, criando um senso de comunidade e colaboração entre si. Para Silveira e Santos Junior (2011, p. 215 e 216):

[...] pode-se dizer que se encontram presentes no cotidiano do relacionamento dos moradores da residência as seguintes funções familiares: geradora de afeto; proporcionadora de segurança e aceitação

pessoal, promovendo um desenvolvimento natural do sujeito; proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade, através das atividades cotidianas de manutenção da casa; asseguradora da continuidade das relações, proporcionando vínculos duradouros de amizade e confiança; proporcionadora de estabilidade e socialização, assegurando o relacionamento na comunidade; impositora da autoridade e do sentimento do que é correto, relacionado com a aprendizagem das regras e normas, direitos e obrigações características das sociedades humanas.

Costa-Rosa (2000) e Saraceno (2001) compreendem que o sofrimento psíquico não deve ser pensado como algo que habita o interior do sujeito e que tem impacto somente nele, mas como resultado de um conjunto de fatores, inclusive da interação com a comunidade. Essa concepção assemelha-se a ideia de Amarante (2007) que afirma que a comunidade perante o modelo psicossocial é também protagonista, tendo um importante papel decisório na atuação dos serviços que são autogeridos.

Para Saraceno (2001) com base na experiência institucional e na pobreza de recursos ali apresentados, considera-se a criação de recursos não institucionais, onde: as pessoas, as práticas terapêuticas, a desmedicalização, a expressão e até mesmo o conflito se tornam possíveis ferramentas para a prática de desinstitucionalização. De acordo com o autor o conflito é um dispositivo entusiasta dentro do processo de desinstitucionalização, dado que a partir da sua escuta e acolhimento e da negociação entre o paciente, família e comunidade os conflitos são mediados. Nesse sentido, o conflito não é algo a ser ignorado ou evitado. Ainda, a dinâmica de negociação mediante aos conflitos não permite uma única resposta e uma resposta final, o contexto circunstancial, os interesses envolvidos e os atores irão definir a reação dentro do processo de reabilitação.

Silveira e Santos Junior (2011) descrevem que a reinserção social dos internos é uma problemática comum presente na desinstitucionalização, como foi o caso de um hospital psiquiátrico ao passar pelo descredenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), em Campina Grande, na Paraíba. Lá foram encontradas pessoas que residiam há mais de 40 anos e que haviam perdido o vínculo familiar.

De acordo com Silveira e Santos Junior (2011) uma comissão de intervenção assumiu a direção do local, com alterações na estrutura e encaminhou internos para outros serviços de tratamento. Situação que ocasionou angústia tanto nos envolvidos como em suas famílias. A comissão abordou serviços substitutivos que serviriam como alternativa ao hospital, sendo citadas as Residências Terapêuticas,

CAPS e o Programa de Volta para Casa, em que é oferecido recurso financeiro para o acolhimento em moradia familiar. Silveira e Santos Junior (2011, p. 106-107) afirmam que:

Aqueles internos que já perderam o vínculo, assim como o espaço na família, ou não têm familiares serão encaminhados para residências terapêuticas. Inclusive já estão alugadas duas casas com este fim. Os demais internos da cidade de Campina Grande serão encaminhados para os CAPS existentes na cidade. Quanto àqueles de outras cidades, estão sendo feitas negociações com outros municípios, cogitando a implantação de serviços de assistência locais. Para os casos em que a família se dispõe a receber o paciente de volta, o governo criou o Programa de Volta para Casa - PVC, pelo qual a família recebe um auxílio de um salário mínimo para acolher o familiar de volta

Conforme Silveira e Santos Junior (2011) em vista das dificuldades de se adentrar ao mercado formal, a loucura, grande parte das vezes está relacionada à pobreza, a qual expõe o morador a um duplo estigma e afastamento da comunidade. Em vista disso, em 2003 foi criado o programa “De volta para casa” a partir da Lei nº 10.708/03 fomentado pelo Ministério da Saúde, este, era um importante passo no desenvolvimento da autonomia, ao modo que propiciava ao morador a oportunidade de comprar itens de sua escolha, além, criar uma conta bancária no seu próprio nome, logo, também do aprendizado de manejo do próprio dinheiro o qual oportuniza ao morador o exercício de sua cidadania e de seus direitos.

Compreende-se, portanto que vulnerabilidade financeira está atrelada à fragilização com vínculos comunitários e familiares, pois priva a pessoa de liberdade e possibilidade de viver e acima de tudo causa marcas emocionais que dificultam o retorno à vida social. Segundo Silveira e Santos Junior (2011) muitos familiares não possuem condições de cuidado ou vontade para que retornem, desejos estes movidos por angústia, medo, ou readaptação no cotidiano sem incluí-los. Contudo, para os autores, os que desejam o retorno do interno para o ambiente familiar possuem alternativas, como o Programa de Volta para Casa (PVC) fomentado pelo Ministério da Saúde, que é uma das propostas de desinstitucionalização que busca superar o isolamento do internado, sendo substitutiva ao modo hegemônico de tratamento da saúde mental. Segundo Silveira e Santos Junior (2011, p. 136):

Objetiva estimular o retorno dos egressos de longas internações psiquiátricas para sua família, bem como serve de apoio social, pois sabe-se das dificuldades de uma pessoa com sofrimento psíquico entrar para o mercado de trabalho e se tornar financeiramente ativa.

Silveira e Santos Junior (2011) cita que esse auxílio é, portanto, meio de convivência nos espaços sociais, tem como função pagar aluguel, fazer compras no supermercado, acessar o transporte coletivo, visitar amigos, participar da vida econômica, administrar o próprio dinheiro etc., ou seja, estimulando o aprendizado de atividades cotidianas primordiais para a vida coletiva. Nesse sentido, percebe-se que a necessidade de ganho financeiro é inerente ao processo de reabilitação psicossocial ao passo que é essencial para o sustento das necessidades básicas como compras de cunho pessoal (alimentação, higiene, roupas), atividades de lazer e cultura (viagens, passeios na cidade).

