UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Aline Cristina Dadalte

Serviços Residenciais Terapêuticos: da privação à liberdade

Ribeirão Preto/SP

2016

Aline Cristina Dadalte

Serviços Residenciais Terapêuticos: da privação à liberdade

“Versão corrigida”

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Ribeirão Preto/SP

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dadalte, Aline Cristina

Serviços Residenciais Terapêuticos: da privação à liberdade.
Ribeirão Preto, 2016.

131 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Pedrão, Luiz Jorge.

1. Serviço Residenciais Terapêuticos. 2. Reabilitação. 3. Saúde mental. 4. Psiquiatria.

DADALTE, A. C. **Serviços Residenciais Terapêuticos**: da privação à liberdade. 2016. 131 f. Tese (Doutorado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos novos integrantes da sociedade, novos vizinhos. Sejam bem-vindos e que seus dias na comunidade os fortaleçam, que seus sonhos sejam doces, que suas vidas possam ser melhores a cada experiência compartilhada e que vocês sejam muito felizes!

AGRADECIMENTOS

Ao mestre e conselheiro, Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão, que com amor e afeto norteou esta travessia, e “se nada te toca, você nunca será feliz”.

Às Profas. Dras. Toyoko Saeki , Jacqueline Souza, Lucilene Cardoso e Regina Celia Fiorati, que compartilharam comigo seus saberes.

Ao Prof. Dr. Sinval Avelino dos Santos, que sempre me incentivou nos projetos realizados no Centro de Atenção Psicossocial II.

Aos integrantes do Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, que deram contribuições valiosas para a pesquisa.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que me acolheu, deu oportunidade e ofereceu experiências preciosas para meu crescimento profissional e pessoal.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) que financiou esta pesquisa.

Aos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que nos presentearam com suas histórias e experiências transformadoras.

Às equipes dos SRTs, que deram abertura para que este trabalho se realizasse e nos receberam com muito carinho.

Ao amigo Ricardo Roque, que trouxe sua poesia para nosso trabalho.

À amiga Jeane Borela Destro, fiel escudeira.

À Lourdes Donizetti Dadalte, que se aventurou ao meu lado por caminhos desconhecidos.

À Priscila Cristina Dadalte, irmã amada.

À Fatima Aparecida Dadalte que incentiva meus estudos.

Aos familiares que acreditaram, torceram e rezaram.

Ao companheiro Enio José Porfírio Soares, pelo respeito e cuidado que teve nos momentos difíceis desta trajetória.

Seguir, Enfrente

Deixou de lado a falação,
e se armou para ganhar a vida.
Endereçou as energias pra curar feridas
abertas por obra do ódio ou da falta de visão
de quem fecha os olhos à realidade, e não se vê no chão.

Vai voar,
e vai viver.

Sem se importar
com o que irão dizer
do seu valor,
da sua razão,
do seu amor.

Enganou-se quem me disse um dia...
Não passa não, viu?
Ela fica aí.

Mas quem aprende a conviver com a própria dor,
goza cada gota de alegria.

Vai voar,
e vai viver.

Sem se importar
com o que irão dizer
do seu valor,
da sua razão,
do seu amor.

(Enio J. P. Soares)

RESUMO

DADALTE, A. C. **Serviços Residenciais Terapêuticos**: da privação à liberdade. 2016. 131 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Para as pessoas que passaram grande parte de suas vidas internadas nos hospitais psiquiátricos tradicionais, também denominados manicômios, e por direito receberam sua liberdade, era necessário o trabalho de Reabilitação Psicossocial, bem como um local na comunidade onde pudessem viver e participar da sociedade. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) surgiram no processo da desinstitucionalização, através das portarias nº 106/2000 e nº 1.220/2000, do Ministério da Saúde, que tratam da organização, funcionamento e financiamento desses Serviços cuja finalidade é (re)inserir essas pessoas na sociedade. Este estudo teve como objetivos, analisar 11 SRTs do estado de São Paulo, Brasil, a partir da portaria nº 106/2000 e do referencial teórico da Reabilitação Psicossocial; verificar as perspectivas que moradores e profissionais têm frente aos recursos que esses serviços oferecem; e produzir um documentário (disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=TDBOWM5qXNo&t=248s>>) em vídeo sobre algumas memórias de vida desses moradores, com vistas a aproximar e desmistificar seu cotidiano, colaborando na desconstrução de preconceitos. Para isso, esses serviços foram visitados e um profissional de cada um deles respondeu a um questionário. Foram realizadas, ainda, entrevistas semiestruturadas com 31 moradores e cinco profissionais. As entrevistas foram gravadas e filmadas com uma câmera filmadora. Os resultados, analisados qualitativamente por meio da Análise do Conteúdo, mostram que, entre os serviços analisados, nove funcionam de forma semelhante entre si, promovendo a inclusão como parte do processo de reabilitação, porém, há ainda uma espécie de controle da autonomia dos moradores, relativizando suas liberdades. Tal relativização não deve ser vista apenas como negativa, haja vista que não há liberdade total na vida social, mas deve, sim, ser problematizada e refletida para que não se reproduza o modelo institucional clássico. Os serviços mostraram-se em acordo com as determinações da portaria. Apenas dois dos SRTs apresentaram organização e processos que se distinguiam em relação aos demais: um deles promove a autonomia de forma mais ampla; enquanto o outro ainda se situa no campo da integração, uma vez que seus moradores vivem em local distante da comunidade à qual apenas alguns têm acesso independente. Os profissionais, em sua maioria, mostraram-se inseridos no processo de reabilitação, e os moradores enfatizaram o quão melhor estão suas vidas fora das instituições. Foram evidentes o avanço e a melhoria das condições de vida dessas pessoas. No entanto, é preciso pensar formas de aprofundar a (re)inserção social, passando por melhorias nos processos de capacitação para o trabalho reabilitativo em equipe e maior envolvimento das comunidades e familiares.

Palavras-chave: Serviços Residenciais Terapêuticos. Reabilitação. Saúde mental. Psiquiatria.

ABSTRACT

DADALTE, A. C. **Therapeutic Residential Services**: from withdrawal to freedom. 2016. 131 f. Doctoral Thesis - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

For those people who spent much of their lives in traditional psychiatric hospitals, also known as mental asylums, and who later were given back their right to freedom, there was a need for some work on Psychosocial Rehabilitation, as also a special dedicated place within the community where they could live and be part of society. The Therapeutic Residential Services (known as SRTs) arose within the process of deinstitutionalisation, through Rulings Nos. 106/2000 and 1,220/2000 of the Brazilian Ministry of Health, which address the issues of organisation, operation and financing of such Services, whose main aim is that of (re)inserting these people into society. The aim of this study was that of analysing 11 SRTs in the State of São Paulo, in the light of the terms of Ruling 106/2000 and based on the theoretical reference of Psychosocial Rehabilitation; check the prospects for residents and professional people, considering the resources that these services have to offer; and also produce a video documentary (available at: <https://www.youtube.com/watch?v=TDBOWM5qXNo&t=248s>) about some personal life memories of these residents, in order to shed light on their daily lives and bring them closer, thereby helping to deconstruct prejudice. For this purpose, these services were visited, and one professional from each such venue answered a questionnaire. In addition, semi-structured interviews were applied to 31 residents and five professionals. The interviews were recorded and filmed using a video camera. The results of this study, having been qualitatively analysed using the technique of Analysis of Thematic Content, show that, nine of the services analysed operate in essentially the same manner, promoting inclusion as a part of the rehabilitation process; however, there is some control over the residents' Independence, meaning that their freedom is in fact only relative. This relativisation should not be seen only as a negative thing, as there is no total freedom in social living, but should instead be problematised and pondered over, so that the classical institutional model is not reproduced. These services showed themselves to be compliant with the terms set out in the Ruling. Only two of the SRTs had systems of organisation and processes which stood out from the others: one of them promoted wider autonomy; the other is still in the field of integration, with the residents living far from the community, to which only some have independent access. Most of the professional people showed themselves to be part in the rehabilitation process, and the residents have stressed just how much better their lives have become outside the institutions. The progress and improvement in the living conditions of these people have become evident. However, there is a need to think of ways to make the process of social (re)insertion deeper, including an improvement in the processes of qualification and training for rehabilitation work as a team, and also greater involvement of communities and of family members.

Keywords: Therapeutic Residential Services. Rehabilitation. Mental health. Psychiatry.

RESUMEN

DADALTE, A. C. **Servicios Residenciales Terapéuticos:** desde la privación hasta la libertad. 2016. 131 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Para las personas que han pasado gran parte de su vida en hospitales psiquiátricos tradicionales, también llamados manicomios, y que con justa razón recibieron su libertad, el trabajo de Rehabilitación Psicosocial se hizo necesario, así como un lugar en la comunidad donde pudieran vivir y participar de la sociedad. Los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT) han surgido en el proceso de desinstitucionalización, a través de las ordenanzas 106/2000 y 1220/2000 del Ministerio de Salud, que tratan de la organización, funcionamiento y financiamiento de esos servicios, cuya finalidad es reinserir esas personas en la sociedad. Este estudio tuvo como objetivo analizar 11 SRT del Estado de São Paulo, Brasil, desde el decreto 106/2000 y el marco teórico de Rehabilitación Psicosocial; comprobar las perspectivas que los residentes y los profesionales tienen frente a los recursos que ofrecen estos servicios; y producir un video documental (disponible: <<https://www.youtube.com/watch?v=TDBOWM5qXNo&t=248s>>) sobre algunas memorias de la vida de esos residentes con el fin de acercar y desmitificar su vida cotidiana, contribuyendo en la deconstrucción de preconceitos. Con este fin los servicios fueron visitados y un profesional de cada uno de ellos respondió a un cuestionario. Hubo también entrevistas semiestructuradas con 31 residentes y cinco profesionales. Las entrevistas fueron grabadas y filmadas con una cámara de video. Los resultados, analizados cualitativamente a través de analisis de contenido tematico muestran que, entre los servicios analizados, nueve funcionan de manera similar el uno al otro, promoviendo la inclusión como parte del proceso de rehabilitación, sin embargo, todavía hay una especie de control sobre la autonomía de los residentes que relativiza sus libertades. Tal relativismo no debe ser visto solamente como algo negativo, dado que no hay libertad absoluta en la vida social, sino que, más bien, la libertad debe ser problematizada y reflejada a fin de no reproducir el modelo institucional clásico. Los servicios que se muestran están en conformidad a lo dispuesto en las ordenanzas. Sólo dos de los SRT mostraron organización y procesos que se distinguen en relación a los demás: uno promueve una autonomía más amplia; mientras que el otro todavía está en el campo de la integración, ya que sus residentes viven en lugar distante de la comunidad a la que sólo algunos tienen acceso independiente. Los profesionales, en su mayor parte, se mostraron inclusos en el proceso de rehabilitación, y los residentes hicieron hincapié en lo mucho mejor que sus vidas están fuera de las instituciones. Resultaron evidentes el avance y la mejora de las condiciones de vida de estas personas. Sin embargo se hace necesario pensar formas de profundizar la inserción social a través de mejoras en los procesos de capacitación para el trabajo de rehabilitación en grupo y una mayor participación de la comunidad y la familia.

Palabras clave: Servicios Residenciales Terapéuticos. Rehabilitación. Salud mental. Psiquiatría.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Capa do DVD de divulgação do documentário (disponível no Youtube).....	99
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos SRTs estudados (n=11), quanto à população dos municípios a que atendem, número de residências por tipo/localização/gênero, número de moradores por gênero, e número de idosos. Ribeirão Preto – 2015	40
Tabela 2 – SRTs (n=11), em quantidade e porcentagem, que cumprem as determinações legais sobre natureza do serviço, cadastro no SUS, integração das redes de serviços, supervisão de serviço de saúde mental, parcerias com ONGs, número de moradores por tipo de casa, no estado de São Paulo. Ribeirão Preto – 2015	49
Tabela 3 – Rotina de visitas das Secretarias Estadual e Municipal aos SRTs estudados, por quantidade e porcentagem de SRTs que as cumprem, no estado de São Paulo (n=11). Ribeirão Preto – 2015.....	50
Tabela 4 – Profissionais (n=364), por especialidade e SRT, nos SRTs estudados no estado de São Paulo. Ribeirão Preto – 2015	52
Tabela 5 – Quantidade de profissionais com nível superior (n=42) , com nível médio (n=322) que trabalham com a Reabilitação Psicossocial (n=364) nos SRTs estudados no estado de São Paulo (n=11). Ribeirão Preto – 2015	55
Tabela 6 – Número de casas (n=130) e porcentagem por tipo e localização dos SRTs estudados (n=11), no estado de São PauloSP. Ribeirão Preto – 2015.....	59
Tabela 7 – Número de moradores, por instituição de origem, nos SRTs estudados no estado de São Paulo (n=11). Ribeirão Preto – 2015	65
Tabela 8 – Despesas custeadas por moradores ou serviços, nos SRTs estudados (n=11), no estado de São Paulo. Ribeirão Preto – 2015	67
Tabela 9 – Número de moradores (n=654) que recebem benefício, por tipo de benefício, nos SRTs estudados no estado de São Paulo (n=11). Ribeirão Preto – 2015	68

Tabela 10 – Número de moradores (n=654) que praticam atividades com autonomia, por tipo de atividade, nos SRTs estudados no estado de São Paulo (n=11). Ribeirão Preto – 2015 70

Tabela 11 – Número de moradores (n=654) dos SRTs estudados no estado de São Paulo (n=11) que têm família e mantêm contato com a mesma. Ribeirão Preto – 2015..... 74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características dos profissionais que responderam ao questionário, por serviço, profissão e cargo que ocupam. Ribeirão Preto – 2015	41
Quadro 2 – Características dos profissionais que responderam à entrevista semiestruturada para o documentário, quanto à idade. Ribeirão Preto – 2015	41
Quadro 3 – Descrição dos moradores entrevistados (n=31), quanto à naturalidade, idade, estado civil, religião e grau de educação formal. Ribeirão Preto – 2015	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acompanhamento Terapêutico
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatorial
BPC – LOAS	Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência Social
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial III
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade do Estado de São Paulo
ONGs	Organizações não governamentais
PVC	Programa “De Volta para Casa”
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SAI/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termos de Assentimento
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Reabilitação Psicossocial	23
1.2 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)	29
2 JUSTIFICATIVA	35
3 OBJETIVOS	36
4 MÉTODO	37
4.1 Tipo de estudo	37
4.2 Participantes e locais	38
4.2.1 Descrição dos locais (SRTs) e participantes	38
4.2.2 Critérios de inclusão	43
4.3 Procedimentos	44
4.3.1 Aspectos éticos	45
4.3.2 Procedimentos para coleta de dados e produção do documentário	46
4.3.3 Procedimentos de análise dos dados	47
5 RESULTADOS/DISCUSSÃO	49
5.1 Os SRTs em relação à lei	49
5.2 Impressões dos profissionais sobre os SRTs	75
5.2.1 Objetivo	75
5.2.2 Liberdade	78
5.2.3 Justiça	82
5.3 Impressões dos moradores sobre os SRTs	85

5.3.1 Satisfação	86
5.3.2 Liberdade	89
5.3.3 Novo núcleo familiar	92
5.3.4 Insatisfação	94
5.4 Produção do documentário	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICES	113
ANEXOS	131

APRESENTAÇÃO

O século XXI carrega mudanças transformadoras para a sociedade. A pós-modernidade (BAUMAN, 2001; HALL, 2006) trouxe consigo reflexões cada vez mais profundas sobre o que seria o ser/estar no mundo, a loucura, o preconceito, a sexualidade, a liberdade, entre outros temas polêmicos. Não obstante, ainda temos uma sociedade atravessada por valores culturais conservadores. Nesse contexto de tensas transformações, as demandas da sociedade ocidental capitalista-competitiva varrem para de baixo do tapete todos aqueles que não a interessam, ou seja, quem não consegue ter uma vida social qualificada como “bem sucedida”; não apenas os excluídos confinados em hospitais psiquiátricos e presídios, mas também aqueles que estão nas ruas, mendigos, nas favelas, pessoas de classes sociais discriminadas, que sofrem com a falta de oportunidades dentro desse arranjo social (educação, saúde, emprego, etc.).

Face à crescente valorização do “ter” em detrimento do “ser”, o deslumbramento com o material e o distanciamento que marca as relações interpessoais, parece não haver espaços na vida das pessoas para: afetividade, coletividade, meio ambiente ou saúde mental. Assim, mudanças devem ocorrer, pois esta “civilização” apresenta-se cada vez mais doente diante da frustração constante que nos acompanha. Prova disso, é o número de diagnósticos de depressão que cresce a cada ano e já atinge cerca de 350 milhões de pessoas no mundo, configurando uma preocupação para a saúde pública mundial (TAVARES, 2010; WHO, 2012).

Foi pensando nessas classes excluídas que, em minha trajetória desde a graduação, dedico-me a estudar e trabalhar com pessoas apartadas do convívio social em algum momento de suas vidas.

Na graduação em Psicologia, passei pelo estágio de Acompanhamento Terapêutico (AT) que logo virou tema do meu Mestrado, pesquisando a importância desse trabalho para as pessoas portadoras de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental. Tal pesquisa (CARNIEL, 2008) deu-se no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de Ribeirão Preto/SP, constituindo um momento de grande crescimento e de muitos questionamentos que, com o passar do tempo, amadureceram comigo, esclarecendo-se alguns, permanecendo outros. Passaram aqueles crescimentos e questionamentos, mas surgiram outros, seguindo a lei natural do desenvolvimento.

Também utilizei o AT em minha carreira profissional, como principal instrumento de trabalho no CAPS II de São Sebastião do Paraíso/MG, no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), e no Serviço Residencial Terapêutico (SRT), os dois últimos em Ribeirão Preto/SP, buscando respaldo, sempre, na Reabilitação Psicossocial, o qual apresentaremos mais adiante.

Mesmo trabalhando muito nos serviços de saúde mental, procurei não me distanciar da área científica, participando de eventos como congressos, encontros, palestras e etc.

Instigada a sempre melhorar o meu fazer profissional, retornei aos estudos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), a qual sempre me acolheu e transformou minha vida profissional e pessoal. A EERP/USP, no que diz respeito à enfermagem psiquiátrica, trabalha a formação não apenas científica ou para a docência; sua formação é para a vida, colocando os estudantes em reflexão não apenas profissional, mas também pessoal. Comecei os trabalhos pela Liga de Psiquiatria da EERP/USP, junto com o Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão, a Profª. Dra. Adriana Inocenti Miasso e colegas de estudo, graduandos e pós-graduandos, com os quais tive, e ainda tenho, a oportunidade e a honra de dividir e multiplicar conhecimentos.

A Liga de Psiquiatria EERP/USP oferece ao aluno a oportunidade de discussão e debate sobre psiquiatria e saúde mental, bem como realiza projetos de extensão universitária desenvolvidos, no presente momento, na Unidade Psiquiátrica Professor Doutor Luiz da Rocha Cerqueira e na Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve, localizadas no 3º andar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Um deles intitula-se “Psiquiatria em sintonia: a música como agente facilitador da interação”. Outro projeto realizado pela Liga ocorre no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto/SP, intitulado “A recreação no processo de reabilitação de pessoas com diagnóstico de transtornos mentais em um Centro de Atenção Psicossocial II”.

Em ambos os projetos, os alunos têm contato direto com os usuários dos serviços e desenvolvem atividades que contribuem para a Reabilitação Psicossocial dessas pessoas, há supervisão realizada pelo Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão e pela Profª. Dra. Adriana Miasso. A Liga de Psiquiatria promove, ainda, palestras, discussões de casos e eventos científicos, como o Simpósio da Liga de Psiquiatria, que acontece de forma regular, anualmente, desde 2004.

Logo, junto com Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão, começamos a pensar no projeto desta pesquisa e a ideia era falar sobre os SRTs, “menina dos olhos” da reforma psiquiátrica - e minha também, já que meu sonho desde a graduação era trabalhar no SRT.

Iniciamos o projeto para pesquisar os SRTs do estado de São Paulo imaginando que teríamos muitos entraves, mas estávamos enganados. Não houve nenhuma dificuldade ao convidar os serviços sorteados; todos concordaram e logo trataram de enviar toda a documentação com as autorizações.

O objetivo era realizar um levantamento dos SRTs do estado de São Paulo, Brasil, oficialmente nomeados pelo Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil, pela portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000a) e regulamentados por outras portarias e leis como a portaria nº 1.220 de 7 de novembro de 2000 (BRASIL, 2000b), a lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2003) e a lei nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), que tratam da organização, funcionamento e financiamento dessas residências que têm por finalidade incluir na sociedade pessoas com diagnósticos de transtornos mentais e egressos de hospitais psiquiátricos.

Além disso, pensamos ser pertinente produzir um documentário¹ audiovisual para ilustrar a história de vida dos moradores, dar-lhes voz para que contassem, em primeira pessoa, “frente a frente” com os espectadores, suas experiências, avaliações e desejos. Assim, talvez, poderíamos contribuir para a desestigmatização, usando o vídeo, esse recurso de expressão que vem seduzindo as novas gerações conectadas às redes sociais na *internet*.

Documentos em mãos, organizamos o roteiro de viagem e logo tratamos de marcar as visitas para a realização da coleta de dados do estudo. Foram dezessete dias de viagem pelo estado de São Paulo, avivando a lembrança da figura de Dom Quixote e seu fiel escudeiro Sancho Pança, pois assim fomos nós, eu e minha querida e fiel escudeira, Lourdes Donizetti Dadalte, que, desde o início, ofereceu a sua companhia, e, realmente, colocou-se ao meu lado para o que desse e viesse. Enfim, nada mais coerente que contar com um familiar dando apoio em uma empreitada sobre sujeitos que, de alguma forma, construíam um novo núcleo familiar.

Convidamos para compor a trama de nossa aventura acadêmico-científica um profissional, Ricardo Roque, reponsável pela filmagem das entrevistas realizadas, pela fotografia e edição do documentário. Pessoa maravilhosa que nos deu oportunidade de conhecer um pouco do seu universo, mostrou-nos com muita simplicidade a importância de seu trabalho e sensibilizou-se face ao nosso objeto de estudo.

¹ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=TDBOWM5qXNo&t=248s>>.

Como em toda aventura, tivemos grandes desafios pelo caminho, como viajar à noite por estradas não conhecidas, sem acostamento e sinalizações, caminhos errados, falta de local para descanso, estradas de terra entre morros, o desconhecido, o imprevisto, perigos e paisagens lindas! Estradas pelas quais também fizemos amigos – o vendedor de laranjas, uma garota no ponto de ônibus que aguardava seu namorado que a levaria para casa de carro... – que nos ajudaram a encontrar um local para dormir; guiaram-nos até uma cidade vizinha, já que em Franco da Rocha/SP não havia nenhum tipo de pouso; trabalhadores e moradores dos SRTs que ficaram em nossas memórias; histórias de vida em busca de um final feliz para suas próprias aventuras.

Fomos muito bem recebidos em todos os serviços por que passamos, com muito carinho e atenção. Em alguns SRTs, os moradores estavam ansiosos nos aguardando, com café da manhã, café da tarde e até mesmo almoço. Ao partir de cada residência, era com muita tristeza que nos despedíamos, pois não poderíamos ficar muito tempo, mas ficou a promessa de nos encontrarmos quando a pesquisa estivesse pronta para apresentar o documentário a todos.

No hospital Psiquiátrico do Juquery fundado em 1898 como *Asilo Colônia da Sucursal do Juquery do Hospício de Alienados de São Paulo*, havíamos solicitado a filmagem, mas não responderam à nossa solicitação, mesmo assim, ao visitar o SRT de Franco da Rocha/SP, cidade onde está localizado o Juquery, foi uma grande emoção avistar da estrada onde trafegávamos, um dos manicômios mais conhecidos e famosos por suas mais diferentes histórias, símbolo, sem dúvida, da queda do asilamento no Brasil! Fiquei particularmente muito emocionada. A intenção era chegar e pedir pessoalmente a autorização, e assim foi feito. A diretora e um arquiteto, ambos funcionários do hospital, mesmo sem nada agendado, receberam-nos e nos autorizaram a desenvolver o trabalho, foi realmente emocionante.

O arquiteto acompanhou-nos e foi contando a história daquele hospital, delimitando as áreas de filmagem permitida, pois alguns locais, em reformas ou restauração, não poderiam ser registrados.

Ficaram na memória aquelas pessoas que, por muito tempo, tiveram suas vidas interrompidas por um sistema confuso e enganado sobre o tratamento psiquiátrico. Hoje elas tentam reconstruir-se com dignidade. E é nesse mundo invertido em seus valores, que desenvolvo esta Tese de Doutorado e acredito na construção do ser, na valorização do cotidiano e da vida, nas relações entre as pessoas, nos direitos do cidadão, no trabalho de

peessoas que acreditam no outro e respeitam suas diferenças, contribuindo para mudanças efetivas de uma sociedade em crescimento.

Dessa forma, acreditamos que por meio deste trabalho científico podemos contribuir muito para o momento atual da assistência psiquiátrica no Brasil ao traçarmos um perfil desses serviços e da sua relevância para as pessoas por eles beneficiadas, e ainda para a (des)construção de paradigmas socialmente cristalizados acerca da pessoa diagnosticada com transtorno mental.

A Tese será apresentada da seguinte forma: após esta breve apresentação de caráter bem pessoal, fazemos uma introdução sobre a Reabilitação Psicossocial e os SRTs; apresentamos nossos objetivos; aspectos metodológicos: instrumentos, participantes, locais e procedimentos; em seguida trazemos os resultados e discussões para, então, encerramos com nossas considerações finais.

Toda nossa andança, bem como as trajetórias de vida que pudemos conhecer ao longo da jornada, revelou-se como uma grande aventura repleta de heróis, obstáculos superados e a superar, metaforicamente uma grande obra literária, quando já não sabemos se a vida imita a arte ou o inverso. Vivemos passagens que em muito nos remeteram à grande obra de João Guimarães Rosa, *Grande sertão: veredas*.

Nesse romance, Riobaldo, um jagunço sertanejo, repete insistentemente a um estranho que ouve sua “estória” que “Viver é muito perigoso”. Vida de amores proibidos, encontros e desencontros, histórias de vingança cega, afetos bons e ruins entrelaçados pelas veredas do existir.

A personagem busca, ao narrar sua vida ao lado de Diadorin, a resposta para uma questão mística: existiria o Diabo? O mal/mau em si? E é pela narrativa de sua própria história, do falar de si, como os moradores fizeram conosco, que ele tece o fio da existência. Quantas vezes esse “Diabo” não foi e é associado aos sintomas de pessoas com diagnósticos de transtornos mentais?

Por caminhos espinhosos como os do sertão, nossos heróis (moradores) passam pela vida, tendo suas atitudes julgadas, seus amores negados por aquilo que a sociedade constrói como certo, como verdade. “Viver é muito perigoso”, ainda mais para aqueles que não se encaixam. Convidamos o leitor a conhecer estas “aventuras”, e a nossa travessia!

1 INTRODUÇÃO

1.1 Reabilitação Psicossocial

Descreveremos alguns conceitos de autores diferentes, alguns muito semelhantes e outros nem tanto, cada um com sua importância na história e na construção da Reabilitação Psicossocial.

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar a construção plena da cidadania e também de plena contratualidade com três importantes cenários: a casa, o trabalho e a rede social (SARACENO, 2001). De forma progressiva, ocupam-se os serviços públicos, as organizações, os espaços privados e as relações com a comunidade (vizinhos, comércio local etc.). Essa ocupação é uma conquista para aqueles que viveram um longo período de suas vidas – dez, vinte, trinta anos ou mais – dentro da clausura de um hospital psiquiátrico.

Anthony, Cohen e Farkas (1988) fazem uma distinção entre reabilitação e tratamento, entendendo que a reabilitação promove o funcionamento e satisfação em ambientes específicos, podendo ocorrer independentemente de uma teoria, focalizando tanto o presente quanto o futuro; já o tratamento teria um olhar direcionado às questões de redução dos sintomas, da cura, ou atendimentos terapêuticos, estando sempre baseado em uma variedade de teorias que o direcionam, focalizando passado, presente e futuro.

A reabilitação, por sua vez, não detém um rol de procedimentos técnicos, nem se apoia em sistemas acabados de conhecimento. Não se localiza dentro da dimensão das tecnociências, nem visa, em primeiro plano, um êxito técnico, mas um êxito no campo pragmático da vida do usuário de forma a qualificar sua existência, ou seja, visa, em primeiro plano, um sucesso prático (FIORATI; SAEKI, 2011, p. 82).

Não se trata de elegermos qual seria “o” correto, promovendo uma separação e tensão na dualidade tratamento/reabilitação; ao contrário, é imprescindível que as abordagens associem-se, atravessem-se pelas veredas da saúde mental, pois na trama complexa da vida em sociedade, não há cartesianismo, empirismo, misticismo ou pragmatismo que deem conta de explicar/transformar sozinhos os desafios da área (e de muitas outras!).

Foucault (2004), em *História da loucura na idade clássica*, mostra-nos como os discursos e as práticas relacionados à saúde mental são constructos culturais sócio-

historicamente forjados pelo/no atravessamento de vários campos do saber – o místico, o médico, o jurídico, o econômico – que predominam ou subjazem de acordo com o arranjo social e os valores de cada época, a “verdade” de cada época.

O diálogo/debate entre as diversas áreas do conhecimento gera um enriquecimento teórico/prático. O que não podemos mais aceitar é que uma ou outra queira assumir para si a condição de verdade ou ciência única e fechada aos demais pontos de vista sobre os fenômenos, visões diferentes que muitas vezes põem em questão as certezas. Como Saraceno (2001, p. 13-14) traz:

Não interessa se o preço da clareza dos modelos é a redução da realidade a algo extremamente limitado que possa ser contido em modelos simples, fazendo com que aquilo que não está no modelo seja declarado “não existente” pelo único fato de não ser descrito no modelo. Certamente esta posição, (...) nada tem a ver com “ciência” que, ao invés, é ou deveria ser acima de tudo um método para observar os fenômenos, para estabelecer relações entre esses e não um atalho para tornar mais descritível a complexidade.

Interessa, sim, que a(s) ciência(s) olhem o(s) fenômeno(s) pelos diversos e possíveis pontos de vista, não promovendo o apagamento daquilo que não dá conta de explicar e podendo – por que não? – dialogar com outros saberes. A obrigação da cientificidade, muitas vezes, na busca pela objetividade mensurável, declara a subjetividade como inexistente, o afeto e o desejo como empecílios que devam ser silenciados. Mas, apagar o que não entendemos não nos torna mais sábios(as).

Muitas das críticas à Reabilitação Psicossocial qualificam-na como mero “entretenimento”, porém, Saraceno (2001) mostra brilhantemente que a ação de “entreter” tem o sentido etmológico de “ter dentro”, além de outros efeitos de sentidos pertinentes como: “prender, desviar a atenção de; (...) enganar (com astúcia, manha, promessas, etc.); (...) fazer durar, manter no mesmo estado; (...) distrair(-se), recrear(-se) (...)” (HOUAISS; FRANCO, 2004, p. 1168).

Portanto, o entretenimento, por um longo período de tempo, em muitos casos, foi e continua sendo prática comum na psiquiatria, ao manter pessoas com diagnósticos de transtornos mentais ‘presas’, ‘dentro’ do hospital, ‘dentro’ da faixa de contenção, mesmo ‘dentro’ dos centros de atenção psicossociais, ‘nas’ oficinas e atividades que nada problematizam e não encampam quaisquer objetivos terapêuticos; infelizmente, ‘na’ violência, ‘na’ miséria, ‘no’ silêncio ou ‘na’ solidão, ‘enganadas’ pelas ‘promessas’ e

‘manhas’ do sistema; ‘distraídas’ nas ‘recreações’ que ‘prendem’ suas atenções enquanto o mundo pode seguir o dito caminho do progresso, do trabalho e do consumo, livre de estorvos.

Além da ideia de ‘manter fora do caminho’, a classificação, o rótulo diagnóstico, opera também como instância definidora da normalidade. Pois, se ‘aquele lá’ é louco, ‘nós aqui’ somos normais (FOUCAULT, 2004). Há um autor estadunidense, Ta-Nehisi Coates, que escreveu uma carta para seu filho, falando sobre o que é habitar um corpo negro naquele país, e expressa com a força necessária: “O crioulo, a bicha, a puta iluminam a fronteira, iluminam o que ostensivamente não somos, iluminam o Sonho de ser branco, de ser um Homem. Damos nomes aos odiados estranhos e assim somos confirmados na tribo.” (COATES, 2015, p. 66). O “louco”, o “biruta”, a “tan-tan” iluminam o sonho de ser Normal e, para que vejamos essa diferença bem marcada, buscamos definir os espaços de cada um, a Instituição em que são ou deveriam ser inscritos. Assim, excluir o doente – e nomeá-lo “doente” já é uma exclusão – libera-nos da crítica que sua presença traz, e valida a ideia constituída sobre normalidade (BASAGLIA, 1985).

E a Instituição não é um prédio, está além dos muros. A Instituição Psiquiátrica pode muito bem continuar atuante ainda que se ponham abaixo, literalmente, todos os hospitais psiquiátricos. A Instituição vive no paradigma da exclusão, da separação e do entretenimento que vise a nos deixar menos aborrecidos.

A ruptura do entretenimento não é, portanto, uma simples renúncia passiva à prática da psiquiatria mas, ao contrário, é uma pesquisa teórica e prática dos caminhos cotidianos para se operar micro-rupturas da miríade de micro-entretenimentos, descobrindo a miríade de fontes de recursos e modos de operar que confluam para a reconstrução da cidadania plena do paciente psiquiátrico (SARACENO, 2001, p. 18).

Liberman (1993) fala da Reabilitação Psicossocial como um processo que melhora a capacidade das pessoas diagnosticadas com transtorno mental no que se refere à vida, aprendizagem, ao trabalho, à socialização e adaptação de forma mais ‘normalizada’ possível.

Pratt et al. (1999) utilizam os termos Reabilitação Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial para a mesma prática, e traduz o conceito como “recuperação”, como a reformulação de sentidos para a vida e eventual adaptação da/doença, ou seja, ajudar a pessoa a atingir a máxima integração comunitária e a melhor qualidade de vida.

Saraceno (2001) vê que a Reabilitação Psicossocial deve favorecer o aumento da capacidade das pessoas diagnosticadas com transtorno mental na comunidade, diminuindo os danos provocados por este.

A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador” (SARACENO, 2001, p. 111-112).

(...) a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes (SARACENO, 2001, p. 112).

Na Reabilitação Psicossocial, os usuários e seus familiares deixam de ser apenas objeto de intervenção para assumir o papel de agentes transformadores da realidade, opinando e participando ativamente das discussões sobre as políticas da saúde mental (MELMAN, 2001).

Assim, aquela lógica do entretenimento dá lugar à ideia de participação, de envolvimento e atuação no meio social. Mas, como seria possível empreender tal passagem? Como superar o paradigma da Instituição?

Através de processos que destaquem as partes mais saudáveis e as potencialidades do sujeito, com uma modalidade compreensiva, com um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, respeitando suas singularidades e de forma personalizada (PITTA, 2016).

Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados (PITTA, 2016, p. 29).

A Reabilitação extrapola a especificidade das profissões de saúde, cujas ações têm pontos de inserção que abrem possibilidades para a criatividade do agir, que se relacionam às habilidades e capacidades, tanto dos profissionais como do usuário inserido na assistência em saúde mental. Leva à reflexão contínua de que não há limite definido para o processo de buscar ações que não estejam dentro de um protocolo organizado academicamente para produzirem reabilitados (SANTOS, 2006).

A Reabilitação é considerada uma necessidade e uma exigência ética, assim deve estar relacionada a um grupo de profissionais que priorizem a abordagem ética da questão da

saúde mental. Profissionais que se envolvam, envolvam os usuários, as famílias e a comunidade nos processos (SARACENO, 2016b).

Saraceno (2016a, p. 24) alerta-nos: “(...) não é necessário que me cure com sua técnica de reabilitador, muito antes é preciso aprender um sentido para a reabilitação”. Não haveria, portanto, uma receita pronta para a Reabilitação Psicossocial. Cada profissional deverá encontrar o(s) caminho(s) na relação com o outro, na subjetividade de cada um, uma forma única e complexa no processo de reabilitação.

Nessa relação de troca, ambos estão sendo reabilitados e as mudanças ocorrem para os dois lados, isso quando se tem uma visão mais horizontal das relações, das posições dos sujeitos nas relações de poder. E nossa própria transformação é fundamental para continuar o trabalho. Portanto, precisamos encontrar um sentido para a reabilitação, em cada encontro há algo diferente e desafiador, nunca um trabalho de Reabilitação Psicossocial será igual ao outro e utilizamos várias ferramentas, muitas ainda desconhecidas, prontas para serem descobertas, construídas na interação com o outro.

Fiorati e Saeki (2011, p. 81) dizem que a Reabilitação Psicossocial constrói-se dentro de uma “racionalidade prática”, as ações dão-se de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, seus contextos culturais, sociais, econômicos e políticos. Tratar-se-ia da “dimensão política da existência humana”, ou seja, o jogo político, das relações interpessoais que são tramadas nas demandas e interesses cotidianos. Nesse contexto, é preciso considerar também as relações de poder envolvidas (FOUCAULT, 2015).