Segundo a Lei nº 10.708 (2003) que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com sofrimento mental, o benefício só é fornecido para pessoas que ficaram institucionalizadas ininterruptamente por dois anos ou mais. A Lei ressalta que é uma verba fornecida mensalmente, pago diretamente aos moradores que devem necessariamente ter passado por internações para ter direito ao seu recebimento. Ainda, o auxílio tem duração de um ano e deve ser renovado, deste modo, o auxílio é suspenso em casos de óbito ou quando o paciente atingir o objetivo da ressocialização ou se internado novamente. Após o reajuste da bolsa pela Portaria nº 1.108 em 31 de maio de 2021 o PVC passou a oferecer um valor de R\$500,00 como auxílio.

Já a Bolsa-Incentivo, ou Bolsa Rio descrita pela Lei nº 3.400 no dia 17 de maio de 2002 institui que o para a concessão da bolsa a pessoa deve:

I - que o paciente esteja de acordo com a alta; II - que haja condições clínicas e de autonomia relativa para tal; III - que a família ou responsável se incorpore ao Programa de assistência extra-hospitalar ou que o paciente esteja integrado a um Serviço Residencial Terapêutico habilitado para este fim.

Deste modo, segundo a Lei nº 3.400 (2002), ao se encontrar dentro dos critérios estabelecidos é fornecido para a pessoa em sofrimento mental um salário mínimo, caso ela se encontre dentro do SRT ou dois salários mínimos, caso a pessoa retorne a moradia dos familiares. A bolsa poderá ser suspensa em caso de internação igual ou superior a 30 dias. O auxílio é válido somente para o município do Rio de Janeiro.

Porém, para além de condições materiais e financeiras, Amarante e Torres

(2018) reconhecem como essencial no processo de reconstituição da cidadania o acesso a movimentos sociais e participação de espaços que defendam a expressão de formas não hegemônicas de se pensar e a diversidade cultural. Pois, a presença nas ações sociais desses grupos minoritários que são ativos no exercício da sua cidadania colabora para que a pessoa em sofrimento mental reconheça-se e se sinta pertencente a uma sociedade que tende a vê-la com olhar de estranheza. Logo, para os autores a luta antimanicomial em meio a produção de eventos e expressões artístico-culturais oferece um espaço de protagonismo a essa pessoa.

De acordo com Amarante (2007), o modelo psiquiátrico teve como um de seus atributos um sistema baseado em hospitalização. Segundo Amarante (2007, p.61):

Como este modelo pressupõe um paciente [...] insano, insensato, incapaz, irresponsável [...], o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muito das instituições carcerárias, correcionais, penitenciárias. Portanto, um sistema fundado na vigilância, no controle, na disciplina. E como não poderia deixar de ser, um sistema com dispositivos de punição e repressão.

O autor nos apresenta que um ponto de partida seria a reflexão acerca do campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um sistema fechado, mas um processo social. Podemos pensar também como um elemento que se expressa através da coletividade, formada por diversos atores sociais, com ideologias, novas situações etc. que se entrelaçam em uma cadeia de novas dimensões, produzindo contradições.

Nesse sentido, os autores Amarante e Torres (2018) afirmam que o movimento da Luta Antimanicomial faz com o que a figura do louco seja revista, essa pessoa considerada como inválida demonstra ser capaz de ocupar a cidade, estar na vida e participar de mobilizações políticas. Segundo Amarante e Torres (2018, p. 1102) “[...] a loucura ocupa a cidade e rompe com a hegemonia do padrão de normalidade compulsória [...] recuperando o sentido fundamental do que significa a cidade como espaço democrático.” Silveira e Santos Junior (2011, p. 277) reiteram essa ideia, uma vez que para eles:

[...] o conceito de saúde não está apenas restrito aos aspectos biológicos, mas às condições culturais, individuais, políticas, sociais, econômicas, históricas, tornando-se um conceito muito amplo e complexo. Assim, torna-se necessário ressignificar e reconceituar o que seja saúde, vê-la não apenas no campo científico, mas também como um movimento ideológico em aberto.

Roza Junior e Loffredo (2018) apontam que violência não integra somente os maus tratos advindos dos manicômios, mas também da restrição de liberdade. Logo, para os autores, mesmo que os hospitais psiquiátricos contassem com tratamentos humanizados, ambientes limpos e profissionais focados no cuidado, o isolamento social ainda é adoecedor e não deve ser ignorado. A liberdade é o único modo de pensar um tratamento possível. Ainda, conclui-se que para além do SRT, os outros serviços substitutivos têm um trabalho de construir em conjunto um espaço possível de existência no território, ou seja, a possibilidade de existências plurais em uma sociedade que nega o diferente.

4.3 DESAFIOS DE UMA NOVA VIDA, UMA NOVA CASA E, POR VEZES, UM NOVO LAR.

Aqui será abordado o conceito de casa e território, a diferenciação entre estar e habitar e as dificuldades encontradas durante o processo de autonomia dos moradores, visto que a residência pode se tornar um local de abrigo e não um lar, já que para que o segundo ocorra é necessário a apropriação simbólica e substancial da residência.

Segundo os autores Silveira e Santos Junior (2011) o cuidado dentro do SRT deve ser feito de modo único, pois o acompanhamento intensivo nem sempre é necessário e que os desafios na vida comunitária são diferentes para cada sujeito, logo, alguns possuem maiores habilidades para a vida diária e para realização de atividades como higiene, cuidados pessoais e alimentação, sendo esses realizados sem assistência ou com assistência parcial. Além disso, os autores descrevem que os moradores lidam com a mudança para a RT de forma particular, alguns mais contidos e embotados gerando dificuldades relacionais e uma apatia perante a vida, já outros mais expansivos e exploradores quanto às novas possibilidades que lhes são apresentadas. De acordo com a cartilha desenvolvida pelo Ministério da Saúde (2004, p. 11):

Os profissionais devem evitar imprimir expectativas e anseios próprios do que deveria ser uma casa ideal para eles. Mas, ao contrário, devem permitir que afluam hábitos e formas de ocupar o espaço próprios dos habitantes de um dado SRT.