Ao longo da história da Instituição Psiquiátrica, muitos dos inquestionáveis avanços deram-se sob a condição do saber-poder médico. Condição possibilitadora e condição limitadora ao mesmo tempo. Foi o mesmo saber-poder médico, por exemplo, de Pinel ou Esquirol, que possibilitou mudanças e que manteve o sistema sob seu controle (FOUCAULT, 2015).

Haveria, assim, a necessidade de nos libertarmos do *a priori* instituído pelos protocolos. O que não é, de forma alguma, um abandono do conhecimento construído e das experiências já vividas, mas mudar o enfoque do processo. Ao invés de tentarmos encaixar cada situação particular nos modelos conhecidos, operando aquele apagamento do que não caiba neles, deveríamos: usá-los como instrumentos e possibilidades diante do caso concreto, entendendo quando não forem suficientes e buscando o que falta, o que escapa, e pode estar circulando em outros saberes e outras experiências. Porém, muitos são os desafios e entraves para a concretização das ações.

Pitta (2016) nos traz uma visão da Reabilitação Psicossocial no Brasil calcada no tripé amor/ira/dinheiro: amor pela possibilidade de sermos amorosos, exercitar a criatividade, a amizade e a fraternidade no nosso fazer cotidiano; ira contra o cinismo das políticas técnicas e sociais para inclusão dos diferentes; e dinheiro para transformar as políticas do desejo em políticas do agir.

Hirdes e Kantorski, (2004) entendem que a Reabilitação Psicossocial deverá promover serviços que modifiquem a realidade e atuem no cotidiano, assim, as possibilidades tornar-se-ão realidade, mas para tanto é necessário o envolvimento de profissionais, familiares, usuários, desmistificação do sofrimento psíquico e educação da sociedade, focando na dignidade e no crescimento de cada ser humano.

(...) Reabilitação Psicossocial é fundamentalmente um processo de remoção de barreiras. De barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania. (...) nós temos que começar a remover as barreiras linguísticas, as barreiras comunicacionais que dificultam a nossa vida (BERTOLOTE, 2016, p. 200-201).

A reabilitação não é um processo para adaptar ao jogo dos fortes, os fracos. Mas pelo contrário, a reabilitação é um processo para que se mudem as regras e os fortes possam conviver, coexistir, no mesmo cenário que os fracos (SARACENO, 2016b, p. 194).

O grande desafio é superar uma sociedade carente de informações, atravessada por um ideal socio-histórico-cultural de discriminação, preconceito e individualismo. A inversão desses valores deve ser trabalhada com a sociedade de forma globalizadora, junto com as redes sociais, os governantes, os grandes pensadores, os trabalhadores, os usuários e familiares. A população precisa conectar-se com um novo momento de valorização do “ser” em detrimento do “ter”. Um exemplo é a experiência de Valentini Júnior e Vicente (2016) que notaram que a flexibilidade da comunidade aumenta sensivelmente quando os meios de comunicação televisível divulgam algum projeto da instituição de forma positiva; a população sente orgulho de ter em seu território tal experiência.

Pensando nesse universo da Reabilitação Psicossocial, o desafio principal seria a (re)educação da sociedade no sentido de compreender sobre direitos humanos e, no mínimo, respeitá-los. Só com informações e sensibilização social essas pessoas excluídas sentir-se-ão cidadãos; exercer o poder de cidadania é, também, ser respeitado pelo outro. Poderemos de fato reparar muitos danos causados por essa mesma sociedade que excluiu e violou os direitos de milhares de cidadãos, percebendo nossa responsabilidade social em relação a essa história

ainda inacabada, pois ainda é necessário ir contra o preconceito e a discriminação daqueles menos favorecidos.

Portanto, cabe a nós, profissionais da área, continuar um trabalho de Reabilitação Psicossocial com a sociedade, um trabalho porta-a-porta começando pela comunidade local em que essas pessoas marginalizadas tentam conviver hoje. De esforços assim, surgiram projetos de lei que nos respaldam para o trabalho humanizado e diferenciado, em que se possa fazer a diferença e reparar um pouco o que os heróis dessa narrativa de vida sofreram. Referimo-nos aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) que surgem como um dispositivo em meio à Reforma Psiquiátrica para oferecer um local digno, onde a pessoa que esteve anos enclausurada pode exercer direitos de cidadão.

1.2 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)

O modelo de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) brasileiro foi criado com base nas Comunidades Terapêuticas de Franco Basaglia, influenciado, portanto, por esse modelo italiano que surgiu na década de 1970 e evidenciado, principalmente, na cidade de Trieste, no nordeste da Itália (LOJUDICE et al., 2003).

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, para os moradores dos hospitais psiquiátricos, que ali viveram por anos, excluídos, e que de direito receberiam sua liberdade, era necessário o trabalho de Reabilitação Psicossocial, bem como um local na comunidade onde pudessem viver e participar da sociedade. No estado de São Paulo tivemos grandes experiências de moradia antes da oficialização dos SRTs no ano de 2000. As cidades de Campinas/SP e Ribeirão Preto/SP destacaram-se nessa empreitada (FURTADO, 2001; LOJUDICE et al., 2003).

No final dos anos 1980 e início dos anos 1990, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP instaurou um processo de co-gestão com o Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira, dando início à desinstitucionalização e construção de uma rede substitutiva em saúde mental. Disparadora desse processo, em 1991, foi criada a primeira residência terapêutica, na ocasião denominada de “moradia extra-hospitalar” (FURTADO, 2001).

Em Ribeirão Preto/SP, no Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, também iniciou-se, na década de 1980, um trabalho voltado para a Reabilitação Psicossocial: o Núcleo de Convívio, que funcionava nas dependências do hospital. Os pacientes passavam o dia com atividades

recreativas, laborais e de auto cuidado e, no final da tarde, retornavam aos pavilhões. Após notar-se a eficácia do Núcleo de Convívio, surgiu a Vila Terapêutica com cinco casas abrigando até quatro moradores cada uma. As atividades eram desenvolvidas na comunidade e, naquele momento, começou-se a preparar o morador para voltar a viver na sociedade. Em parceria com a prefeitura municipal, a Companhia Habitacional Regional e o Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, disponibilizaram três casas na comunidade, que deram início à implantação do projeto das “Pensões Protegidas” (LOJUDICE et al., 2003).

Só então, depois de algumas experiências, surgiu o termo Serviço Residencial Terapêutico - SRT, oficialmente instituído pelo Ministério da Saúde com a portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, que considera: a necessidade da reestruturação do modelo de atenção às pessoas com diagnósticos de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a Reabilitação Psicossocial; a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico, visando à reintegração social do usuário; a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando a redução das internações em hospitais psiquiátricos.

Surgiram, depois, outras portarias e leis como a portaria nº 1.220 de 7 de novembro de 2000, que: incluiu na tabela de atividade profissional e de classificação de serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), o código 47 - cuidador em saúde; criou tabelas de classificação de serviços; tabelas de procedimentos; incluiu o sistema de autorização de procedimentos de alta complexidade e custo; regulamentou a utilização de instrumentos e formulários; estabeleceu que permanece a utilização do uso de cadastro de pessoa física; determinou a validade e as formas de encerramento da Autorização de Procedimentos Ambulatorial-APAC.

A portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011 alterou a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, e dispôs, 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 SRTs.

A lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003 instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos por transtornos mentais, egressos de internações.

Atentaremos neste estudo sobre a portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 que é a portaria que utilizaremos, pois trata da estrutura, organização e funcionamento dos SRTs, que têm a finalidade de incluir na sociedade pessoas com diagnósticos de transtornos mentais e egressos de hospitais psiquiátricos. A referida define os tipos de residências como:

SRTs tipo I - moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização. Esta moradia deve acolher no mínimo quatro e no máximo oito moradores. Cada casa deve contar com um cuidador de referência, a incorporação desse profissional deve ser decidida pela equipe técnica, diante da necessidade de cuidados de cada grupo.

SRTs tipo II - moradias destinadas àquelas pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência que, especialmente em função de seu comprometimento físico, necessitam de cuidados específicos e intensivos o tempo todo com apoio técnico diário e pessoal. Esta moradia deve acolher no mínimo quatro e no máximo dez moradores. Cada casa deve contar com cinco cuidadores em regime de escalas e um profissional técnico em enfermagem diário. Essa equipe deve estar ligada à equipe técnica do serviço de saúde mental.

Ambas devem ser inseridas, preferencialmente, na comunidade; destinadas a cuidar e viabilizar a inserção social e comunitária das pessoas com diagnósticos de transtornos mentais; garantir a assistência ao morador; o serviço é prioritário as pessoas com diagnósticos de transtornos mentais em regime hospitalar prolongado, mas é também um dispositivo que pode acolher pessoas que, em algum momento, necessitam de outra solução de moradia, estando em tratamento nos serviços de saúde mental.

O trabalho deve centrar-se nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana; ter como objetivo principal a Reabilitação Psicossocial; e respeitar os direitos do morador como cidadão.

Devem ser de natureza pública e podem também funcionar em parceria com organizações não governamentais (ONGs) de saúde ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento; devem estar integradas à rede de serviços do SUS; devem estar vinculadas tecnicamente ao serviço ambulatorial mais próximo.

Além disso, é preciso que apresentem estrutura física fora dos espaços hospitalares; com uma proporção de até três moradores por quarto; sala de estar com mobiliário adequado; dormitórios devidamente equipados com cama e armário; copa e cozinha com equipamentos necessários; garantia de no mínimo três refeições diárias.

Os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os SRTs estejam vinculados devem possuir equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída no mínimo por: um profissional de nível superior da área da saúde, com especialização ou experiência em saúde mental; e dois profissionais de nível médio com experiência ou capacitação específica em Reabilitação Psicossocial.

Cabe ao gestor municipal/estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados pela nova modalidade terapêutica, priorizando a implantação dos SRTs nos municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental.

Devem estar devidamente cadastradas no SUS; as secretarias Estaduais e Municipais devem acompanhar, supervisionar, controlar e avaliar os serviços para garantir a qualidade e bom funcionamento; os moradores poderão ser beneficiados com o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas tendo, no mínimo, dois anos de internação. Esse auxílio é denominado “De Volta Para Casa”.

O programa “De Volta para Casa”, criado pela lei federal nº 10.708, votada e sancionada em 2003, é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992.

O objetivo do programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal do auxílio-reabilitação psicossocial, no valor de R\$ 412,00 (BRASIL, 2013) que tem duração de um ano, podendo ser renovado, caso necessário. A necessidade será avaliada pela equipe médica. Para receber o auxílio-reabilitação psicossocial do Programa “De Volta para Casa”, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.

A proposta de implantação de residências terapêuticas está diretamente ligada à diminuição dos leitos psiquiátricos. Para cada paciente que é desinstitucionalizado e inserido no SRT, o leito deve ser fechado e o recurso financeiro realocado do Sistema de Informação Hospitalar – SIH para o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA. A inversão do modelo assistencial é acompanhada também pelo deslocamento do financiamento, desinvestindo no manicômio, para investir na rede de atenção psicossocial. O dinheiro acompanha o paciente. Nesse caso, não se trata de recurso novo, mas de uma reorientação de recurso financeiro.

No Brasil existem 610 SRTs, no momento, desses, 289 são habilitados, com 2.031 moradores nos SRTs habilitados e aproximadamente 3.475 moradores contando o total de 610 SRTs. No estado de São Paulo temos 179 SRTs, 48 são habilitados, sendo 26 do tipo I e 22 do tipo II com 331 moradores no total dos habilitados, dados de dezembro/2014 (BRASIL, 2015).

Os SRTs assumem um papel de reinserção social dos usuários dos serviços de saúde mental na vida da cidade. O serviço surge do processo de desinstitucionalização, após o

movimento da Reforma Psiquiátrica e da legislação da política nacional de saúde mental, garantindo o cuidado em liberdade.

Uma proposta que ao mesmo tempo é desafiadora e promissora, que volta o olhar para as relações cotidianas entre as pessoas, principalmente para a subjetividade como produto de articulação entre os aspectos sociais, econômicos e culturais. Os SRTs devem ser importantes disparadores de situações de encontro entre moradores e a comunidade, sendo importante as casas estruturarem-se como espaço primeiro de vida em comunidade, um local acolhedor para vivenciar bons encontros, apostando no que de melhor a comunidade tem a oferecer, apostando nas trocas sociais (MOREIRA; CASTRO-SILVA, 2011).

Para Saraceno (2001), essas moradias assistidas oferecem aos moradores a vivência de propriedade do espaço em que se vive, com um nível de responsabilidade mais elevado em relação à organização material e simbólica desses espaços, vivenciando trocas com técnicos, moradores e a comunidade como um todo.

O trabalho em saúde mental incide cada vez mais sobre um campo que é excêntrico ao hospital, inserindo-se no contexto das trocas sociais estabelecidas na comunidade local. Abandona-se o confinamento entre muros, a clausura dos gabinetes e se ocupa do lar, bairro, a rua, a praça, a igreja, o bar da esquina. Esse deslocamento força uma mudança na postura dos profissionais envolvidos, para os quais não é mais possível manter a atitude padrão, previsível e controlada, de quem trabalha entre quatro paredes (PALOMBINI, 2004, p. 24).

Quanto menos os SRTs assumirem uma posição “clínica” numa posição essencialista, quanto mais uma casa comum eles forem, mais produzirão autonomia. “Quanto menos ‘clínica’ ou ‘terapêutica’, mais eficaz como clínica” (DELGADO, 2006, p. 30).

O SRT é uma modalidade de serviço que possibilita a desconstrução de estigmas da loucura, apostando na convivência urbana do louco como cidadão, busca a efetiva substituição dos manicômios pela liberdade de habitar a cidade (ANTONACCI et al., 2013).

Sprioli e Costa (2011) nos trazem algumas ações que deveriam ser cumpridas pelos SRTs: resgate da cidadania, mediante pesquisa da identidade dos pacientes e viabilização de documentação; tratamento médico (considerando as complicações clínicas causadas pela idade e mesmo aquelas produzidas por excessivo e longo uso de medicamentos); consultas psiquiátricas regulares e individuais com reavaliação das medicações; promoção da autonomia dos moradores em suas atividades cotidianas; inserção dos moradores em serviços de atenção diária, entre outras. Essas ações deveriam introduzir os moradores em um novo

cotidiano, unindo moradia e terapia, voltado para a Reabilitação Psicossocial, construindo cidadania e inserção na comunidade.

E por que estar “na comunidade” é tão importante? Quais riquezas práticas e simbólicas constituem esse fato tão caro à Reabilitação Psicossocial?

Comunidade, segundo Houaiss e Franco (2004), é o conjunto de indivíduos organizados num todo ou que manifestam, de maneira consciente, algum traço de união. Esta deveria ser a melhor forma de explicar e viver a comunidade, mas Pagot (2012) faz uma reflexão sobre o momento atual de nossa atuação na comunidade: “(...) nas grandes cidades, como consequência do ritmo de trabalho e estudo, do aumento populacional e do individualismo crescente, as pessoas se dedicam muito pouco a se relacionar com a comunidade próxima.” (p. 131) e acrescenta que “Mesmo no interior, nas pequenas cidades, hoje o comportamento social e individual mostra esse novo perfil de relações, o de uma fragilidade no laço social, escasseando-se os contatos de proximidade física” (p. 174) e, apesar desse momento atual, em seus estudos ela encontra várias comunidades que nomeia de “comunidade participativa”, que surge em contrapartida ao individualismo, revelando a outra face das pessoas que, apesar de estarem no mesmo contexto de uma organização social regida pelos preceitos de mercado, entendem que devem haver ações mais humanas que não visem apenas à competitividade. Esses comportamentos encontram sentido na religião, na filosofia humanista e na responsabilidade social.

Em pessoas como essas, que compõem comunidades participativas, e podem ser encontradas nas comunidades em geral, devemos investir no sentido de ajudar a envolver outras pessoas que estão afastadas do coletivo ou vivem apenas no coletivo que lhes é conveniente, distantes do sentido do viver comunitário. Viver em comunidade é olhar para o que lhes é de interesse e para as dificuldades da comunidade em geral.

Pierre Mayol (2013), estudando o bairro em sua antropologia urbana, traz reflexões preciosas sobre o valor das relações construídas em comunidade para a constituição das identidades, ou seja, na medida em que a Reabilitação Psicossocial trabalha na (trans)formação de indivíduos – a palavra entendida em sentido de meros números estatísticos – em sujeitos – aqui o “ser” sócio-histórico-cultural, desejante, em busca de significação no mundo – o SRT é uma das pontes entre um universo de exclusão/isolamento e outros espaços, lugares de interação.

2 JUSTIFICATIVA

Passada mais de uma década da instituição dos SRTs pela portaria nº 106/2000 (BRASIL, 2000a), serviços de grande relevância dentro da Reabilitação Psicossocial, torna-se necessário analisá-los e problematizá-los cientificamente para que se possa traçar seu perfil frente a referida portaria e sua relevância para as pessoas por eles beneficiadas.

3 OBJETIVOS

Analisar os SRTs do estado de São Paulo, Brasil, a partir da portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000a) no que diz respeito à estrutura, organização, função e Reabilitação Psicossocial, verificando a perspectiva dos moradores e dos profissionais em relação aos serviços.

Elaborar um documentário ²sobre algumas memórias de vida dos moradores, com vistas a aproximar e desmistificar seu cotidiano, colaborando para a desconstrução de preconceitos.

² Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=TDBOWM5qXNo&t=248s>>.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de natureza qualitativa, realizado com moradores e profissionais de 11 SRTs do estado de São Paulo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio e vídeo com os moradores e profissionais, e questionários com os profissionais.

A entrevista semiestruturada consiste numa técnica utilizada para orientar uma conversa com uma finalidade específica, havendo interação direta entre o pesquisador e os atores sociais, parte da elaboração de um roteiro com perguntas abertas em que o entrevistado discorra livremente sobre o tema proposto (MINAYO, 2010).

Realizamos a entrevista semiestruturada gravada em áudio e vídeo com os moradores dos SRTs, utilizando um roteiro com 4 perguntas disparadoras para a conversa, relacionadas a algumas memórias de suas histórias de vida, até o presente momento (Apêndice A).

Para a construção do documentário³ foram utilizadas todas as 4 perguntas disparadoras para a conversa; e, para esta Tese, apenas a quarta pergunta sobre os SRTs. Cada entrevista durou, em média, duas horas. Também realizamos entrevista semiestruturada, gravada em áudio e vídeo, com cinco profissionais, utilizando um roteiro sobre as SRTs, para compor e ilustrar o documentário (Apêndice B).

Os questionários consistem em roteiros com questões abertas e fechadas, podendo ser aplicados pelo pesquisador ou de forma indireta. Neste caso, aplicamos, indiretamente, questionário com questões abertas e fechadas com os 11 profissionais, ou seja, o documento foi autopreenchido (MINAYO, 2010). Os questionários (Apêndice C) foram construídos com base na Portaria/GM nº 106/2000 (BRASIL, 2000a). Cada aplicação durou em média duas horas, pois foi preenchido enquanto realizávamos as entrevistas com os moradores.

Também utilizamos a observação participante que “consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar

³ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=TDBOWM5qXNo&t=248s>>.

naquela situação” (QUEIROZ et al., 2007, p. 278). As observações tiveram um total de 44h e, ao final de cada visita, foram registradas em um diário de campo.

Todos os roteiros foram previamente testados com indivíduos que possuíam características semelhantes aos participantes da pesquisa. Tais testes foram realizados com dois moradores do SRT da cidade de Ribeirão Preto/SP e também com um profissional ligado ao mesmo serviço. Alguns ajustes foram feitos após o teste, e, a partir daí, tanto os roteiros das entrevistas quanto o roteiro do questionário foram considerados prontos para o uso na pesquisa.

4.2 Participantes e locais

Participaram do presente estudo 16 profissionais e 31 moradores de 11 SRTs, de nove cidades do interior do estado de São Paulo, Brasil.

4.2.1 Descrição dos locais (SRTs) e participantes

Para preservar o anonimato de cada serviço, os SRTs receberam nomes de flores por simbolizarem a vida com sua beleza e perfume, sempre singulares, representando a renovação que se sustenta em raízes históricas. Os dados sobre a população de cada município foi retirada dos *sites* da Prefeitura Municipal de cada uma das cidades visitadas, os quais não referenciamos aqui, também resguardando o anonimato.

O SRT Açucena, localizado em um município com aproximadamente 131 mil habitantes, tem 34 residências terapêuticas, sendo 32 do tipo I e duas do tipo II, todas localizadas fora da comunidade, 31 masculinas, duas femininas e uma mista, que, juntas, abrigam um total de 164 moradores, sendo 150 homens e 14 mulheres. Do total, 79 são idosos.

O SRT Amor-perfeito, localizado em um município com aproximadamente 29 mil habitantes, tem 10 residências terapêuticas, todas do tipo I e na comunidade. Oito são masculinas, uma feminina e uma mista, que, juntas, abrigam um total de 54 moradores, sendo 47 homens e sete mulheres, 40 são idosos.

O SRT Begónia, localizado em um município com aproximadamente 26 mil habitantes, tem 31 residências terapêuticas, sendo sete do tipo I e 25 do tipo II. As residências do tipo I estão na comunidade e as do tipo II estão fora da comunidade, 13 são masculinas, 14 femininas e quatro mistas, totalizando 131 moradores, sendo 59 homens e 72 mulheres, 72 do total são idosos.

O SRT Camélia, localizado em um município com aproximadamente 127 mil habitantes, tem oito residências terapêuticas, sendo cinco do tipo I e três do tipo II, todas fora comunidade, duas são masculinas, quatro femininas e duas mistas, que, juntas, abrigam um total de 45 moradores, sendo 24 homens e 21 mulheres, 19 são idosos.

O SRT Dente-de-Leão, localizado em um município com aproximadamente 81 mil habitantes, tem quatro residências terapêuticas, sendo duas do tipo I e duas do tipo II, todas na comunidade, uma é masculina, duas são femininas e uma mista, que, juntas, abrigam um total de 30 moradores, sendo nove homens e 21 mulheres, 14 são idosos.

O SRT Flor-de-cacto, localizado em um município com aproximadamente 127 mil habitantes, tem duas residências terapêuticas, sendo uma do tipo I e uma do tipo II, ambas na comunidade, mistas, que abrigam um total de 18 moradores, sendo sete homens e 11 mulheres, 12 são idosos.

O SRT Flor-de-lis, localizado em um município com aproximadamente 814 mil habitantes, tem oito residências terapêuticas, todas do tipo II. Todas estão na comunidade, quatro delas são masculinas, duas femininas e duas mistas, que, juntas, abrigam um total de 48 moradores, sendo 33 homens, 15 mulheres, seis são idosos.

O SRT Gardénia, localizado em um município com aproximadamente 68 mil habitantes, tem seis residências terapêuticas, sendo quatro do tipo I e duas do tipo II. Todas estão dentro da comunidade, cinco delas são exclusivamente masculinas e uma é mista, que, juntas, abrigam um total de 32 moradores, sendo 27 homens, cinco mulheres, do total 10 são idosos.

O SRT Girassol, localizado em um município com aproximadamente 364 mil habitantes, tem oito residências terapêuticas, sendo todas do tipo II, todas na comunidade, quatro masculinas, três femininas e uma mista, que, juntas, abrigam um total de 32 moradores, sendo 14 homens e 18 mulheres, 17 são idosos.

O SRT Hortência, localizado em um município com aproximadamente 658 mil habitantes, tem 11 residências terapêuticas do tipo II, todas na comunidade, seis masculinas, quatro femininas e uma mista, que, juntas, abrigam um total de 63 moradores, sendo 38 homens e 25 mulheres. Destes, 36 são idosos.

O SRT Orquídea, localizado em um município com aproximadamente 658 mil habitantes, tem sete residências terapêuticas, sendo cinco do tipo I, todas na comunidade, e duas do tipo II, que estão fora da comunidade, quatro são masculinas, duas são femininas e uma mista, que, juntas, abrigam um total de 37 moradores, sendo 24 homens e 13 mulheres. Do total, 20 são idosos.

A Tabela 1, a seguir, apresenta sinteticamente os dados dos SRTs, locais do presente estudo.

Tabela 1 – Descrição dos SRTs estudados (n=11), quanto à população dos municípios a que atendem, número de residências por tipo/localização/gênero, número de moradores por gênero, e número de idosos. Ribeirão Preto – 2015

SRT	População do município	Residências						Moradores			
		Tipo I / localização	Tipo II / localização	Masculinas	Femininas	Mistas	Total	Homens	Mulheres	Total	Idosos
Açucena	131 mil	32 (fora da comunidade)	2 (fora da comunidade)	31	2	1	34	150	14	164	79
Amor-perfeito	29 mil	10 (comunidade)	0	8	1	1	10	47	7	54	40
Begônia	26 mil	7 (comunidade)	25 (fora da comunidade)	13	14	5	32	59	72	131	72
Camélia	127 mil	5 (fora da comunidade)	3 (fora da comunidade)	2	4	2	8	24	21	45	19
Dente-de-leão	81 mil	2 (comunidade)	2 (comunidade)	1	2	1	4	9	21	30	14
Flor-de-cacto	127 mil	1 (comunidade)	1 (comunidade)	0	0	2	2	7	11	18	12
Flor-de-lis	814 mil	0	8 (comunidade)	4	2	2	8	33	15	48	6
Gardênia	68 mil	4 (comunidade)	2 (comunidade)	5	0	1	6	27	5	32	10
Girassol	364 mil	0	8 (comunidade)	4	3	1	8	14	18	32	17
Hortência	658 mil	0	11 (comunidade)	6	4	1	11	38	25	63	36
Orquídea	658 mil	5 (comunidade)	2 (fora da comunidade)	4	2	1	7	24	13	37	20

No total dos SRTs investigados, temos 130 casas, sendo 66 do tipo I e 64 do tipo II, 78 casas masculinas, 34 femininas e 18 mistas; 654 moradores, sendo 325 idosos, 129 curatelados, 432 são homens e 222 são mulheres.

Quanto aos profissionais, para preservar a identidade de cada entrevistado usamos nomes de pássaros, simbolizando a liberdade, aqueles que transitam/trabalham com as flores no processo de (re)produção, podendo gerar bons frutos.

Participaram 11 profissionais (um de cada serviço) respondendo ao questionário para pesquisa, os quais apresentamos no Quadro 1, abaixo, para melhor visualização (os campos “idade”, “profissão”, “cargo que ocupa no SRT” e “tempo de serviço” apresentam as informações como grafadas nos questionários pelos profissionais):

Quadro 1 – Características dos profissionais que responderam ao questionário, por serviço, profissão e cargo que ocupam. Ribeirão Preto – 2015

Codínome do profissional	Idade	SRT	Profissão	Cargo que ocupa no SRT	Tempo de serviço
Arara	35 anos	Dente-de-leão	Enfermeira	Enfermeira	7 anos
Beija-flor	63 anos	Açucena	Psicóloga	Psicóloga	3 anos
Coruja	32 anos	Flor-de-cacto	Enfermeira	Enfermeira	6 meses
Curió	61 anos	Hortência	Administradora	Administradora	23 anos
Gaivota	55 anos	Girassol	Pedagoga	Coordenadora	8 anos
Garça	46 anos	Begônia	Diretora técnica de saúde II	Responsável	2 anos
João de Barro	46 anos	Gardênia	Psicólogo	Coordenador	12 anos
Narceja	54 anos	Amor-perfeito	Psicóloga	Coordenadora	8 anos
Pica-pau	57 anos	Orquídea	Assistente social	Coordenadora	12 anos
Sabiá	52 anos	Flor-de-lis	Pedagoga	Coordenadora	2 anos
Tucano	46 anos	Camélia	Assistente social e diretora técnica de saúde I	Responsável	17 anos

Quanto às entrevistas semiestruturadas que ilustram o documentário, houve a participação de cinco profissionais, os quais apresentamos no Quadro 2, abaixo, para melhor visualização (os campos “Idade”, “Profissão”, “Cargo que ocupa” e “Tempo de serviço” apresentam as informações como relatadas nas entrevistas pelos profissionais):

Quadro 2 – Características dos profissionais que responderam à entrevista semiestruturada para o documentário, quanto à idade. Ribeirão Preto – 2015

Codínome do profissional	Idade	SRT	Profissão	Cargo que ocupa	Tempo de serviço
Canário	57	Girassol	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	6 anos e meio
Calopsita	33	Amor perfeito	Cuidadora	Cuidadora	6 anos
Irerê	51	Dente-de-leão	Cuidadora	Cuidadora	6 anos
Quero-quero	40	Flor-de-lis	Cuidadora	Cuidadora	4 anos
Tico-tico	55	Orquídea	Cuidadora	Cuidadora	12 anos

Para os moradores entrevistados usamos nomes de pedras preciosas, enfatizando como a vida e a liberdade são preciosas; que resistiram, ao longo do tempo, às adversidades e precisam ser valorizadas, (re)lapidadas e preservadas. O Quadro 3, a seguir, apresenta esses moradores, com os respectivos codinomes, naturalidade, idade, estado civil, religião e grau de instrução (Educação). Respeitamos as respostas dadas pelos mesmos que, muitas vezes, não se lembravam de dados ou os informavam de maneira imprecisa.

Quadro 3 – Descrição dos moradores entrevistados (n=31), quanto à naturalidade, idade, estado civil, religião e grau de educação formal. Ribeirão Preto – 2015

Morador (significado do codinome)	Naturalidade	Idade	Estado civil	Religião	Educação
Agata (pedra da proteção)	Águas de São Pedro/SP	51	solteira	católica	estudou um pouco
Água-marinha (pedra da fidelidade)	Nova América da Colina/PR	58	divorciada	católica	não estudou
Amazonita (pedra calmante)	São Paulo/SP	63	divorciada	gosta de todas as religiões	estudou até a primeira série do primário
Âmbar (pedra do sucesso)	São Paulo/SP	não lembra a idade	casado	católico	não estudou
Ametista (pedra da paz)	não lembra da cidade onde nasceu	34	solteira	católica	estudou pouco
Azurita (pedra da consciência)	Ribeirão Preto/SP	não lembra a idade	solteira	católica	estudou até o primeiro ano forte
Berito (pedra mágica)	Itaguará/MG	83	solteira	católica	estudou até o primário
Bronzita (pedra do espírito)	não sabe onde nasceu	não lembra a idade	solteiro		frequenta a escola
Citrino (pedra da prosperidade)	São Paulo/SP	65	separado	católico	estudou até o quarto ano
Cristal (pedra da harmonia)	Americana/SP	51	solteira	católica	estudou até a oitava série
Diamante (pedra da pureza)	Vargem Paulista/MG	55 ou 42 anos não tem certeza	solteira	católica	estudou pouco
Esmeralda (pedra que rejuvenesce)	Itu/SP	52	viúva	católica	estudou pouco
Fluorita (pedra da auto-confiança)	São Paulo/SP	58	solteiro	umbanda	estudou até a terceira série do primário
Granada (pedra da alma)	Barra Funda/SP	56	solteiro	católico	estudou até a quarta série do primário
Jade (pedra da alegria)	Baixada santista/SP	79	solteiro	não tem religião	não estudou
Jaspe (pedra da vitalidade)	Cristais Paulista/SP	53	solteiro	testemunha de Jeová	estudou o primeiro grau completo
Madripérola (pedra da proteção)	São Bernardo do Campo/SP	não lembra a idade	solteiro	seicho-no-ie	estudou até o colegial
Magnetita (pedra que estabiliza as energias)	Ouro Fino/MG	não respondeu	solteiro	católico	estudou até a terceira série do primário
Olho de Tigre (pedra contra inveja)	Cambuci/SP	51	solteiro	testemunha de Jeová	terminou ensino médio e segue carreira artística de pintura em óleo
Ônix (pedra da concentração)	não se lembra onde nasceu	41	solteiro	católico	estudou o telecurso de computação

Continua

Conclusão

Morador (significado do codinome)	Naturalidade	Idade	Estado civil	Religião	Educação
Pérola (pedra da atração)	Jundiaí/SP	83	solteira	crente	estudou pouco
Quartzo azul (pedra calmante)	Presidente Prudente/SP	perdeu as contas da idade	solteiro	católico	estudou na escola agrícola
Quartzo rosa (pedra do coração)	São Paulo/SP	52	solteira	católica	não estudou
Rubi (pedra do amor)	Três Lagoas/MS	49	solteira	católica	estudou bem mais tarde
Rutilo (pedra da verdade)	Pedreira/SP	não lembra a idade	solteiro	de Deus	estuda no programa Escola para Jovens e Adultos (EJA)
Safira (pedra da meditação)	Bauru/SP	65	viúva	católica	estudou um pouco
Topázio (pedra do bom humor)	Rio Grande do Norte/RN	49	solteiro	católico	estudou até a quinta série
Turmalina (pedra da amizade)	São Paulo/SP	não lembra da idade	casada	católica	não estudou
Turquesa (pedra da felicidade)	nasceu em uma fazenda no estado de Minas gerais não lembra o local	60	viúva	católica	não estudou
Zircão (pedra da virtude)	Bahia de Taculé/BA (não foi encontrada a cidade no território brasileiro)	50	solteiro	católico	estudou pouco

Passaremos, agora, a elucidar os critérios de inclusão dos participantes da investigação.

4.2.2 Critérios de inclusão

Inicialmente, fizemos um levantamento na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), Brasil, de todos os SRTs existentes nesse estado. Foram encontrados 45 municípios com SRTs, perfazendo um total de 49 serviços, pois haviam municípios com mais de um desses serviços (SÃO PAULO (ESTADO), 2010).

O critério de inclusão para seleção dos SRTs foi seu tempo de funcionamento, ou seja, o serviço deveria estar em funcionamento regular há, pelo menos, 10 anos. Dos 49 SRTs, 26 atendiam ao critério, assim, foram submetidos a uma análise geral mais criteriosa e confirmada a condição de sua inclusão.

Para a amostragem dos SRTs adotamos a estratégia de saturação dos dados, definida por suspender a inclusão de novos participantes quando os dados coletados, na visão do pesquisador, mostram uma redundância, uma certa repetição, assim não sendo mais

considerado relevante continuar a coleta (DENZIN; LINCOLN, 1994⁴ apud FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Cada serviço a ser estudado foi sorteado para que não houvesse preferência de serviços, então, sortearmos os 26 serviços que atendiam ao critério de inclusão e planejamos as viagens iniciando pelo primeiro sorteado e assim sucessivamente; ao término de nove SRTs visitados, observamos a saturação das informações, empreendendo, então, mais duas visitas que confirmaram tal saturação. Logo, foram incluídos no estudo 11 desses serviços, gerenciados pelo estado ou pelos municípios. Os 11 SRTs incluídos no estudo contavam com um total de 364 profissionais e 654 moradores.

Para a seleção dos moradores, os critérios de inclusão foram: o aceite ao convite aleatório, no sentido de evitarmos o risco de preferência de moradores bem adaptados ao serviço; e aceitarem, também, participar do documentário. Adotamos ainda a amostragem por saturação. Destaca-se que estabelecemos o mínimo de dois moradores para cada residência, havendo residências que colaboraram com mais de dois entrevistados, totalizando a inclusão de 31 moradores entrevistados no conjunto dos 11 SRTs estudados.

Em relação aos profissionais que participaram respondendo ao questionário, adotamos como critérios de inclusão: ser técnico do serviço (enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outros, exceto cuidador), pois, devido ao fato de acompanhar todas as casas que compõem o serviço, conheceria o projeto como um todo; e ter conhecimento da história do serviço. Assim, os profissionais que atendiam a tais critérios foram indicados pela coordenação dos referidos SRTs. Adotamos novamente a amostragem por saturação, priorizando os profissionais indicados pela coordenação. A amostra total consistiu em 11 profissionais, sendo um de cada serviço.

Para os profissionais que participaram da entrevista semiestruturada, no sentido de atender ao objetivo de elaboração do documentário, adotamos como critério de inclusão: aceitar participar do documentário, assim, os convidamos aleatoriamente para não ocorrer preferência/indicação daqueles que estariam ‘mais bem adaptados’ ao serviço.

4.3 Procedimentos

⁴ DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

4.3.1 Aspectos éticos

O projeto do presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e atende às normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com o número de protocolo CAAE: 27369614.9.0000.5393 (Anexo A).

Destacamos que, conforme a Resolução 466/12 (Item V) do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos e desconfortos, e, nesta, havia o risco de acidente com o equipamento eletrônico e desconfortos em relação ao tempo de entrevista e à presença de uma pessoa filmando ou gravando.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram elaborados em quatro formas diferentes e os Termos de Assentimento (TA) em duas formas diferentes, para contemplar todos os participantes envolvidos, sendo: TCLE para o morador legalmente capaz que concordou com a entrevista, filmagens e fotografias (Apêndice D); TCLE para o responsável por morador “legalmente incapaz” que concordou com a entrevista, filmagens e fotografias (Apêndice E); TCLE para o profissional do serviço que concordou com responder ao questionário (Apêndice F); TCLE para o profissional do serviço que concordou com responder ao questionário, filmagens e fotografias (Apêndice G); TA para o morador “legalmente incapaz” que concordou com a entrevista, filmagens e fotografias (Apêndice H); TA para o morador “legalmente incapaz” que concordou apenas com a entrevista (Apêndice I).