4.3.1 A Casa e o Território.

Silveira e Santos Junior (2011), afirmam que a casa possui diferentes significados ao depender da perspectiva de sua fundamentação teórica. Segundo o dicionário Dicio (2023), casa pode significar:

Construção em pedras, tijolos ou feita com outros materiais, usada para morar, com distintos formatos ou tamanhos, normalmente térrea ou com dois andares [...] Pessoas que habitam o mesmo lugar; reunião dos indivíduos que compõem uma família; lar: a casa dos brasileiros [...].

Rykwert (2003), por exemplo, irá elaborar sobre sua estrutura e influências culturais na estética e construção da casa, enquanto para o autor Bachelard (2008) há uma relação da casa com o mundo externo, de acordo com Bachelard (2008) o homem se abriga a fim de buscar proteção das hostilidades e incertezas que o afetam, logo, a habitação tem função de proporcionar proteção, paz, afeto, descanso entre outras propriedades. Na Emenda Constitucional 26/2000, o direito à moradia é fundamental para garantir a dignidade humana e suprir necessidades básicas.

Segundo Amarante (2007, p. 89), os serviços de residencialidade são necessários para “superação do modelo psiquiátrico predominantemente asilar ainda hegemônico”. Deste modo, compreende-se que eles contribuem para o processo de desinstitucionalização e viabilizam novos cenários de vida para os moradores dentro do cotidiano. Já para Guattari e Rolnik (1996, p. 323) se “sentir em casa” é um processo subjetivo que acontece também dentro do território, segundo os autores, as pessoas ali presentes irão se organizar de modo único, ainda, o território é inerente com a apropriação, logo, vai além do espaço geográfico, estende-se pela forma que o sujeito relaciona-se com os elementos ali postos. O território é também um local cercado por resistências e maneiras não hegemônicas de expressão da vida.

De modo geral, os autores Silveira e Santos Junior (2011) descrevem que a casa possui um papel de abrigo ao modo que garante uma segurança e estabilidade, além de conferir um valor simbólico. Enquanto para Saraceno (2001) o ato de habitação, refere-se ao ato de se apropriar da casa e imprimir suas

singularidades naquele espaço. O dicionário Dicio (2023) irá definir a habitação como: “lugar em que se habita; casa, lugar de morada; residência, vivenda; domicílio: habitação ampla e confortável.” ainda “habitação coletiva, casa de cômodos.”.

Essa definição repercute-se também entre os moradores que, segundo Capucho e Constantinidis (2019, p. 112 e 113) atribuem o sentido de habitação a “o poder de proteger, oferecer calor e repouso”. A partir de contexto, os autores Capucho e Constantinidis (2019) e Saraceno (2021) entendem que o hospital psiquiátrico não tem capacidade de ser um lar para aqueles lá internados, uma vez que a moradia predispõe a autonomia e apropriação do espaço, diferente da experiência institucional. Para Amarante (2007, p. 87), o hospital: “reduziu-lhe as expectativas, obstruiu-lhe os projetos de vida, achatou-lhes as expressões e sentimentos”.

Já o conceito de território, segundo os autores Lima e Yasui (2014), foi adotado dentro das políticas públicas de saúde e percorre principalmente a Atenção Básica, que foi inserido oficialmente em 2002 no campo da saúde mental. Segundo o dicionário Dicio (2020) o território é uma: “Grande extensão de terra; área extensa de terra; torrão; Área de um país, de um Estado, de uma cidade, município etc.”. Essa definição se conecta com um dos conceitos de território descritos pelos autores Gondim e Monken (2017) e utilizado pela rede de saúde do SUS, o conceito jurídico-político. Entretanto, sua classificação pode ser feita em cinco dimensões, sendo para Gondim e Monken (2017, p. 33): “ambiental, política, econômica, cultural e sanitária”. Assim sendo, a dimensão econômica de acordo com os autores Gondim e Monken (2017, p. 34) se relacionaria ao “embate entre classes sociais e da relação capital-trabalho”, já a dimensão ambiental associa-se ao ecossistema e recursos da natureza ali presentes, a dimensão sanitária aos processos de saúde e doença resultantes da interação da população com o meio e, por fim, a dimensão cultural estaria ligada conforme Gondim e Monken (2017, p. 34) ao “processo de apropriação do espaço por pessoas e grupos, por meio da subjetividade ou da identidade social.” Segundo a Portaria nº 2.840 (2014) a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece sete componentes, qual um deles é a “Estratégia de desinstitucionalização” e se refere às alternativas de residencialidade, ou seja, os Serviços de Residência Terapêutica que devem se encontrar dentro da comunidade sem exceção. Logo, de

acordo com os autores Amarante e Torres (2018) o conceito de território está diretamente ligado com o processo de desinstitucionalização, uma vez que a liberdade e o acesso à cidade são pilares do tratamento.

Ainda, visto que segundo Amarante (2007) os serviços de atenção psicossocial devem acompanhar as RTs por meio do processo de matriciamento, ressalta-se que a Portaria nº 336/2002 institui que “CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. Lima e Yasui (2014) acrescentam que existem características únicas de cada território que poderão ser facilitadores ou barreiras para os moradores e que essas devem ser consideradas.

O conceito de território para Santos (2004) é dinâmico e conceitua o território como uma oportunidade de troca constante entre a sociedade e sujeito, logo, influencia o indivíduo. Segundo o autor, o espaço é produto das relações, para Santos (2004, p. 63) o território é: “[...] um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá”. Lima e Yasui (2014, p. 597) complementam ao dizer que o território irá imprimir-se nas percepções do sujeito de maneira que se expressam em seus valores “sociais, econômicos, políticos e culturais ali produzidos”. Para os autores, o território tem um importante papel na produção de cuidado, ele atravessará a população que ali vive, o modo de vida que ali se produz, as possibilidades e limitações do espaço físico e subjetivo, ou seja, atravessa também o território existencial. De acordo com Lima e Yasui (2014, p. 599), pensar o território é considerar os processos entre “interstício dos encontros”.

4.3.2 Diferença de Estar e Habitar: Desafios Encontrados na Rotina da Casa.

Segundo Capucho e Constantinidis (2019) para moradores da RT sua referência de lar está relacionada à institucionalização, o hospital acaba conferindo o papel de abrigo, ainda que por meio do aprisionamento. Capucho e Constantinidis (2019) reiteram que os marcos resultantes das rupturas da vida e exclusão social levam o sujeito a uma busca de uma proteção das mazelas causadas pelo sofrimento psíquico e pela hostilidade da sociedade, entretanto essa “proteção” tem um custo: sua autonomia. Os autores Capucho e Constantinidis

(2019, p. 113) complementam: “O hospital psiquiátrico, cercado por grades e muros, com funcionamento por meio da tutela aos internos, garantiria o sentimento de proteção a essas pessoas?”. Logo, entende-se que é importante que a RT seja para além de um serviço, mas uma possibilidade de ressignificação da definição de lar e casa para essas pessoas.

Segundo Silveira e Santos Junior (2011), a RT também terá suas limitações, dado que é um espaço institucional regido pelo poder público marcado por uma característica grupal. De acordo com os autores, torna-se necessário uma negociação constante entre os moradores em relação a rotina e decisões sobre a casa, deste modo, ao mesmo tempo que a individualidade e singularidade de cada um é valorizada, a coletividade também estará presente e imprimirá suas características na convivência. Nesse sentido, a cartilha construída pelo Ministério da Saúde (2004) cita exemplos cotidianos, como quando algum morador têm um parceiro amoroso e possíveis visitas levando a uma discussão coletiva daqueles que dividem o espaço. Nesse sentido o objetivo torna-se encontrar em conjunto resolutivas para impasses naturais e cotidianos da coabitação.

Para Cunha et. al (2019) esses acordos desenrolam-se também sobre a logística da rotina de limpeza doméstica e divisão das atividades. O autor descreve que as experiências sobre a vivência na RT são múltiplas, deste modo, algumas moradias se organizam entre os moradores para realização dos cuidados da casa.

Entretanto, Vieira e Lussi (2022) demonstram que esta não é a realidade de todas as residências, na experiência desse estudo alguns cuidadores adentram a casa com experiências em hospitais psiquiátricos e acabam reproduzindo uma lógica manicomial transformando essa atividade cotidiana em um serviço prestado.

Isso leva a pensar que em alguns serviços algumas possibilidades são restringidas pela própria organização da RT em prol de uma rotina produtiva. Os autores relatam, ainda, que o desempenho dos moradores acaba determinando a atividade que cada um irá fazer e até mesmo atribuindo funções e papéis específicos a cada morador.

Entretanto, esse modo de trabalho vai contra a proposta da SRT determinada pelo Ministério da Saúde (2004, p. 6) que: “deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores”. Amarante (2007) complementa que as atividades não devem ser realizadas de modo mecânico ou sistemático, acima de tudo o cotidiano deve ser

igual de uma casa, caso contrário, há um risco de institucionalização dentro do serviço. Para Saraceno (2001) o modelo de reabilitação não pode ter um aspecto excludente, já que a autonomia deve ser buscada mesmo nos casos mais graves, pois são principalmente nesses casos que há necessidade de maior intervenção para que o sujeito entenda e retome as regras sociais, o que não pode ser confundido com a submissão.

Todavia, a pesquisa realizada por Vieira e Lussi (2022) demonstra que os serviços não oportunizam aos moradores o aprendizado nas atividades mesmo quando há interesse dos moradores. Nesse sentido, entende-se que ao adentrar a RT o morador passa por um processo de adaptação que necessita do olhar cuidadoso daqueles profissionais que estão próximos a estes. Amarante (2007) descreve que seu cotidiano dá adeus para a rotina marcada pela padronização de comportamentos que asfixiava a produção de vida e abre-se para atividades esquecidas ou talvez nunca experienciadas. Para Amarante (2007, p. 88) são essas “arrumar-se, preparar os alimentos, ler jornais, ouvir rádio e ver televisão, cantar, dançar, passear pela cidade, falar com as pessoas da rua, ir à igreja, jogar bola”. O que é ressaltado pelo autor é que mesmo aquelas pessoas que não conseguem realizar as atividades cotidianas sem auxílio de terceiros não devem ser institucionalizadas, dado que, para além do processo ser adoecedor, esses sujeitos também possuem desejos, afetos e expressões e ao desconsiderar suas subjetividades equipara-se a submetê-las a um olhar reducionista. Frare (2012) complementa que cuidado ali posto deve caminhar entre o limiar de serviço-casa, objetivando tornar-se um dia somente casa e não mais serviço.

O estudo de Ferreira e Ferreira (2022) demonstra que os cuidadores possuem uma capacitação insuficiente o que gera a reprodução da lógica institucional. Os autores Silva, Ribeiro, Santos e Buriola (2019) reiteram com essa ideia, já que em alguns momentos os cuidadores reproduzem um discurso contra reforma e o desejo por uma estrutura similar a um hospital psiquiátrico.

Nesse contexto, Cunha (2019) descreve que na experiência do município de Teresina, por exemplo, a residência é coordenada com horários para comer, dormir e até há uma restrição de acesso aos alimentos, dado que os portões dos armários são trancados com chaves. O autor explica que momentos essa dinâmica relacional se justifica na fala dos cuidadores pela periculosidade da cidade que facilita o acesso a drogas ilícitas e objetos inflamáveis e perfurantes nas atividades

cotidianas, logo, no intuito de protegê-los os cuidadores acabam delimitando o que podem ou não realizar sozinhos.