No momento da realização das entrevistas e aplicação dos questionários, os participantes assinaram os TCLEs devidos e, aqueles que se enquadravam na condição de “legalmente incapazes”, em acordo com a resolução 466/12, em seu item II.24, assinaram os Termos de Assentimento (TA). Tais documentos explicitam, segundo os itens II.23 e II.24 da referida resolução, o “consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, contendo todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar”, esclarecendo que, conforme o item V do mesmo documento:

“Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”, sendo que os desta investigação se justificam pelo benefício esperado⁵.

4.3.2 Procedimentos para coleta de dados e produção do documentário

Para o desenvolvimento da coleta de dados, incluindo o teste com os roteiros, foram necessários quinze dias viajando pelo interior do estado de São Paulo. Realizamos um planejamento das cidades a serem percorridas e montamos um cronograma de viagem que fosse o mais acessível possível em relação a tempo e custos. Entramos em contato com os coordenadores de cada SRT para agendar o dia e horário. Após tudo agendado e com os nomes de quem nos receberia, realizamos o contato com os profissionais.

O primeiro contato deu-se através de telefonemas nos quais os informamos sobre os dias e horários para as visitas e entrevistas. No dia agendado, visitamos os referidos serviços e o profissional a ser entrevistado já aguardava o pesquisador no local. Os objetivos do estudo foram novamente apresentados, e os questionários entregues aos profissionais para preenchimento no local em que se sentissem mais à vontade. Sete foram autopreenchidos nas dependências do próprio SRT, e quatro em outros locais de preferência do participante.

Em relação às entrevistas com os moradores, o primeiro contato deu-se com um diálogo informal, estabelecendo um vínculo e informando sobre o tempo e os procedimentos que realizaríamos com o equipamento de gravação e filmagem. Após o diálogo, organizamos um local adequado para evitar acidentes nas gravações e filmagens. Conforme o item IV.3-h da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, caso ocorressem danos decorrentes da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, o participante teria direito a pedir indenização legal. As entrevistas foram realizadas individualmente nas próprias residências dos SRTs e gravadas em áudio e vídeo.

Salientamos que antes da aplicação da entrevista e do questionário com os sujeitos inclusos definitivamente na pesquisa, realizamos testes com sujeitos que possuíam características semelhantes aos sujeitos participantes da pesquisa. Tal teste foi realizado com

⁵ Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2016.

dois moradores do SRT da cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil, e também com um profissional ligado ao mesmo serviço. O teste, além de indicar ajustes nos roteiros da entrevista e do questionário, serviu também de treinamento para a pesquisadora.

Para a elaboração do documentário, utilizamos as filmagens feitas durante as entrevistas semiestruturadas realizadas com os moradores, retratando suas memórias de vida, bem como com os profissionais (Apêndices A e B). O tempo total de filmagem foi de 36 horas, editadas em um documentário de curta metragem com 28min36s de duração (Apêndice J).

4.3.3 Procedimentos de análise dos dados

Todos os dados das entrevistas com os moradores, que dizem respeito à história de vida (infância, adolescência, vida adulta e hodierna), utilizamos para compor o documentário que ilustra suas trajetórias de vida. Para a análise da quarta questão dessa entrevista, relativa ao primeiro objetivo do presente estudo, foi realizada uma transcrição e analisada utilizando o método de Análise de Conteúdo Temática, que se organiza da seguinte forma: uma pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, procurando nas expressões verbais ou textuais os temas gerais mais recorrentes e ou relevantes, apontando os núcleos de sentido, os quais possuem algum significado para o objetivo da pesquisa (BARDIN, 2011).

Na primeira fase, deu-se a organização, a pré-análise pela leitura flutuante, estabelecendo contato com o material e conhecendo o texto. Daí surgiram impressões e orientações. Na segunda fase, a exploração do material, descobrimos os núcleos de sentido, realizando os recortes dos textos. No terceiro momento, tratamento dos resultados, transformamos os dados brutos em síntese do conteúdo, iniciamos a categorização dos dados. Essas categorias foram agrupadas de acordo com as falas que possuíam significados da mesma ordem; esse processo deu-se por meio da inferência do pesquisador (BARDIN, 2011). Por não ser de interesse desta pesquisa a quantificação da frequência com que cada palavra ou tema apareceu, agrupamos as falas dos entrevistados por temas com o mesmo significado, constituindo as categorias temáticas. Para a interpretação, utilizamos a relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica. Utilizamos como referencial teórico a portaria nº 106/2000 (BRASIL, 2000a) e a Reabilitação Psicossocial.

O questionário com questões fechadas, respondidas pelos profissionais, foi analisado de forma estatístico-descritiva. Optamos por analisar os dados pelo total, ou seja, o total de SRTs ($n = 11$), de profissionais ($n = 11$) e de moradores ($n = 31$), uma vez que o objetivo não é fazer comparação entre eles. Na questão aberta, do mesmo questionário, utilizamos também a Análise do Conteúdo temática, seguindo as mesmas fases já descritas (BARDIN, 2011).

5 RESULTADOS/DISCUSSÃO

5.1 Os SRTs em relação à lei

Apresentamos e discutimos, primeiramente, os resultados obtidos com as questões fechadas do questionário respondido pelos profissionais. O objetivo era averiguar se os SRTs estudados cumprem ou não o que define a portaria nº 106/2000 (BRASIL, 2000a) quanto a: estrutura, organização, função e Reabilitação Psicossocial. Apresentamos os resultados de forma estatística descritiva, em tabelas, tecendo discussões sobre eles.

Os SRTs devem ser exclusivamente de natureza pública; estarem integrados à rede de serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo; a critério do gestor municipal/estadual de saúde, os SRTs poderão funcionar em parcerias com organizações não-governamentais (ONGs) de saúde, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental (BRASIL, 2000a).

Na Tabela 2, abaixo, relacionamos a quantidade de SRTs que atendem a cada uma das determinações legais, indicando a porcentagem relativa àqueles cumpridores destas.

Tabela 2 – SRTs (n=11), em quantidade e porcentagem, que cumprem as determinações legais sobre natureza do serviço, cadastro no SUS, integração das redes de serviços, supervisão de serviço de saúde mental, parcerias com ONGs, número de moradores por tipo de casa, no estado de São Paulo. Ribeirão Preto – 2015

Determinação legal	SRTs que cumprem	
	Quantidade	Porcentagem (%)
Natureza pública	11	100%
Cadastro no SUS	10	90.9%
Integrados à rede de serviços do SUS	11	100%
Recebe supervisão de serviços de Saúde Mental	10	90.9%
Tem parcerias com ONGs	4	36.3%
Máximo 8 moradores (Tipo I)	10	90.9%
Máximo 10 moradores (Tipo II)	11	100%

De acordo com a Tabela 2, todos os SRTs são exclusivamente de natureza pública; 10 SRTs estão devidamente cadastrados no SUS, um não tem todas as casas cadastradas ainda;

10 SRTs estão ligados a um serviço especializado de saúde mental e recebe supervisão do mesmo, um SRT tem equipe própria e é considerado um serviço do SUS independente; quatro dos SRTs têm parceria com ONGS; os outros sete têm os próprios serviços do SUS, municipal e ou estadual, totalmente responsáveis pelo serviço.

Sobre o número de moradores por casa, um SRT não respeita o limite máximo de oito pessoas, estabelecido pela portaria, em uma das casas do tipo I que o compõem, quanto às casas do tipo II, todas respeitam o limite de 10 moradores.

Delgado (2006) explica que, em alguns casos, a questão de número de moradores em cada módulo pode oscilar em alguns SRTs, por serem flexíveis e considerarem questões clínicas e de desejo dos moradores. Há casas com casais, com três ou quatro moradores ou, até mesmo, por estarem em início de implantação, ocorrem módulos menores. Em alguns casos pode ocorrer de abrigarem, provisoriamente, mais do que oito moradores, até que um novo módulo seja implantado.

Prosseguindo com a avaliação, as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, devem estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos SRTs em Saúde Mental (BRASIL, 2000a). Assim, questionamos os profissionais sobre tais rotinas e resumimos os resultados na Tabela 3, abaixo:

Tabela 3 – Rotina de visitas das Secretarias Estadual e Municipal aos SRTs estudados, por quantidade e porcentagem de SRTs que as cumprem, no estado de São Paulo (n=11). Ribeirão Preto – 2015

Rotinas cumpridas	SRTs que cumprem	
	Quantidade	Porcentagem (%)
Rotina de acompanhamento Estadual	6	55%
Rotina de supervisão Estadual	6	55%
Rotina de controle Estadual	4	36%
Rotina de avaliação Estadual	7	64%
Rotina de acompanhamento Municipal	5	45%
Rotina de supervisão Municipal	4	36%
Rotina de controle Municipal	6	55%
Rotina de avaliação Municipal	2	18%

Na Tabela 3, quanto às visitas das Secretarias Estaduais, temos: seis SRTs recebiam visitas e cinco não recebiam visitas de acompanhamento; seis SRTs recebiam e cinco não recebiam visitas de supervisão; quatro SRTs tinham e sete não tinham rotina de controle; e sete SRTs recebiam visitas de rotina de avaliação, enquanto quatro não recebiam.

No que diz respeito às rotinas das Secretarias Municipais: cinco SRTs recebiam e seis não recebiam rotina de acompanhamento; quatro SRTs tinham e sete não tinham rotina de supervisão; seis SRTs recebiam e 5 não recebiam visitas de rotina de controle; dois SRTs recebiam enquanto nove não recebiam rotina de avaliação.

Fica evidente que há uma falha no que tange aos apoios das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde em todos os sentidos: rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação. Isso prejudica muito os SRTs, pois é por meio dessas visitas, ou seja, do *feedback* e ajustes propostos a partir delas, que os serviços podem refletir sobre seu trabalho e garantir uma assistência de qualidade. Chama atenção o fato de que apenas quatro rotinas determinadas legalmente são cumpridas em mais de 50% dos SRTs.

Não faz sentido cumprir determinantes burocráticos e estruturais como os descritos na Tabela 2, se não há uma problematização dos trabalhos, um acompanhamento de avaliação e supervisão. Os serviços não podem estar isolados. E esse isolamento de que falamos não é o da comunidade, pois, ainda que esteja aí inserido

(...) o terreno da moradia, do bairro, da cidade é instável demais para permitir olhares desatentos, porque a configuração do SRT, sem o apoio rotineiro de uma equipe imbuída dos princípios da Reforma Psiquiátrica, facilmente transforma o bairro em deserto, incapaz de desmontar o manicômio existente em cada um de nós e de possibilitar a almejada inclusão social (MATOS; MOREIRA, 2013, p. 675).

A portaria nº 106/2000 define, ainda, que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os SRTs estejam vinculados devem possuir equipe técnica que atue na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais: um profissional de nível superior da área de saúde, com formação, especialidade ou experiência na área da saúde mental; dois profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2000a).

E diz mais sobre a equipe: deve estar centrada nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social; 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, na reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários (BRASIL, 2000a).

A Tabela 4, que segue abaixo, mostra a composição das equipes de cada SRT estudado, por especificidade e número de profissionais. Alguns deles realizam também o trabalho de Acompanhante Terapêutico (AT). Trabalho de grande importância na Reabilitação Psicossocial, por isso, indicamos com a sigla AT aqueles profissionais que desenvolvem a prática sobre a qual falaremos mais adiante.

Tabela 4 – Profissionais (n=364), por especialidade e SRT, nos SRTs estudados no estado de São Paulo. Ribeirão Preto – 2015

Profissional	SRT											Total
	Açucena	Amor-perfeito	Begônia	Camélia	Dente-de-leão	Flor-de-cacto	Flor-de-lis	Gardênia	Girassol	Hortência	Orquídea	
Acompanhante Terapêutico /AT	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	10
Administrativo	-	-	-	-	-	-	-	2	-	3	-	5
Assistente social	1	1	2	1	1	1	-	-	1	-	1	9
Auxiliar/técnico de enfermagem	86	-	40	32	-	1	-	-	7	-	-	166
Cuidador	3	8	26	8	21	13	-	9	-	33	16	137
Enfermeiro	5	1	3	-	1	1	-	-	-	-	-	11
Fisioterapeuta	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Médico clínico	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Nutricionista	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Oficial de saúde	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Pedagogo	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Psicólogo	1	1	2	1	-	-	-	1	1	-	1	8
Psiquiatra	2	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4
Serviços Gerais	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	3
Terapeuta ocupacional	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	1	4
Total de profissionais	101	13	77	43	23	16	11	12	11	38	19	364

As equipes de trabalho dos SRTs não necessariamente são as mesmas equipes dos serviços de saúde mental a que estão vinculados. Seis SRTs só contam com o apoio dos serviços de saúde mental aos quais estão vinculados e lhes oferecem assistência e supervisão; quatro SRTs têm parceria com ONGs, destas, três possuem equipe de trabalho própria, contratada pelas ONGs e essas equipes recebem supervisão do serviço de saúde mental ao qual estão vinculadas. Nesse caso, os serviços são: Ambulatório de Saúde Mental; Centro de Atenção Psicossocial I e Centro de Atenção Psicossocial II. Um SRT não tem equipe técnica, apenas cuidadores, e não conta com equipe técnica do serviço de saúde a que está vinculado. Um SRT tem equipe própria e é considerado um serviço de saúde mental, não estando vinculado a nenhum outro serviço.

Analisando os dados da Tabela 4, percebemos dois serviços que se destacam: Hortência que tem profissionais contratados segundo as necessidades do SRT e não dos usuários. Não há profissionais contratados para trabalhar a Reabilitação Psicossocial e a equipe técnica do serviço de saúde mental ao qual é vinculado não oferece equipe técnica para atuar na assistência e supervisão dos moradores e trabalhadores. Por outro lado, temos Girassol que apresenta uma equipe própria para o SRT, não está ligado a nenhum serviço de saúde, mas tem uma equipe completa vantajosa para o trabalho voltado aos moradores, com

todos os profissionais focados nisso. Sem cuidadores, eles têm uma cozinheira e uma faxineira que circulam pelas casas dando auxílio em relação à alimentação e limpeza. Também trabalham com um profissional de referência e todos realizam suas atividades circulando pelas casas para ouvir e ajudar os moradores no que for necessário.

As casas são todas consideradas “24 horas”, há uma casa, localizada centralmente em relação às demais, mas sem nenhuma identificação diferenciada, que funciona como uma casa de apoio, onde concentram-se os profissionais técnicos (sem moradores), a enfermagem trabalha 24 horas e, quando há uma situação na qual uma das residências precisa de auxílio, os moradores telefonam ou vão até essa casa. Quem (morador) consegue organizar a rotina de medicação o faz e, além disso, auxilia seus companheiros de casa sem tal habilidade a dirigirem-se (quando possível) até a casa de apoio para tomar os remédios, quando não é possível essa locomoção, o profissional vai até as casas. Nessa equipe há 11 profissionais capacitados como ATs, trabalhando com a Reabilitação Psicossocial.

Cinco dos 11 SRTs relataram contar com profissionais que utilizam uma ferramenta importante para realizar o processo da Reabilitação Psicossocial: o Acompanhamento Terapêutico (AT). Há um SRT que ofereceu o curso de AT para os profissionais, e os cuidadores foram contratados e registrados em carteira como AT. Os demais SRTs mencionaram que alguns técnicos e cuidadores têm essa especialidade e a utilizam como ferramenta de trabalho.

O AT é uma ferramenta importante no processo de desinstitucionalização, por ser uma modalidade terapêutica usada em meio ao processo de Reabilitação Psicossocial, resgatando vínculos sociais, a cidadania e a circulação em espaços físicos e sociais, que façam sentido para a pessoa com diagnósticos de transtornos mentais, independente de sua patologia (CARNIEL; PEDRÃO, 2010).

O profissional presta o serviço em momentos difíceis, nos quais pode decidir pelo cliente em situações nas quais este ainda não é capaz de agir por si só. Empréstimo do ego a ele em determinados momentos, e, espelho dos seus aspectos mais neuróticos, ajuda a conseguir uma linguagem libertadora, permitindo-o sair de sua clausura para reintegrar-se à sociedade. O acompanhante terapêutico deve estimular o desenvolvimento das áreas mais organizadas daquela personalidade neurótica propondo tarefas interessantes, canalizando as inquietudes para liberar a capacidade criativa inibida, a estruturação da personalidade, bem como ajudar a reencontrar-se com a realidade. O AT deve, ainda, dissociar-se para poder relacionar-se com o cliente e, ao mesmo tempo, manter um distanciamento que lhe permita observar e avaliar a interação (BARRETO, 2000).

Promover saúde mental significa, de fato, fornecer a todos os cidadãos, especialmente aqueles que ocupam um papel de responsabilidade, instrumentos para enfrentar a loucura, quer dizer: desenvolver conhecimentos e competências; apoiar concretamente a reintegração social; incentivar o protagonismo dos usuários; fortalecer o papel daqueles que podem modificar as estereotipias e o estigma (VENTURINI, 2010, p. 474).

A constituição de uma equipe multiprofissional e a questão do trabalho em equipe, tão preconizada pelos diferentes seguimentos que assistem à saúde do ser humano, tem na psiquiatria uma forte âncora. Certamente é a área da saúde que mais contribui com essa questão, pois de longa data vem pautando o seu trabalho na articulação com as diferentes áreas de conhecimento em benefício aos portadores de transtornos mentais assistidos nos diferentes serviços de assistência psiquiátrica. Trata-se de uma articulação difícil, mas na psiquiatria pode-se dizer, com grande chance de acerto, que a equipe multiprofissional funciona (MACHADO; MIASSO; PEDRÃO, 2011, p. 463).

Assim, é importante pensarmos sobre as experiências profissionais de tais trabalhadores, bem como nas formas de capacitação dos mesmos para tais trabalhos. Trabalhar em equipe abarca grandes dificuldades e entraves relacionados a visões ainda muito hierarquizadas das relações de poder que envolve. A descentralização é de vital importância para o desenvolvimento das práticas, ainda mais sob o pressuposto da Reabilitação Psicossocial.

Nove dos 11 SRTs, de acordo com os questionários respondidos, têm como objetivo principal a Reabilitação Psicossocial como preconiza a portaria nº 106/2000 (BRASIL, 2000a), mas, o que nos chamou atenção, foram as respostas de três dos serviços. Begônia disse que o objetivo é “assistência social”, Camélia referiu-se a “propor espaço de moradia”, e Dente-de-leão falou em “inserir o morador na comunidade”. Tais respostas revelam uma visão estreita do objetivo dos serviços, pois, apesar de serem trabalhos importantes no processo, a Reabilitação Psicossocial abrange diversos outros processos. Notamos ainda haver desconhecimento sobre a dimensão do trabalho a ser feito.

Nem todos os profissionais trabalham nessa dimensão, ou têm experiência e capacitação adequadas para tanto. O texto legal (BRASIL, 2000a) exige que os serviços ambulatoriais que dão assistência e supervisão aos SRTs tenham, no mínimo, um profissional com nível superior com formação, especialidade ou experiência na saúde mental e dois profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em Reabilitação Psicossocial. Exceto o SRT Hortência, que não respondeu a esses itens do questionário, todos cumprem tal determinação, porém, pensamos ser importante saber do total dos profissionais

envolvidos, qual a formação e que experiência têm. A Tabela 5, a seguir, apresenta o número de profissionais com formação de nível superior dos SRTs, que têm experiência na Saúde Mental, e o número de profissionais com nível técnico de formação e cuidadores que tenham tal experiência, bem como quantos do total de profissionais trabalham com a Reabilitação Psicossocial, não sendo considerados os profissionais que trabalham sem contato direto com os moradores.

Tabela 5 – Quantidade de profissionais com nível superior (n=42), com nível médio (n=322) que trabalham com a Reabilitação Psicossocial (n=364) nos SRTs estudados no estado de São Paulo (n=11). Ribeirão Preto – 2015

Profissionais	Quantidade	Porcentagem em relação ao total de profissionais do tipo nos SRTs
Com nível superior contratados com experiência ou formação em Saúde Mental	14	33%
Com nível médio contratados com experiência e/ou capacitação em Reabilitação Psicossocial	314	90%
Total de profissionais, independente do nível de formação, que trabalham com a Reabilitação Psicossocial	289	83%

Notamos que, de 42 profissionais com nível superior, 14 têm formação ou experiência, no entanto, 20 não tinham nenhum dos requisitos e oito receberam capacitação no próprio serviço.

Já os cuidadores e técnicos que trabalham com a Reabilitação Psicossocial são 289 e os que não trabalham com a Reabilitação Psicossocial são 75. O objetivo principal dos SRTs é, ou deveria ser de fato, a Reabilitação Psicossocial. Não importa o cargo que se ocupe, todos têm o dever de trabalhar nessa perspectiva. Devemos lembrar que sem ela o trabalho fica prejudicado, pois é pela Reabilitação Psicossocial que podemos ajudar a promover o encontro entre morador e liberdade. Não podemos reproduzir nos SRTs o modelo de exclusão e asilamento dos hospitais psiquiátricos, manter a Instituição Psiquiátrica clássica, ainda que fora de seus muros físicos.

A reabilitação é considerada, antes de tudo e neste momento, historicamente, em todo mundo, uma necessidade ética, é uma exigência ética. E, portanto, deve permanecer a um grupo de profissionais que tem como prioridade a abordagem ética do problema da saúde mental (SARACENO, 2016a, p. 19).

Os profissionais da saúde mental, além de sua formação (competência), deveriam ser analisadores da realidade social e valorizadores de recurso humano. Deveriam estimular a coesão social, sustentar as redes informais, manter as motivações, apoiar mais a convergência em vez das disputas, e legitimar os sujeitos envolvidos (VENTURINI, 2010).

Dos 11 SRTs apenas um não respondeu sobre quem realiza o trabalho com a Reabilitação Psicossocial; dois responderam que apenas os técnicos fazem esse tipo de trabalho; e oito disseram que todos os profissionais trabalham com a Reabilitação Psicossocial.

Entendemos que, para o profissional que trabalha com a saúde mental ter toda essa condição, são necessários investimentos em capacitação, supervisão, infra-estrutura e comprometimento para que o trabalho desenvolva-se com eficiência. Salles e Miranda (2016) retratam em pesquisa a importância da capacitação, supervisão e momentos de reflexão para o trabalhador.

Os serviços de saúde mental precisam oferecer uma assistência à saúde que contemple cuidados para identificar e avaliar a sobrecarga dos cuidadores além de promover treinamento de habilidades que estimulem a autonomia e a reabilitação psicossocial dos doentes mentais (CARDOSO; GALERA, 2011, p. 690).

O profissional da saúde precisa superar visões reducionistas e lidar de maneira efetiva frente à complexidade do setor, precisa incorporar o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas como: educação, trabalho e renda, habitação, transporte, meio ambiente, energia, agricultura e etc., além do contexto social, econômico, político, geográfico e cultural da região em que atua (BUSS, 2000).

O olhar do profissional, nesse sentido, deve ser totalizante, com a compreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizado pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos (ALVES, 2005).

Bressan e Marcola (2016) mostram bem quando essa visão biopsicossocial não ocorre, pois constata-se em seu estudo que a falta de capacitação, supervisão e apoio permanente aos cuidadores causam situações desastrosas, ponto central de fragilidade do

serviço, as ações de cuidadores são baseadas em suas próprias vivências e valores morais, assim, causando discriminação, preconceito, negligência e até violações dos direitos humanos.

Silva e Azevedo (2011) chamam nossa atenção para que os cuidadores sejam mais abertos e flexíveis diante dos anseios de cada morador, estimulando e oferecendo a este posição privilegiada de agente que vive em comunidade, participando das relações e trocas sociais. Dessa forma aumentaria a satisfação do usuário no processo de produção de vida em sociedade e cidadania.

O “cuidador” deve saber quando a ajuda não é necessária, respeitar a dignidade humana, promover a participação do usuário nos cuidados, respeitar sua liberdade individual e proporcionar informações que o permitam tomar suas próprias decisões (LIMA; CARDOSO; SANTOS, 2010, p. 111).

O trabalho social muitas vezes assemelha-se a uma massa emaranhada de fios e ferro, por isso é necessário paciência no desenrolamento, sabemos dos riscos de ficar todo enrolado e ferido, mas, se há dedicação, pode-se conseguir desfazer todos os nós (VENTURINI, 2010).

(...) deve-se ir mais além do que “executar” determinada ação por eles (ligar TV e aparelho de som, administrar medicação). É preciso instigar a volição e a autonomia dos moradores, na tentativa de conferir uma posição mais ativa e menos dependente, mesmo reconhecendo que a herança manicomial os levam, quase sempre, a esperar pelo “outro que cuida” (SILVA; AZEVEDO, 2011, p. 605).

Percebe-se a importância de profissionais com característica transdisciplinar, para que possam abarcar todos os níveis de necessidades e demandas desse tipo de trabalho em saúde mental com toda sua subjetividade, enfrentando os desafios e se colocando como agentes transformadores.

O papel desses profissionais é emprestar poder contratual, auxiliar no despertar de desejos, intermediar ações e relações, facilitar processos e favorecer a abertura de espaços de negociação. Esses também devem rever o seu papel, no sentido de pensar sobre o poder que lhes é dado, refletindo sobre sua função política e ética, construindo novas formas de se relacionar com o outro, pois, para facilitar o trabalho, muitas vezes desenvolvem-se respostas que invadem o espaço e impõem à casa características indesejadas: falta de negociação, controle do ir e vir do morador, prontuários ou livros de registros dentro das casas, a maneira

de circular pela casa e se relacionar com os moradores em posição de superioridade (MARQUES; MÂNGIA, 2012).

Com tantas especificidades e saberes envolvidos nesse trabalho, cumpre-nos dizer que a legislação, apesar de exigir capacitação, omite-se quanto ao tipo de capacitação, seus requisitos e objetivos. Assim, muitas vezes os próprios serviços criam e oferecem cursos, palestras e oficinas com vistas à formação de seus profissionais. Isso não é necessariamente ruim, em geral é positivo na medida em que mobilizam os próprios profissionais para a reflexão sobre o trabalho, como no caso relatado por Lima, Cardoso e Santos (2010), desenvolvido em Salvador/BA, a equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) que oferece suporte aos SRTs, perceberam uma carência na formação técnica dos cuidadores e ofereceram uma capacitação para profissionais cuidadores daquele serviço. A capacitação teve como objetivo primordial promover reflexão crítica da realidade, inteirando-os do uso de recursos e estratégias no cuidar. A capacitação foi dividida em três módulos: cuidando do corpo, cuidando da mente e cuidando da alma e, ao final, foi oferecido um certificado aos participantes. Uma rede de formação, que constitui parâmetros e oportuniza trocas de experiências e saberes de forma organizada, pode potencializar esses trabalhos de capacitação.

Como vimos na seção sobre a Reabilitação Psicossocial, constitui-se como desafio da área a necessidade de romper com o paradigma do entretenimento, das práticas baseadas no improviso e em formações/experiências difusas, ou seja, buscar uma prática que de fato se baseie em evidências e no conhecimento já produzido sobre. Este trabalho como muitos outros que vimos mobilizando aqui contribui para o trilhar desse caminho.

Tal desafio não está fechado em nosso recorte de pesquisa, mas configura-se como desafio mundial. Pingani et al. (2012) mostram-nos como apenas na Itália, país pioneiro nos processos de desinstitucionalização, desde o ano de 2001, há um curso de graduação, em nível superior, para técnicos em Reabilitação Psicossocial. Um curso de seis semestres que conjuga conhecimentos teóricos e práticos sob supervisão, que forma profissionais com o objetivo de “(...) *to assist psychiatric patients in re-acquiring the skills that have been impaired by mental illness through appropriate and specific rehabilitation techniques*”⁶ (p. 702).

Essa formação italiana abrange tanto conhecimentos teóricos de enfermagem, psicopatologia, neurologia, etc., quanto conhecimentos relacionados à comunicação, ao

⁶ (...) assistir pacientes psiquiátricos, por meio de técnicas específicas e apropriadas, em readquirir habilidades comprometidas pela doença (Tradução nossa).

trabalhar em equipes multidisciplinares, a técnicas de (re)inserção comunitária, a promoção de campanhas preventivas e de desestigmatização frente à comunidade, resgate das relações familiares, (re)inserção no mundo do trabalho, entre tantos outros relacionados ao reabilitar (PINGANI et al., 2012). O curso é oferecido por 20 universidades italianas e tem vagas limitadas.

Tendo em vista que o objetivo principal, reabilitar psicossocialmente, encampa o contexto social como elemento de primeira importância, devemos discutir o fato de muitas das casas estudadas não encontrarem-se na comunidade, mas em regiões distantes, isoladas, ou mesmo nos próprios espaços de hospitais psiquiátricos.

Na Tabela 6, apresentamos os números relativos à quantidade de casas que encontram-se inseridas em bairros dos municípios, possibilitando relações mais estreitas com a comunidade e àquelas que se encontram fora da comunidade.

Tabela 6 – Número de casas (n=130) e porcentagem por tipo e localização dos SRTs estudados (n=11), no estado de São PauloSP. Ribeirão Preto – 2015

Localização	Tipo I	Tipo II	Total	Porcentagem em relação ao total geral
Na comunidade	29	32	61	47%
Fora da comunidade	37	32	69	53%
Total	66	64	130	100%

Dos SRTs pesquisados, 61 casas estão dentro da comunidade e 69 estão fora dela, ou seja, mais da metade (53%) foram construídas dentro do território do hospital psiquiátrico ou em fazendas, distantes do convívio comunitário diário. Estar inserida é um fator que contribui muito para o sucesso da Reabilitação Psicossocial. Isso não significa que os moradores das casas fora da comunidade não tenham contato nenhum com contexto social urbano, pois em todos os SRTs é realizado o trabalho comunitário, participando de eventos como festas típicas, passeios em clubes, bailes, igrejas, restaurantes, centros comunitários, serviços de saúde, estádio de futebol, sorveterias, viagens, sair para realizar compras pessoais e recebimentos no banco, etc., mas a maioria depende de acompanhantes para realizar essas atividades, por ser muito longe e não terem familiaridade com o meio, ou por ser um local afastado, o acesso fica mais difícil. Às vezes é necessário meio de transporte da própria instituição, que nem sempre pode atender no momento em que o morador deseja, ou são

necessários longos trechos de transporte público, quando disponível. Alguns conseguem custear o serviço de táxi, mas nem sempre.

Pierre Mayol (2013), ao estudar o bairro, fazendo uma análise socioetnográfica da vida cotidiana, mostra-nos o quanto este é importante na construção de identidades, nas tramas das relações intersubjetivas e internalização do que chama de “conveniência” das ações dos sujeitos, uma série de “benefícios simbólicos” (p. 38) enraizados nas tradições culturais dos usuários do espaço. É o cumprimentar, acenar, trocar meia dúzia de palavras, falar sobre o clima e a família, que vão definindo na rede de relações próximas quem é o ‘simpático’, o ‘antipático’, a ‘recatada’, os ‘devassos’, com quem se pode contar, e quem se prefere evitar. Para tirar proveito desse processo, há um preço a pagar: o da “conveniência” de nossas atitudes.

O bairro compreende o lugar pelo qual transitamos sem a necessidade de meios complexos de transporte. Basta uma caminhada para estar imbuído na trama complexa de relações que ele oportuniza.

“O bairro aparece assim como o lugar onde se manifesta um ‘engajamento’ social ou, noutros termos: uma arte de conviver com parceiros (vizinhos, comerciantes) que estão ligados a você pelo fato concreto, mas essencial, da proximidade e da repetição” (MAYOL, 2013, p. 39). Assim, pouco a pouco os sujeitos vão assumindo seus papéis sociais, sendo reconhecidos nesse espaço intermediário entre o público (cidade) e o privado (casa). Tal processo é importantíssimo para os moradores dos SRTs, pessoas que saíram de uma condição de apagamento identitário, de isolamento e subjugo e, agora, buscam (re)significarem-se.

É no bairro que, ao sair de casa, efetua-se um ato cultural, inscrevendo-se em uma rede de sinais preexistentes (vizinhos, lugares, etc.). Aprende-se sobre o espaço e sobre o corpo.

A fixidez do habitat dos usuários, o costume recíproco do fato da vizinhança, os processos de reconhecimento – de identificação – que se estabelecem graças à proximidade, graças à coexistência concreta em um mesmo território urbano, todos esses elementos “práticos” se nos oferecem como imensos campos de exploração em vista de compreender um pouco melhor esta grande desconhecida que é a vida cotidiana (MAYOL, 2013, p. 40).

Fica clara a importância desses serviços estarem localizados nos espaços comunitários, em bairros da cidade, de fácil acesso às necessidades cotidianas do morador. Nas casas assim localizadas, a dependência da instituição e dos profissionais fica menor. Não

se necessita de condução ou da disponibilidade de profissionais; o acesso é mais livre e mais independente para realizar as atividades do dia a dia e exercer o poder de cidadania.

Em estudo, Ribeiro Neto e Avellar (2016) constataram que o morador precisa circular pelo bairro, pois é no contato com os espaços sociais e estabelecimentos comerciais daquele contexto que ocorrerá a criação de vínculos e laços afetivos.

Devemos lembrar que o trabalho deve ser progressivo e que os SRTs que se encontram distantes do convívio comunitário devem conquistar um local na comunidade, como aqueles moradores que hoje precisam ser acompanhados, amanhã conquistarão sua autonomia, sabemos que alguns, por questões clínicas, não terão condições de conquistar a autonomia e serão cuidados por profissionais 24h, mas, com certeza, para os que puderem devemos investir nos seus potenciais.

O trabalho com pacientes psiquiátricos em moradias comuns, que proporcionam cotidianos mais ricos em reabilitação psicossocial, não deve se caracterizar apenas como mudança física, estrutural ou hotelaria mais humanizada. Ainda que essas mudanças tenham grande importância e permitam visualizar o processo da assistência psiquiátrica, mais relevante é a orientação desse trabalho para reinserção do doente mental na comunidade e a construção de sua cidadania (SPRIOLI; COSTA, 2011).

Temos SRTs conquistando os espaços comunitários e sociais localizados em bairros da cidade e outros que ainda estão nas dependências dos hospitais, mas pensando que o próximo passo é a mudança, aumentando o poder de contratualidade e construindo subjetividade.

Há um projeto dos SRTs que avança na construção de novas casas dentro de uma fazenda bem distante do convívio comunitário e social diário. São casas novas com toda infraestrutura necessária para morar, mas local esse que, longe do convívio social, pode tornar-se mais uma reprodução da Instituição Psiquiátrica clássica (SARACENO, 2001).

A comunidade, em especial os vizinhos, podem ser transformadores na vida de uma pessoa. Vivenciamos situações das mais diversas entre vizinhos, que vão da solidariedade às discussões; compõem a trama da vida comum: quantas vezes vizinhos socorrem vizinhos, com uma palavra amiga, com um alimento, com roupas e calçados que já não servem mais para seu filho, por motivo de saúde, emprestando o carro, ajudam nos curativos para cuidar de uma vizinha com câncer, vizinhos que contribuem com a educação escolar de crianças do bairro, incentivando e ajudando a estudar por muitos anos, ou que cuidam dos filhos alheios para a mãe ir trabalhar.

Vivemos em uma sociedade que vem perdendo muito dessa proximidade (BAUMAN, 2001; PAGOT, 2012). Vizinhos estão tornando-se “estranhos”, mas, em nosso percurso como profissional de SRT, e mesmo como sujeito que cresceu em bairro periférico de uma cidade de médio porte, pudemos vivenciar essas trocas, aprender com elas.

O trabalho de Reabilitação Psicossocial deve ser feito com a comunidade, deve-se iniciar um processo de combate ao “bloqueio comunitário” como nomeia Venturini (2010), de exclusão, oferecendo informações reais para a comunidade do que seria a “loucura”, como ela deve ser tratada, e qual a proposta dos SRTs.

A exclusão é de fato um fenômeno acumulativo e multidimensional. (...) A frente do elemento perturbante, as organizações sociais erguem um muro contra quem eles acham diferente. A sociedade se autodefende com – o chamado – “bloqueio comunitário”. Dessa maneira a comunidade se expropria da própria capacidade de cuidar e delega a experts a solução do assunto, mas com um vínculo: separar os diversos em lugares fechados (VENTURINI, 2010, p. 473).

(...) não basta modificar os locais de atendimento se não forem modificadas as representações associadas à doença mental, fazendo um movimento que dissocie a loucura da violência, da improdutividade e da incapacidade de articulação social (MELLO; FUREGATO, 2008, p. 458).

A experiência do Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira, na cidade de Campinas/SP, é um exemplo de trabalho comunitário (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011), pois, antes de estabelecer o SRT no bairro, os profissionais realizaram um longo processo de informação e orientação sobre o manejo com a pessoa portadora de sofrimento psíquico: como é possível conviver, sobre o tratamento, sobre a equipe de trabalho, falaram também sobre o preconceito e a segregação. Tal processo foi muito importante para se iniciar a integração, demonstrando que, como vimos enfatizando ao longo deste texto: “Neste sentido a reabilitação psicossocial é um processo que deve ser vivido, por pacientes, equipes, famílias e comunidade” (VALENTINI JÚNIOR; VICENTE, 2016, p. 64).