Esse cenário se assemelha com a pesquisa realizada por Massa e Moreira (2021), que demonstra que quando os moradores não obedecem aquilo que é incumbido são vistos como rebeldes. Para os autores, essa objeção significa também que o morador está no processo de desenvolvimento e de exploração da sua autonomia, não limitando-se àquilo que lhe é oferecido. Para os autores Vieira e Lussi (2022) a dinâmica hierarquizada reflete também no gerenciamento e uso do dinheiro, onde, o manejo do dinheiro em algumas experiências de SRT é realizado totalmente pelos cuidadores sem auxílio ou consulta dos moradores. Na experiência retratada pelo estudo de Silva (2022) de uma RT do município da Bahia, inicialmente os cuidadores guardavam e administram a quantidade oferecida dado que os moradores não estavam acostumados a fazê-lo.

Silveira e Santos Junior (2011) descrevem que os percalços relacionais não impedem que eles criem um laço entre si e formem uma estrutura semelhante a familiar, pois apesar das fragilidades no serviço essas devem ser consideradas e superadas e não ignoradas. Sob essa ótica, o autor Cunha et. al (2019) retrata que alguns moradores têm uma relação de carinho e amizade muito próxima com os cuidadores e com os outros moradores da casa.

Logo, como descrito por Massa e Moreira (2021) a partir do poder contratual com a comunidade, equipes dos serviços, cuidadores e outros se abrem novas perspectivas que viabilizam a independência e cidadania. As ordenações estabelecidas pela casa são, portanto determinadas pelos próprios moradores, para Fraire (2012, p. 73):

Morar, habitar, viver em uma RT passa a ser um ponto de partida para que cada sujeito possa encontrar um novo modo de arranjo. Não há como determinar a priori o que dali vai decantar. Pode ser uma organização ao modo de uma família, pode ser uma república, ou uma casa de senhoras que acreditam que os cuidadores são seus empregados.

A autora ressalta que a residência terapêutica deve proporcionar aos moradores um espaço para o desenvolvimento de um novo projeto de vida levando em consideração as marcas da institucionalização naquele sujeito. Ou seja, assim como descrito por Massa e Moreira (2021), o SRT deve-se corporificar o

protagonismo e não somente a adequação ao que é socialmente imposto, de acordo com Massa e Moreira (2021, p. 8) “Mais do que desempenhar papéis, o objetivo é trazer sua própria voz para a cena da vida, uma via para a reformulação das representações sociais da loucura e o avanço na garantia da cidadania.”.

Para Capucho e Constantinidis (2019) alguns moradores consideram a residência terapêutica um ambiente de passagem e de aprendizagem para a busca da autonomia total, inclusive financeira, já para outros que não encontram viabilidades materiais e emocionais para sustentar esse cenário, aquele serviço é tido um ambiente de proteção e acolhimento.

Nesse sentido, Saraceno (2001) afirma que a apropriação do espaço de modo material, simbólico e emocional é necessária para que o morador transite do estar para finalmente habitar aquele espaço. Diante disso, Silveira e Santos Junior (2011) reiteram que caso a residência terapêutica preconize os contratos sociais isso pode resultar em um apagamento da singularidade de cada um. Para que isso não ocorra pensa-se que é necessário lhe oferecer e estimular o poder de escolha. Segundo Passos e Benevides (2001, p. 98) a partir do princípio de uma atitude clínico-crítica que questiona a tendência por uma prática que “mimetiza a vida” e adotar uma postura que caminhe em direção a produção de subjetividade. Dentre os artigos encontrados somente Silva, et. al (2022) relatou sobre o processo de personificação dos objetos da casa, onde:

Os moradores, em geral, tinham prazer de nos mostrar os objetos pessoais com os quais decoravam seus quartos: bonecas, fotografias, lençóis com desenhos de princesa ou brasões de times de futebol. Algumas paredes continham escritas ou desenhos.

Já os estudos de Cunha et. al (2019) e Massa e Moreira (2019), apesar de não descreverem primordialmente a apropriação do espaço físico, demonstram que alguns moradores têm autonomia para tomar decisões diante da sua rotina dentro da RT e tem poder de autogoverno sobre sua vida.

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde (2004) a construção de autonomia na rotina, é realizada através de pequenas escolhas e expressão de seus desejos mesmo que pormenores, como por exemplo quando escolhem o horário que querem comer e o que irão realizar no dia. Segundo o Ministério da Saúde (2004, p. 13):

[...] a alegria de, enfim, ter um quarto privativo, os pertences à mão, uma cozinha para o ansiado café preto, a possibilidade de escolher com quem dividir o espaço, escolher a hora do banho e de levantar da cama, entre outras coisas.

O que Silveira e Santos Junior (2011) apontam é que esse sentimento aparece, também, por que os moradores não são de fato donos daquela casa, já que é um espaço cedido pelo Estado. Isso leva a um sentimento de insegurança e medo ao modo que acreditam que a qualquer momento podem perder o acesso a essa política pública.

Os moradores relatam que permanecem na RT mesmo em meio às incertezas. “Porque eu não tenho casa, né? Não tenho casa. Mas quando eu deito assim... eu fico pensando assim: ó, meu Deus... se eu perder esse lugar aqui, pra onde é que eu vou?” (CAPUCHO e CONSTANTINIDIS, 2019, p. 115). Assim sendo, pensa-se que cabe questionar qual o direcionamento do cuidado deve se assumir frente a esse sentimento.

Capucho e Constantinidis (2019) apontam que esse aspecto demonstra que a RT se apresenta como um espaço de abrigo e possibilidade frente ao desamparo, porém nem sempre é identificada pelos moradores como um lar. Isso ocorre ainda pois a casa para alguns moradores é associada por vezes à propriedade privada e ao desejo de uma segurança financeira.

Amarante (2007) descreve que cabe aos serviços de atenção psicossocial supervisionar e entender as dimensões da situação de cada história, entendendo as possibilidades e limitações de vida de cada morador. Em vista disso, Tykanori (2001) afirma que mesmo que alguns moradores não consigam desenvolver independência total, eles são capazes de realizar ordenamentos para sua vida.