Essa proposta dá-se por um trabalho “porta a porta”, visando promover articulação com profissionais, família – seja ela biológica ou formada por um novo núcleo familiar de adoção ou constituída pelos próprios moradores das SRTs – e com a comunidade – vizinhos, comércio local, serviços de saúde, assistência social, educacional e cultural – ampliando a capacidade de integração com a sociedade.

Adentremos, agora, as casas em si, sua estrutura física, ocupações diárias, como se mantêm (orçamento), organização, e, então, conheceremos seus habitantes melhor (moradores e trabalhadores).

A portaria nº 106/2000, sobre as características físico-funcionais dos SRTs, determina que devem: apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais; ter espaço físico que contemple de maneira mínima: dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 8 usuários, acomodados na proporção de até três por dormitório; sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e uma boa comodidade dos usuários; dormitórios devidamente equipados com cama e armário; copa e cozinha para execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários e etc.), garantia de, no mínimo, três refeições diárias sendo café da manhã, almoço e jantar (BRASIL, 2000a).

De acordo com as informações levantadas pelos questionários e pelo diário de campo produzido durante as visitas, podemos informar com satisfação que todas as moradias cumprem com tais determinações, inclusive no que se refere às refeições, nenhuma casa apresentou menos do que quatro refeições diárias.

Os espaços físicos contemplam até três moradores por dormitório, há salas de estar, cozinhas, quartos, banheiros, lavanderias e varandas. Todos os cômodos estão devidamente mobiliados e estruturados com equipamentos adequados. Além de mobílias adequadas, os moradores têm pertences e objetos de sua preferência como: enfeites, roupas de cama e banho, eletrodomésticos (TV, rádio, despertadores, telefone celular, entre outros) escolhidos por eles mesmos.

Ajudar na escolha dos imóveis, escolher sua casa, se vai ter jardim, varanda, ser azul ou verde, os móveis, montar a casa, fazer o maior número possível de escolhas é um fator primordial para que os moradores possam “apropriar-se” da casa (MARQUES; MÂNGIA, 2012).

(...) em maior ou menor grau, a marca de seus moradores, seja na forma de organizar e gerir o cotidiano, seja nos detalhes que compunham cada uma delas. O móvel com estátuas de santos católicos ou a cama decorada com ursos de pelúcia revelavam singularidades e subjetividades, tendo significado especial para os que investiram tempo e afeto na organização da casa (MARQUES; MÂNGIA, 2012, p. 248).

Afinal, em sentido geral, o que é uma casa?

Toda casa é parecida: sala, quarto, banheiro, varanda, quintal, em algumas mais cômodos outras menos, com mais ou menos estrutura, mas em todas moram pessoas, pessoas sozinhas ou acompanhadas de uma família, famílias cheias de sabedoria ou em crescimento. A casa é um lugar de proteção, de construção de subjetividade, de concordâncias e discordâncias, de amor e afeto.

Todavia, não basta ‘estar’ na casa para que tais dimensões emerjam, para que as coisas façam sentido. Apenas ‘estar’ não basta, é preciso ‘habitar’ o espaço, ter a noção de pertencimento de si ao lugar e do lugar a si.

O ‘habitar’ “(...) tem a ver com um grau sempre mais evoluído de propriedade (mas não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com os outros” (SARACENO, 2001, p. 114). O ‘estar’ relaciona-se “com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional, nem material, nem simbólico” (SARACENO, 2001, p. 114).

Segundo Certeau (2013), esse lugar que se habita é o espaço próprio, em que a disposição de cada objeto, cada cor e odor já contam histórias de vida sem a necessidade de palavras. Ali só entra quem se convida. Quando a casa é violada, roubada, em geral o que se reclama não são as perdas materiais, mas a invasão simbólica que se produz, as próprias pessoas sentem-se como se o próprio corpo fora invadido. A “(...) moradia revela a personalidade de seu ocupante” (CERTEAU, 2013, p. 204).

Ainda que as residências terapêuticas tenham características coletivistas, assemelhando-se a repúblicas estudantis, onde diversos moradores com diversas histórias encontram-se e convivem, há algo que os une, e há algo que precisa ser preservado de intimidade. Por isso, a importância de cada casa ter no máximo oito moradores e, nos quartos, três. Do contrário, perder-se-ia a noção de “(...) *um lugar protegido*, onde a pressão do corpo social sobre o corpo individual é descartada, onde o plural dos estímulos é filtrado ou, em todo caso, devia sê-lo, teoricamente” (CERTEAU, 2013, p. 204, grifo do autor).

Sprioli e Costa (2011) observaram que o número reduzido de quartos e de moradores na casa e a possibilidade de maior liberdade e interferência dos moradores em suas casas são fatores que contribuem para uma melhor qualidade na assistência.

Mas, quem são as pessoas que habitam as casas que estudamos? De onde vieram? Quais traços as (re)unem?

Como já afirmamos anteriormente, os SRTs destinam-se a garantir assistência a pessoas com diagnósticos de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia (BRASIL, 2000a).

Constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o SRT, deve-se reduzir, ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente, para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2000a).

Assim, os habitantes dessas moradias vêm tanto de Hospitais Psiquiátricos propriamente ditos, quanto de outras instituições como: casas de apoio psiquiátrico, asilos para moradores de rua, órgãos municipais e estaduais, ou mesmo de residências familiares, pessoas em situação de vulnerabilidade social, etc., mas, a característica comum é que tiveram internações psiquiátricas longas, ou longos períodos de tratamento psiquiátrico em serviços de saúde mental e não têm suporte social e familiar.

Na Tabela 7, abaixo, informamos o número de moradores egressos de Hospitais Psiquiátricos e o número de moradores de outras origens.

Tabela 7 – Número de moradores, por instituição de origem, nos SRTs estudados no estado de São Paulo (n=11). Ribeirão Preto – 2015

Origem dos moradores	Número	Porcentagem em relação ao total
Egressos de Hospitais Psiquiátricos	498	76%
Egressos de outras instituições	156	24%
Total	654	100%

Os serviços atendem prioritariamente as pessoas com diagnósticos de transtornos mentais vindas de regime hospitalar prolongado: 76% são egressos de hospitais psiquiátricos de longa internação e 24% vêm de outras instituições.

Muitos pacientes vindos dos hospitais psiquiátricos não tinham transtornos mentais quando lá ingressaram. Neste estudo fica evidente que foram internados pelos mais variados motivos: por questões neurológicas; por problemas familiares (fugiu de casa porque não

queria se casar com o pretendente que a família escolheu e acabou sendo recolhida pela assistência social, por exemplo); por questões sociais (saiu de sua cidade para procurar uma vida melhor e acabou na rua, também foi recolhido pela assistência social); entre diversos outros exemplos, de quem acabou no hospício sem nenhum diagnóstico de transtorno mental (alguns desses exemplos estão apresentados no documentário produzido).

Tais fatos não configuram exceções na Saúde Mental, mas têm raízes históricas. Foucault (2004), *A história da loucura na idade clássica* e Arbex (2013), *Holocausto brasileiro*, são exemplos de livros que trazem fatos históricos de internamentos por motivos-outros que não algum diagnóstico (ou diagnósticos “fabricados”). Os interesses políticos e econômicos, bem como os valores culturais, fizeram com que, ao longo do tempo, uma variada constelação de figuras humanas fossem desumanizadas, enclausuradas: a mulher assanhada; o inimigo do rei; o vagabundo que não consegue trabalho e mora nas ruas; os andarilhos; os possuídos pelas forças do mal; e aqueles que não se encaixavam na ordem, na verdade da época.

Assim, os SRTs acabam não se destinando apenas aos egressos de hospitais psiquiátricos, mas principalmente a eles. Desse dispositivo, espera-se que funcione como alavanca para uma nova vida na cidade, recuperando a autonomia possível. Ato simples de morar, viver e andar na cidade estão no horizonte ético dos esforços advindos com a Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2006).

Habitar uma casa traz responsabilidades. Quem é o responsável por pagar as contas? Quem, quando alguém precisa de cuidados, passa a noite em vigília?

Esse resgate das habilidades perdidas, essa aventura de (re)significar-se pode começar pelas coisas mais simples do cotidiano. Ações como ser responsável por pagar as próprias contas, organizar o orçamento doméstico.

No entanto, surgem questões: mas essas pessoas ganham dinheiro como? É o governo que custeia tudo? Alguns trabalham, conseguem inserir-se no mercado?

A legislação não especifica de quem é o compromisso de custear os SRTs, porém, entende-se que a verba realocada da Internação Hospitalar deveria ser destinada a manter financeiramente toda estrutura e organização, garantindo o pagamento de aluguel, alimentação, contas da casa (água, luz, gás e telefone) e cuidadores, independente se noturnos ou não.

Mas, se um intuito do serviço é resgatar a autonomia e a cidadania, resgatar a capacidade de custear a própria existência, para aqueles que assim consigam, seria um objetivo a ser trabalhado. Por isso, as despesas são compartilhadas entre o SRT e seus

moradores. No entanto, podem haver vários outros motivos que dariam razão para outras pesquisas e investigações (até mesmo criminais, sobre desvios de verbas).

A Tabela 8, a seguir, mostra como estão divididos os custos entre moradores e serviços nos 11 SRTs estudados.

Tabela 8 – Despesas custeadas por moradores ou serviços, nos SRTs estudados (n=11), no estado de São Paulo. Ribeirão Preto – 2015

Despesa	Custeado pelos Moradores	Custeado pelo SRT
Contas (água, luz, telefone, gás)	3	8
Aluguel	3	8
Cuidadores noturnos	2	9
Alimentação	3	8

Os pagamentos das contas cotidianas de uma casa, como água, luz, telefone, gás e aluguel, em três SRTs são custeados pelos próprios moradores enquanto em oito são custeados pelo próprio serviço. A alimentação, em três SRTs, é totalmente custeada pelos moradores e em oito SRTs é custeada pelo serviço, porém, mesmo que o SRT compre o básico para a alimentação, os moradores, com seus próprios recursos, compram alimentos de sua preferência e complementam sua alimentação. Quanto aos cuidadores noturnos, em dois SRTs, são custeados pelos moradores e, em nove SRTs, são custeados pelo serviço, uns dos compromissos dos SRTs é realizar os pagamentos de funcionários, mas o que vemos, em dois serviços, é o morador assumindo o pagamento de cuidadores noturnos.

Os recursos dos moradores vêm principalmente de duas fontes: Programa “De Volta para Casa” (PVC) e o Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência Social (BPC – LOAS).

Para obter o BPC – LOAS, no valor de um salário mínimo, não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. Ele é destinado a idosos com mais de 65 anos e/ou ao cidadão com deficiência física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, desde que a renda familiar seja menor que um quarto do salário mínimo vigente (BRASIL, 1993). Embora não seja exclusivo para pessoas com diagnósticos de transtornos mentais, ele também auxilia na Reabilitação Psicossocial, promovendo a integração na vida comunitária e proteção social,

além da possibilidade de aumento de autonomia. O dinheiro, nesse caso, ajuda a pessoa a conseguir sustentar a permanência de um objeto, a melhorar sua autoimagem, a reconstruir sua própria história, laços sociais e projetos de vida (LIMA; BRASIL, 2014).

Para receber o PVC, a pessoa deve ser egressa de internação comprovada, com no mínimo dois anos de duração, e não deve estar internado em hospitais psiquiátricos; o benefício deve acompanhar o beneficiário no processo de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2003); a quantia paga é de R\$ 412,00 (quatrocentos e doze reais) (BRASIL, 2013).

Esse programa integra o projeto de Reforma Psiquiátrica, visando a reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, fortalecendo e expandindo a rede extra-hospitalar atrelada à rede de saúde mental com os CAPS, SRTs e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) (FREIRE; SILVA; OLIVEIRA, 2013).

O programa ressalta, ainda, duas exigências: o paciente deve estar de alta hospitalar e morando em SRTs ou com as famílias de origem ou substitutivas; e deverá ser assistido por serviço de saúde mental que seja da rede substitutiva. O recurso financeiro do PVC também é um incentivo no processo da Reabilitação Psicossocial, uma vez que o dinheiro proporciona maior barganha geradora de produção de autonomia, caracterizando-se como potencializador de circulação e poder de consumo na sociedade (FREIRE; SILVA; OLIVEIRA, 2013).

A Tabela 9, abaixo, mostra o número de moradores dos SRTs estudados que recebem os benefícios. Muitos recebem ambos, pois não são excludentes.

Tabela 9 – Número de moradores (n=654) que recebem benefício, por tipo de benefício, nos SRTs estudados no estado de São Paulo (n=11). Ribeirão Preto – 2015

Benefício	Número de moradores que o recebem	Porcentagem em relação ao total de moradores (n=654)
BCP - LOAS	483	74%
PVC	379	58%

Dos 654 moradores, 483 recebem o BPC-LOAS; e 379 recebem o PVC. O estudo mostra que 171 moradores não recebem o BPC- LOAS, sendo um direito de todos que estão inseridos no projeto dos SRTs. Já o PVC, 275 moradores não o recebem, já que exige que a pessoa seja egressa de internação comprovada, com no mínimo dois anos de internação, mas, mesmo com essa exigência, ainda temos 119 que não são beneficiados, não obstante terem esse direito.

O dinheiro, na maioria das vezes, é controlado pelas famílias ou pelos serviços de saúde; isso acontece porque acredita-se que o recurso, estando sob a responsabilidade do próprio beneficiário, será gasto com supérfluos, ou mesmo que eles não são capazes de aprender a controlar seu próprio dinheiro por causa da cronificação da doença. Assim, existe uma contradição entre a proposta da Reabilitação Psicossocial e sua execução (LIMA; BRASIL, 2014).

Salles e Miranda (2016) constataram que todos os participantes de sua pesquisa recebem algum benefício, seja o PVC, aposentadoria ou o “De Volta pra Casa”, mas muitos deles não têm apropriação desse recurso, não sabem a quantia que recebem ou desconhecem receber alguma quantia em dinheiro.

(...) o PVC é uma estratégia de desinstitucionalização na medida em que pode auxiliar no desmonte do manicômio e do lugar instituído para a loucura, a partir da transformação do sujeito-asilado em sujeito-autônomo. (...) o programa deve ser empregado para estimular a autonomia dos sujeitos, considerada a base para a desinstitucionalização, juntamente com a transformação cultural da sociedade. Caso contrário, cairá em um assistencialismo que apenas tenta remediar, sem sucesso, os efeitos de anos de exclusão (LIMA; BRASIL, 2014, p. 84).

Dar empoderamento financeiro ao morador dos SRTs significa respeitar os direitos do morador como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade, integrada ao ambiente comunitário. Promovendo sua reinserção na vida comum e sob os princípios da Reabilitação Psicossocial.

Neste estudo observamos que ambos os benefícios contribuem muito para os gastos pessoais, despesas com a casa – alguns ainda conseguem fazer uma reserva em poupança para alguma emergência ou viagens. Em outros casos, é utilizado para pagamentos de cuidadores noturnos e outras modalidades de profissionais que deveriam ser custeados pelo governo.

Pensemos, agora, sobre o grau de autonomia que essas pessoas podem conseguir.

Dentro das casas, em sua rotina diária, os moradores dos SRTs esforçam-se para seu crescimento. Alguns moradores, devido ao longo período de internação e alienação da própria vida, têm mais dificuldades para “se encontrarem” dentro de um espaço íntimo e preservado, bem como para entenderem que aquela moradia é sua. Alguns sentem falta daquele local “protegido” e controlado de antes; sentem medo da liberdade. Ser livre não é fácil, implica direitos e deveres, mas, acima de tudo, muito esforço para aprender a conviver em sociedade. Outros estão “a todo vapor”, querendo conquistar seus espaços na casa, na comunidade, na sociedade e na vida.

Saraceno (2016a) nos traz um ponto fundamental da Reabilitação Psicossocial: a construção plena da cidadania. Isso dependerá de algumas variáveis que operarão contra ou a favor da contratualidade, seja em casa, no trabalho e/ou na rede social.

Sabemos que há aqueles que, pela idade ou comprometimento clínico, não poderão sair sozinhos ou realizar tarefas diárias na própria casa, precisarão de ajuda, mas, mesmo impossibilitados, o profissional pode e deve trabalhar pensando na autonomia da pessoa, por menor que seja, pois pequenas coisas podem tomar o significado de grandes conquistas. A Reabilitação Psicossocial faz-se exatamente disso: pequenas conquistas em direção à autonomia, à cidadania, não importa a dimensão. Nesse processo, estamos todos sendo reabilitados o tempo todo, na troca com a família, com a rede de amigos, no trabalho e em todos os locais em que há oportunidade de interagir com o outro.

Por isso, levantamos dados sobre as tarefas diárias desempenhadas pelos moradores e as elencamos na Tabela 10, abaixo.

Tabela 10 – Número de moradores (n=654) que praticam atividades com autonomia, por tipo de atividade, nos SRTs estudados no estado de São Paulo (n=11). Ribeirão Preto – 2015

Práticas cotidianas	Número de moradores que as praticam com autonomia	Porcentagem em relação ao total de moradores (n=654)
Lavar, passar, cozinhar, arrumar, limpar, etc.	205	31%
Ir à padaria, feira, supermercados, lojas, etc.	212	32%
Passeios culturais e de lazer	159	24%
Tomar a própria medicação	63	10%
Viagens	56	9%
Trabalho	27	4%
Escola	110	17%
Administrar o próprio dinheiro	118	18%

Dentro das casas, de 654 moradores, considerando que 325 são idosos, 205 realizam sozinhos as atividades de limpar a casa, cozinhar, lavar as próprias roupas, organizar seus pertences pessoais, entre outras.

Nas atividades cotidianas realizadas fora da casa, 212 vão sozinhos a padarias, mercados, lojas, feiras, sapatarias, barbearias/cabeleireiros, manicures, academias de ginástica, igrejas, entre outros locais da comunidade.

Nas atividades de lazer e cultura, 159 saem sozinhos para atividades como ir a bailes, festas, bingos, shows, pesqueiros, teatros, entre outras.

Tomar a própria medicação é a prática que requer maior cuidado, podendo ter consequências sérias caso haja engano, por isso, de 654 moradores, 63 têm autonomia para tanto.

Quanto às viagens (consideradas assim quando se sai do município para outra região), 56 viajam sozinhos para passeios e visitas a familiares.

Em relação ao trabalho, 27 têm emprego e é interessante notar como esse número é baixo (apenas 4% dos moradores trabalham), se comparado a outras atividades que conseguem desenvolver.

Conseguir trabalho formal para tais moradores mostra-se extremamente difícil, o que reforça a ideia que vimos trabalhando aqui de que a Reabilitação Psicossocial precisa ocorrer não apenas com as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, mas com a sociedade em geral.

Pizarro (2015) fez um levantamento, na Espanha, mais especificamente em Madri, onde existe um serviço muito interessante com resultados de grande impacto: os Centros de Reabilitação Laboral.