4.3.3 Os Muros que Protegem da Liberdade: Desafios na, Construção de Autonomia.

Nessa perspectiva, Abelha et. al (2018) descreve que as dificuldades e limitações relacionais dos moradores impactam na qualidade dessas relações e na autonomia para transitar no território, uma vez que o vínculo e as trocas são inviabilizadas. O estudo realizado no Rio de Janeiro pela autora demonstra que 96% dos moradores irão apresentar ao menos um comportamento que é muitas vezes

lido como “inadequado” pela comunidade que acaba resultando em um afastamento social e exclusão. Segundo Abelha et. al (2018, p. 281 e 282) os aspectos considerados foram:

Aparência pessoal e higiene (considera o asseio, cabelos, se troca as roupas de baixo), comunicação: tomando a iniciativa (se a pessoa inicia as conversações), lentidão (considera a lentidão anormal, como se a pessoa anda anormalmente devagar), rir e falar sozinho (evidencia de que a pessoa não está rindo socialmente), inquietação e hiperatividade (como movimentos desnecessários e frequentes, inquietação geral, excitação), conversação: incoerência (dificuldade em manter o dialogo com outras pessoas devido a incoerência do discurso), inatividade (falta de atividade espontânea), conversação: excentricidade (o quanto a conversação da pessoa mostra uma preocupação com tópicos bizarros ou excêntricos) e comportamento não especificado (qualquer outro comportamento ou atitude como fumar e comer em excesso, anorexia, roubo, obsessões, distúrbio de sono).

Analisa-se que o impasse retorna ao mesmo local que pode amparar o sujeito e impulsioná-lo apropriar-se da sua vida, é também um espaço de adoecimento. Nesse sentido, os autores Gondim e Monken (2017) descrevem que só é possível produzir contorno na clínica a partir do ato de territorialização, ou seja, por meio do que Gondim e Monken (2017, p. 36) chamam de “estar-fazer-fixar no território”, é a partir dessa postura que será possível refletir sobre a identidade do sujeito, sobre sua história e desejos. Para Gondim e Monken (2017, p. 36) esses são “elementos semelhantes e diversos que, em interação, vão contribuir (positivamente ou negativamente) para a territorialização”.

Lima e Yasui (2014) reiteram que quando se habita ou transita entre um território que permite a expressividade que foge à norma, novas formas de viver são construídas. Relatos apresentados no estudo de Cunha et. al (2018) que existem dificuldades para criação de novas redes e reinvenção dentro desse novo território. “Não saio para passear, vou só ao supermercado fazer as compras toda sexta-feira [...] Eu não conheço ninguém, não saio, só quando vou comprar cigarro, aí falo com o homem do comércio”. (Cunha et. al., 2018, p. 66).

À vista disso, Lima e Yasui (2014) retratam que a existência das pessoas em sofrimento psíquico só se sustenta no território quando é possível romper o regulamento social, ou seja, quando é construído um espaço que acolha essas pessoas. De outro modo, a experiência para o morador pode ser de isolamento dentro do serviço, sendo necessário um trabalho de acompanhamento terapêutico objetivando o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento.

Amarante (2007, p. 89) complementa que experiências demonstram que os sinais de “alheamento, desinteresse social, estereótipias e ausência de iniciativa”. Relatados pelos hospitais eram causados pelo aprisionamento e institucionalização, uma vez que frente às eventualidades cotidianas e das possibilidades de vida há uma transformação benéfica no comportamento dessas pessoas.

Observa-se a partir dos materiais coletados que os desafios ainda estendem para o convívio com a comunidade e regras do território. As regras, portanto, são definidas pelas pessoas que compõem o próprio território e também por instâncias maiores que regem a sociedade como um todo, deste modo para Gondim e Monken (2017, p. 28):

Ao produzir e apropriar-se do território, a sociedade cria regras – formais e informais – de uso e de poder para o controle e a convivência social. As regras sociais formais (leis) são definidas pelo Estado, estão escritas e, mesmo que todos não as conheçam, estão sujeitos a elas. As informais não estão escritas, em geral são reconhecidas e, quando aceitas, são seguidas pelo coletivo, como modos de viver. As regras (leis e modos de viver) são códigos, valores que têm significados, permeiam o cotidiano, afetam condutas criando, inclusive, culturas e comportamentos sociais. O reconhecimento de regras e de códigos é fundamental para a vida em sociedade, inclusive para os serviços de saúde quando intervêm em problemas identificados no território.

Wachs et. al (2021) afirma que o desejo de mudança de vida e de morar é também essencial para a construção da autonomia e apropriação da própria vida. Dado que a independência na realização das atividades cotidianas e treino de habilidades é somente um aspecto desse processo. É a partir da nova rotina constituída por atividades domésticas, culturais, atividades de lazer, convivência urbana e outros, que o processo de desinstitucionalização e reversão da cronificação acontece.

Nesse sentido, Saraceno (2001) afirma que a reconstituição da vida e revisão de projetos futuros faz parte do processo de desinstitucionalização. Através da leitura dos materiais coletados observam-se essas aspirações singulares, como: o desejo de reatar os laços familiares, comprar uma casa, aprender uma receita nova, entender como se utiliza a televisão, conseguir transitar no território, dentre outros. Segundo Amorim, Candido e Lavrador (2019) é através da ampliação de seus desejos mais minuciosos que os moradores desenvolvem sua autonomia e se tornam preparados para ampliar as perspectivas. De acordo com Amorim, Candido e Lavrador (2019, p. 331):

Se cremos ser importante trazer luz às pequenas histórias do cotidiano, não estaríamos provendo-as de uma necessária utilidade? Nossa resposta é afirmativa: o “inútil” é de fato bastante útil. Contudo, reforçamos a aposta ética de que o paradoxo acima é a maior expressão: em um mundo povoado por finalidades pré-concebidas, utilitarismos ordinários, tecnicismos sufocantes, especialismos fragmentados e “fins” de todo tipo, não seria importante reabilitar a experiência singular de encontros anônimos, pequenos, menores, “inúteis”? E talvez assim escapar, mesmo que parcialmente, às armadilhas de controle e normalização que sagram estes tempos?

Saraceno (2001) afirma que o processo de transição já existe uma finalidade em si, a transição conota a busca pelas descobertas, reapropriação de desejos, resgate de conteúdos internos esquecidos e principalmente, a busca pelo protagonismo na própria vida. À vista disso, Wachs et. al (2021, p. 909) reitera que “No contraponto do cuidado que imobiliza, ‘faz-morrer’, temos o cuidado que potencializa o movimento ‘faz-viver’. E a vida, vale lembrar, não é estagnação, senão produção do novo.”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao ponto que as experiências dentro das residências são múltiplas e se diferem umas das outras, é necessário maior registro e investigação. Deste modo será possível ampliar os modos de enfrentamento aos desafios encontrados na construção e retomada da autonomia dos moradores. A quantidade de materiais desenvolvidos sob o ponto de vista dos moradores é escassa, indicando que é uma temática pouco explorada a partir de quem vive e experiencia o serviço. De modo geral, a reabilitação psicossocial é complexa e desafiadora para quem retoma a vida após longos anos de internação, sendo alguns ex-internos dependentes do serviço por tempo indeterminado.

As rupturas relacionais e de trabalho são fatores geradores de dificuldades nesse processo. E a inserção no mercado formal se torna inviável em alguns contextos, nesse sentido, é comum que os moradores recorram aos meios de captação de renda alternativos, como o trabalho informal e a economia solidária. A renda fornecida pelo Estado, ainda, mostra-se insuficiente para aqueles que sonham em alugar uma casa ou ter a casa própria e não depender mais do serviço. Alguns materiais revelam que as condições acerca dos benefícios são injustas e contraditórias, dado que as dificuldades burocráticas fazem com que nem todos que têm direito ao benefício o recebam.

A importância do trabalho para essas pessoas ainda é uma temática pouco explorada nos materiais. E, na visão de alguns profissionais, o trabalho é somente meio de renda para os moradores, alguns cuidadores relacionam o trabalho à laborterapia. Apontando a necessidade de uma reflexão crítica acerca da importância dessa atividade para reconstituição da identidade e de vida. Evitando assim a reprodução do trabalho como um tratamento para ordenação e sistematização do sujeito em sofrimento mental. Ainda, ao ponto que os papéis de gênero, raça e fatores sociais interferem na divisão de tarefas e dinâmica das relações dentro e fora da casa. Indica-se a importância de um olhar interseccional nos estudos. Por fim, ressalta-se a necessidade de ofertar uma capacitação aos cuidadores e profissionais que trabalham na RT baseada na reabilitação psicossocial e o fortalecimento do suporte dos serviços matriciais, só assim será possível promover novas formas de cuidado baseadas em um olhar desinstitucionalizador.

REFERÊNCIAS

- ABELHA, Lúcia *et. al.* Avaliação das limitações do comportamento social dos moradores dos serviços residências terapêuticas de um pequeno município do estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3. pp. 278-284. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KjLjJb9HvY8hW3Bh5D3jJQh/?lang=pt>>. Acessado em: 10 de out de 2023.
- ABRIGO. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2023. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/abrigo/>>. Acessado em: 17 de out de 2023.
- AMARANTE, P. Conceitos e dimensões da Reforma Psiquiátrica. In: **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 57-71.
- AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percurso e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e Democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.163-185.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. D. de; C.; TORRE, E. H. G. “**De volta à cidade, sr. cidadão!**” Reforma Psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, nov./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122018000601090&lang=pt>. Acessado em: 10 de out de 2023.
- AMARANTE, P. D. C.; OLIVEIRA, W. F. A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. **Dynamis Revista Tecno-Científica**. v. 12, n. 47: 6-21, 2004. Disponível em: <<https://gpps.paginas.ufsc.br/files/2020/09/Amarante-e-Oliveira-Dynamis-2004.pdf>>. Acessado em: 11 de ago de 2023.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/5rhqg9GH3jhjMckjJ7BPKGK/>>. Acessado em: 10 de ago de 2023.
- AMORIM, R. G.; CANDIDO, M. C. C. M.; LAVRADOR, M. C. C. De casa para o meio-fio: pequenas histórias de uma residência terapêutica. **Revista de Psicologia**, v. 31, n. 3, p. 328-337, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fractal/a/QzTkJ4ZxpRhYs8pMsX6X8Gm/>>. Acessado em: 02 de set de 2023.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/630/63014121.pdf>>. Acessado em 10 de ago de 2023.

ASSISTENCIALISMO. In: DICIO, **Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2017. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/assistencialismo/>>. Acessado em: 17 de out de 2023.

BACHELAR, G. **A poética do habitar**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

BEZERRA J. B.; GUIMARÃES, R. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (Orgs.) **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BRASIL. Câmara dos deputados. **Projeto de Lei N° 3.657, de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>. Acessado em: 05 de set de 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 26 de 14 de fevereiro de 2000. Altera a redação do art. 6º da Constituição Federal. Brasília, DF: Senado Federal. 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc26.html>. Acessado em: 15 de jul de 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.>. Acessado em: 13 de jul de 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,transtornos%20mentais%20egressos%20de%20interna%C3%A7%C3%B5es>. Acessado em: 13 de jul de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1987. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0206cns_m_relat_final.pdf>. Acessado em 13 de jul de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106, de 11 de Fevereiro de 2000**. Gabinete do Ministro. Seção 1:23. Disponível em:

<<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>>. Acessado em: 13 de jul de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.**

Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. Gabinete do Ministro, Brasil. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>.

Acessado em: 09 de jul de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.108, de 31 de Maio de 2021.**

Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1108_01_06_2021.html#:~:text=Reajusta%20o%20valor%20do%20aux%C3%ADlio,31%20de%20julho%20de%202003.&text=Considerando%20a%20Portaria%20de%20Consolida%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%2005%2F2017%20%2D%20T%C3%ADtulo%20I,Art.>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014.**

Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Disponível em: <

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html>.

Acessado em: 09 de jul de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011.**

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Maio 2013.

Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

>. Acessado em: 09 de jul de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011.**

Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Gabinete do Ministro, Brasil. Seção 1:223-234.

Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html

>. Acessado: em 09 de jul de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. **Secretaria de Atenção à Saúde**, 2004. Disponível em:

<<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acessado em: 14 de jul de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acessado em: 09 de jul de 2023.

CAPUCHO, Mariana Carneiro; CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. O lar e o habitar para moradores de Serviço Residencial Terapêutico. **Psicologia em pesquisa**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 107-127, 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472019000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 12 de set de 2023.

CASA. In: DICIO, **Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/casa/>. Acessado em: 17 de out de 2023.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**, trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque, Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CUNHA, NFA *et. al*. Residências terapêuticas: a percepção de moradores acerca de autonomia, relacionamentos e contratualidade. **Revista de Enfermagem da UFPI**, 2019, v. 8, n. 4, pp. 62-68. Disponível em: <<https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/9079/pdf>>. Acessado em: 1 de jul de 2023.

FERREIRA, CS; FERREIRA, CB. Residência Terapêutica: Permanências e Rupturas nas Práticas de Trabalho. **Psicologia em Estudo**, v. 27, pp. 1- 10, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/ZdzrdVMkjh8SJDk9rB5hLjJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 1 de jun de 2023.

FRARE, Ana Paola. **No litoral da Casa e do Serviço: a psicanálise no serviço residencial terapêutico**. 2012. 122 f. Tese (Doutorado em Pesquisa Clínica em Psicanálise) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7º ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDIM, Grácia M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39894/T%E9cnico%20de%20Vigil%E2ncia%20em%20Sa%FAde%20-%20Territ%F3rio%20e%20territorializa%E7%E3o.pdf;jsessionid=64F3A48FE5266D3D9EFD08474D25F162?sequence=2>>. Acessado em: 10 de out de 2023.

GRANDELLA JUNIOR. O. Hospital psiquiátrico: (Re)afirmação da exclusão.

Psicologia e Sociedade, v. 14, n. 1, p. 87-'02, 2002. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/psoc/a/YxhhBcTG8yQ78SyHHthSnqg/?format=pdf&lang=pt>>.
Acessado em: 09 de out de 2023.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

HABITAÇÃO. In: DICIO, **Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/habitacao/>. Acessado em: 17 de out de 2023.

LIMA, E. M. F.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014.

MASSA, P. A.; MOREIRA, M. I. B. Na Casa e na Rua: Cenas dos Moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. Psicologia: **Ciência e Profissão**, v. 41, n. 4, pp. 1-13, 2021. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/pcp/a/f8hLzgRRcQzcBRhpHNypr3d/?format=pdf&lang=pt>>
Acessado em: 3 de jun de 2023.

MASSA, P. A.; MOREIRA, M. I. B. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. **Interface (Botucatu)**, v. 23, pp. 1-14, 2019. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/icse/a/7sjKsVhV7m7Y6d9ShQYgyXt/?format=pdf&lang=pt>>.
Acessado em: 01 de jun de 2023.

NÓBREGA M. P. S. S.; VEIGA T. F. M. O Significado de Morar em um Serviço Residencial Terapêutico. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. n. 7, p. 1-8, 2017. Disponível em:
<<http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1388/1565>>. Acessado em 20 de ago de 2023.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. In: **Psicologia Clínica Pós- graduação e Pesquisa**. PUC-RJ, v.13, n.1, 2001, p. 89-99.

RIO DE JANEIRO. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. **Lei Nº 3.400, de 17 de maio de 2002**. Cria a Bolsa de Incentivo para Assistência, Acompanhamento e Integração fora de unidade hospitalar de paciente portador de transtorno mental com história de longa permanência institucional em unidade hospitalar psiquiátrica. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/263380/lei-3400-02>>.
Acessado em: 20 de jul de 2023.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-100.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via**: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec ,

2001. p. 17-60.

ROZA JUNIOR, J. A.; LOFFREDO, A. M. Residências Terapêuticas e a cidade: enfrentamentos de normas sociais vigentes. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 42, n. 116, pp. 287-295, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WxqRLpnTypmQbWYFdwSTPhn/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 15 de jul de 2023.

RYKWERT, J. **A casa de Adão no Paraíso**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: técnica, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

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

SOMMER, R. Patients who grow old in a mental hospital. *Geriatrics*, v. 14, 581-590, 1959.

SILVA, et. al. Modos de autonomia em Serviços Residenciais Terapêuticos e sua relação com estratégias de desinstitucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, pp. 101-110, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kKy7RrYV3ncSPnwk9KfggjS/?format=pdf&lang=pt>> Acessado em: 01 de jun de 2023.

SILVA, A. S. T.; RIBEIRO, G. B.; SANTOS, L. L.; BURIOLA, A. A. Ser cuidador em serviço residencial terapêutico: fragilidades e potencialidades na prática assistencial. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/14692>>. Acessado em: 06 de jun de 2023.

SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S (Orgs). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: Eduepb, 2011. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230.pdf>>. Acessado em 04 de jun de 2023.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, v. 8, n. 1. p. 102-106, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 11 de out de 2023.

TERRITÓRIO. In: DICIO, **Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/territorio/>>. Acessado em: 17 de out de 2023.

TYKANORI, R. K. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.55-59.

VIEIRA, F. R.; LUSSI, I. A. de O. Participação e autonomia de pessoas que moram

nos serviços residenciais terapêuticos: contribuições da terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, p. 1-16, 2022. Disponível em: <<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/3006>>. Acessado em: 21 nov 2023.

WACHS et. al. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 895-912, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/3mNr6CcNsWtQMCKLLvNYbBN/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 10 out de 2023.