Nesse país a taxa de desemprego para pessoas com diagnóstico de transtornos mentais fica entre 70 e 80%. O que chama atenção é que, mesmo em tempos de crise econômica e taxas de desemprego superiores a 20% da população economicamente ativa, tais centros madrilenhos têm sucesso com 47,4% dos processos de reinserção laboral. Segundo Pizarro (2015), isso deve-se principalmente ao fato de os profissionais que trabalham nos Centros estarem profundamente implicados no processo; haver apoio familiar (nos casos em que há família a ser envolvida); serem consideradas as experiências prévias dos usuários; as equipes de trabalho serem coesas; e, com maior destaque, os usuários participarem ativamente de todo o processo.

Há dois caminhos diferentes no processo, um para quem precisa encontrar trabalho e outro para quem precisa manter-se no trabalho. As equipes são formadas por: Diretor(a)

(psicólogo(a)); técnicos de apoio à integração laboral; preparadores laborais; terapeutas ocupacionais; mestres oficinairos; auxiliares administrativos; e auxiliares de limpeza (PIZARRO, 2015).

Além de trabalharem as necessidades de formação, sempre baseados nos interesses e experiências dos usuários, há um trabalho de busca ativa por cargos, bem como apoio no trabalho pelo tempo necessário. *“Hemos de dedicar el tiempo necesario, y más con quien padece una enfermedad mental, para ayudarle a organizar y reorienter sus preferencias desde un punto de vista objetivo, aparte de sus preferencias y experiencia laboral previa”*⁷ (PIZARRO, 2015, p. 12).

Com relação a ir à escola, 110 estudam em escolas municipais e estaduais, principalmente no programa Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Sobre administrar o próprio dinheiro, considerando que 129 deles são curatelados, de 654, 118 tomam conta de seus benefícios e decidem como gastar o dinheiro com total autonomia.

Os 11 SRTs trabalham com a mobilização dos recursos comunitários de natureza privada: academias de ginástica, podólogos e manicures, barbeiros e cabeleireiros, feiras e mercados, restaurantes, cinemas e teatros, viagens à praia, sítios e hotel fazenda; bem como com recursos comunitários públicos: igrejas, praças, serviços de saúde, escolas, EJA e APAE, além das parcerias com empresas que trabalham com inclusão social (emprego) e ONGs que oferecem cursos gratuitos (artesanato, pintura, cabeleireira, manicure etc.).

Realizar práticas diárias comuns é um exercício a ser valorizado no processo reabilitativo, como podemos depreender de relatos que nos mostram a importância dos pequenos afazeres no resgate das identidades, como trazem Silva et al. (2013, p. 146):

A Residência Terapêutica contribuía, em graus diferenciados, para o desenvolvimento da autonomia pelos moradores, proporcionando-lhes a experiência de controle de si novamente (...) na Residência os moradores podiam vestir-se da maneira que achavam melhor, alimentavam-se do que gostavam e no momento que desejavam (...).

⁷ Temos que dedicar o tempo necessário, ainda mais com quem padece de doença mental, para ajudar a organizar as suas preferências e reorientá-las a partir de um ponto de vista objetivo, para além das suas preferências e experiência anterior de trabalho (Tradução nossa).

Goldberg (2016) nos mostra uma ideia de projeto individualizado que não perde de vista a noção de conjunto, com um trabalho atento ao tempo de cada um, com perspectiva de possibilitar ao longo do processo o aumento da autonomia e de escolhas, podendo atingir patamares cada vez mais altos de gerenciamento de suas próprias vidas.

É preciso respeitar o direito do usuário como sujeito, da forma que ele se significa, como ele se veste, fala, come, o que ele pensa, o que deseja, suas decisões, suas crenças, como e com quem se relaciona e tudo aquilo que constitui uma pessoa. Pequenas atitudes como escolher a própria roupa, decidir o que vai comer, pra onde vai viajar, onde será o passeio, como será sua festa de aniversário e quem convidará, o que fazer com seu dinheiro, se vai assistir à tv até mais tarde, se vai visitar a família ou não, se deseja ir às festas, passeios, academia, entre outras coisas banais do cotidiano, são peças sem as quais o quebra-cabeça da personalidade não faz sentido.

Uma constante em nossas discussões refere-se ao papel da família e da comunidade no processo de reabilitação. O “louco” foi afastado do convívio social por mais de três séculos e, assim, a sociedade aprendeu a não conviver com aquele cujo lugar, historicamente instituído, seria o hospício (FOUCAULT, 2004). Após muita luta por parte de profissionais, familiares, usuários dos serviços e amigos, o excluído retorna à sociedade com direitos legalmente garantidos, para o convívio familiar e comunitário, mostrando que as diferenças devem ser aceitas e respeitadas.

A pessoa portadora de sofrimento psíquico deve ser tratada no seio familiar e no meio social. Afinal, não vemos outras “patologias” serem tratadas com exclusão e, aquelas que, pelo estranhamento ou preconceito geram discriminação, como a AIDS, tuberculose, e as diversas necessidades especiais, entre outras, são alvos constantes de campanhas de conscientização. Agora faz-se necessário um trabalho intenso de Reabilitação Psicossocial com essa sociedade que viveu, por séculos, acreditando que o lugar dessas pessoas seria a clausura.

O isolamento contribuiu para que a loucura não se relacionasse com a comunidade e também tirou a chance de a comunidade relacionar-se com a loucura. Entretanto, essa história vem se modificando, mostrando a possibilidade de uma relação produtiva e potencializadora para a comunidade e o “louco”. Assim, a comunidade passa a ser um espaço de concretização das relações mais solidárias e cidadãs (MOREIRA; CASTRO-SILVA, 2011).

O contexto social tem papel importante no processo, pois é por meio dele que os moradores dessas residências sentir-se-ão, ou não, acolhidos e aceitos no convívio social. Os vizinhos, o comércio local e os amigos devem participar ativamente, mas para isso é

necessário entender de que forma podem ser úteis. Os serviços devem fazer a ponte entre a comunidade e a pessoa, quebrando paradigmas enraizados desde os séculos passados, que permeiam nossa atual cultura.

Assim, buscamos levantar informações sobre as relações com familiares. Abaixo, apresentamos a Tabela 11, que quantifica os moradores que têm família conhecida e que ainda mantêm contato com ela.

Tabela 11 – Número de moradores (n=654) dos SRTs estudados no estado de São Paulo (n=11) que têm família e mantêm contato com a mesma. Ribeirão Preto – 2015

Relação com familiares	Número de moradores	Porcentagem em relação ao total de moradores estudados (n=654)
Têm família	224	34%
Têm contato com a família	134	20%

Como vemos, 224 moradores (apenas 34% do total) ainda têm família, mas não possuem suporte suficiente para morar com elas e, destes, 134 mais da metade dos 224, recebem visitas de algum familiar ou vão visitá-los, porém, vê-se que apenas 20% dos moradores mantêm o contato tão importante para a reabilitação. São poucos os que têm familiares, fato que precisa ser muito explorado e trabalhado pelos profissionais.

A família é fundamental no processo do viver. “Ela não é formada apenas por um conjunto de pessoas, mas pelas relações e ligações entre elas” (BORBA et al., 2011, p. 443). Por isso, podemos dizer que as residências terapêuticas podem constituírem-se em novos núcleos familiares, uma vez que a vida ganhe significação a partir de vínculos de afeto e cooperação, de compartilhamento de vivências constituídos em seu contexto (ARGILES et al., 2013).

Essa mesma família que pode ser boa, pode também trazer prejuízos para o familiar, deve-se pensar o quão saudável é essa relação, respeitando o desejo do morador de conviver ou não com esse familiar.

Assim, sabendo que muito ainda pode e deve ser levantado sobre os SRTs, não só do estado de São Paulo, mas em todo o território nacional, e sobre os serviços análogos realizados em outras nações, passaremos às análises qualitativas da questão aberta proposta aos profissionais no questionário e às entrevistas realizadas com os moradores, direcionando

nosso olhar para suas impressões, desejos e relações acerca dos serviços onde trabalham e vivem.

Vale apenas ressaltar que seis SRTs têm Associação constituída, mas cinco nunca tiveram ou não estavam em funcionamento quando da pesquisa. A Associação pode ter a participação de usuários do serviço, familiares e profissionais; ela dá voz aos moradores constituindo um momento em que os membros podem e devem colocar-se, trazerem questões e sugestões, sobre a casa, o projeto, situações de seus interesses e dos interesses coletivos, decidirem coisas juntos com a participação ativa de todos os membros; ela traz a noção de coletividade, de empoderamento – o morador participando de decisões que afetam direta e indiretamente sua vida.

5.2 Impressões dos profissionais sobre os SRTs

Todos os profissionais da saúde mental deveriam ter conhecimento sobre a Reabilitação Psicossocial e seus princípios, colocá-los em prática efetivamente, pois sabemos que, através dessa perspectiva, os SRTs terão mais ferramentas para ajudar de fato essas pessoas, com maiores chances de sucesso.

O conteúdo extraído da síntese da pergunta aberta do questionário, que abordava a perspectiva do profissional sobre seu trabalho, levou à elaboração de três categorias temáticas, as quais denominamos: Objetivo, Liberdade e Justiça.

5.2.1 Objetivo

Considerando a necessidade da reestruturação do modelo de atenção às pessoas com diagnósticos de transtornos mentais, no âmbito do SUS; a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a Reabilitação Psicossocial; a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário; a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade de assistência à saúde mental, objetivando reduzir internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2000a).

Os SRTs objetivam acolher, cuidar e proporcionar possibilidades de reinserção social, apartir da oferta de moradia para pessoas com perdas nos vínculos familiares, pela experiência da institucionalização, como perspectivas de independização (...) (ARGILES et al., 2013, p. 2056).

Assim, diante da questão “Qual a sua perspectiva para este trabalho?”, as respostas obtidas que nos levaram a nomear esta categoria como “objetivo” dizem:

Curió: “*A ONG realiza este serviço social, junto com o serviço do Estado.*”

Arara: “*Colaborar com o processo de inserção e melhorias para esse núcleo de moradias.*”

Coruja: “*Que obtenha bons resultados na inserção social dos moradores de SRT conscientizando sobre a importância do resgate da vida e dignidade.*”

Gaivota: “*Acredito na reinserção e na Reabilitação Psicossocial.*”

Garça: “*Mudança no estilo e qualidade de vida; possibilitar a socialização do morador na vida em comunidade; aumentar a autonomia e a capacidade de interação social.*”

Narceja: “*A perspectiva é a da reinserção psicossocial dos moradores (...)*”

A primeira resposta nos causa estranhamento. A intenção da questão, ao usarmos a palavra “perspectiva” era abrir a possibilidade de expressão de pontos-de-vista sobre o que se faz nos serviços, como esses profissionais veem o SRT em que estão inseridos.

Curió é administradora do SRT Hortência, como consta do Quadro 1, e revela um olhar distanciado e objetivo, insinuando uma perspectiva pela qual o papel do SRT é realizar um *serviço social*. Talvez por estar envolvida com a parte burocrática do trabalho, responde burocraticamente, enfatizando os atores institucionais envolvidos, em detrimento das pessoas.

Saraceno (2001) ressalta que o principal recurso de um serviço desse tipo são as pessoas e as relações tramadas:

(...) a integração interna do serviço é a adoção de um estilo de trabalho com *alto consumo afetivo*, intelectual e organizativo, onde os recursos se encontram permanentemente disponíveis, as *competências flexíveis* e a organização (seja em termos de acesso da demanda, seja em termos da *não-estereotipia da resposta*) orientada às *necessidades do paciente e não às do serviço* (SARACENO, 2001, p. 97-98, grifos nossos).

A resposta de Curió traz a visão compartimentada e hierárquica do olhar sobre o serviço, é a resposta estereotipada de um administrador, que foca no serviço em detrimento do morador e considera a afetividade como estorvo para a boa organização.

Talvez por isso, como vimos anteriormente, experiências bem sucedidas como a formação italiana (PINGANI et al., 2012) e a reabilitação laboral espanhola (PIZARRO, 2015) tenham como base/pressuposto o trabalho junto aos usuários. Não interessa se o técnico que se forma trabalhará na organização administrativa, durante o processo de formação o envolvimento com as demais áreas do serviço e o contato com os usuários é constante para que não se perca de vista o objetivo principal daquilo, para que não se burocratize as ações em quaisquer instâncias.

O “estilo de trabalho” que Saraceno (2001) define, pode ser inferido das respostas dos demais profissionais, pois todos trazem como objetivo central do trabalho a (re)inserção dos moradores, sua melhoria de vida. Notemos que Arara e Coruja são enfermeiras, Gaivota é pedagoga, Garça é diretora técnica de saúde II e Narceja é psicóloga. Portanto, não é a formação ou o cargo ocupado que definiria o olhar.

Arara centra sua fala na ação expressa pelo verbo *colaborar*. Coruja baseia-se em *conscientizando*. Gaivota e Narceja falam em *reinserção*. Garça fala em *mudança, possibilitar e aumentar*.

Tanto as falas de Arara quanto de Garça fazem emergir uma mudança de paradigma do trabalho. O olhar hierárquico da psiquiatria clássica determina posições de poder baseadas no saber médico e na legitimidade conferida pelo *status* de “normal” (FOUCAULT, 2015), estabelecendo, assim, a posição de quem age (profissional) e quem é objeto passivo dessa ação (o paciente). Nessa perspectiva, o que ocupa o lugar central nas ações é a patologia, a doença, o sintoma, sua classificação (FOUCAULT, 2001) e o sujeito, o doente, é apagado no processo. Esses papéis podem ser vistos não só nas relações entre profissionais da saúde e aqueles a quem atendem, mas reproduzem o que se encontra em todas as relações e, de forma exemplar, na família, núcleo social que historicamente hierarquiza as relações.

As verdades discutíveis sobre a doença mental, muitas vezes são produzidas e disseminadas pelos próprios profissionais que perpetuam normas internas e conceitos demarcadores da exclusão social da loucura (SILVA et al., 2013).

A Reabilitação Psicossocial subverte essa lógica. Como Saraceno (2001) traz, a relação de “proteção”, dominante, precisa ser substituída pela ação solidária, do *partnership* (parceria). O morador não deve ser visto como um objeto a ser tratado, mas como um sujeito em busca de seu melhor, um sujeito que precisa de auxílio em sua aventura de viver, parceiros que o acompanhem pelas veredas da vida, por isso, quando os sujeitos entrevistados falam em *colaborar* e *possibilitar*, materializam esse (re)posicionamento.

Michel Foucault, no final do texto intitulado *A casa dos loucos*, diz:

Esse jogo de uma relação de poder que dá origem a um conhecimento que, por sua vez, funda os direitos desse poder, caracteriza a psiquiatria “clássica”. É esse círculo que a antipsiquiatria pretende desfazer, dando ao indivíduo a tarefa e o direito de realizar sua loucura levando-a até o fim numa experiência em que os outros podem contribuir, porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade (FOUCAULT, 2015, p. 211-212).

Valentini Júnior e Vicente (2016) falam da substituição do modelo de “dano” pelo modelo do “desafio”. Isso implica uma mudança cultural da equipe e da instituição. O olhar pessimista é substituído por um olhar aberto que propicia um universo de possibilidades, a diversidade de necessidades e de modos de resolução. Dessa forma a equipe transforma-se, a família tem sua função e a comunidade pode ser interlocutora e cooperadora no processo.

Gaivota e Narceja falam sobre a *reinserção*, outro princípio basilar do trabalho reabilitativo, o qual depende em muitos aspectos do que Coruja enfatiza: *conscientização*. Como já vimos anteriormente, o trabalho de reabilitação da/com a comunidade é parte central para o alcance dos objetivos colocados.

Passemos a discutir as falas que constituem a categoria temática “liberdade”.

5.2.2 Liberdade

Considerando que a entrada em um SRT dá-se, em linhas gerais, pela porta de saída dos manicômios,

(...) o trabalho nos SRT precisa estar fundado no sentido da sociabilidade, desde as vivências do cotidiano, quanto na inserção no meio comunitário e social, com experiências que disparem a produção de subjetividades, resultando em construções coletivas, nas quais os profissionais possam operacionalizar concretamente o cuidado em liberdade (ARGILES et al., 2013, p. 2056).

Mas, cabe-nos questionar: Que liberdade seria essa? Estar extra-muros? Quem pode, seja considerado “louco” ou “normal”, dizer-se livre?

No afã de comemorar os imensuráveis ganhos da vida fora da clausura, é muito sedutor o uso da palavra liberdade, por isso as referências a essa condição saltam aos olhos de quem se dê ao trabalho de ler sobre Reforma Psiquiátrica ou Reabilitação Psicossocial. É

preciso, sim, valorizá-la e comemorá-la independente do tipo ou nível alcançado, mas é preciso também problematizá-la para não correremos o risco de, pensando que “sair do hospício” seja sua definição, esquecermos do hospício que não sai da gente e pode manter firme e forte o “prédio” da instituição que se reergue a cada ação que não rompa com a lógica do “entretenimento” (SARACENO, 2001).

Vejamos os recortes das falas de três profissionais que remetem ao tema:

Tucano: “Que todos os moradores consigam morar na comunidade.”

Narceja: “(...) Trancar não é tratar.”

João de Barro: “Quando trabalhava no hospital psiquiátrico, me indignava com a falta de liberdade dos pacientes e sonhava com um serviço aberto e comunitário.”

Vieira et al. (2014) realizaram um estudo com moradores de SRTs de Teresina/PI, analisando o sentido de “liberdade” para eles. Relatam que “(...) *they describe freedom as the choice of doing or not doing anything – and denote a feeling of well-being and enjoyment in living this new life situation.*”⁸ (p. 59). Além disso, relacionaram essa liberdade com a possibilidade de “curiosidade”, que não seria necessariamente entender ou possuir algo novo, mas de poder simplesmente ocupar-se com o novo, aventurar-se pelo prazer de olhar para o mundo como bem queiram.

As falas de Tucano, Narceja e João de Barro parecem apontar na mesma direção, relacionando à liberdade não apenas o estar fora da clausura hospitalar, mas também o sentido de tratamento que (re)insira socialmente.

Assim, a liberdade não seria fazer o que bem se quer, como se quer – de fato ninguém vive assim – mas a aventura do experimentar, do poder viver as relações pessoais e as consequências de suas escolhas, como já mencionamos, exercitar a “conveniência” das práticas (MAYOL, 2013), ser sujeito e não apenas assujeitado.

Em um dos depoimentos colhidos com profissionais, presente no documentário, é feita referência ao direito de dizer não, reforçando a liberdade como essa possibilidade de escolha por tantos anos negada na vida de internos.

Silva et al. (2013), em relato de pesquisa sobre o SRT de Duque de Caxias/RJ, trazem o quanto as moradias oportunizaram, em graus diferentes, a recomposição da

⁸ (...) eles descrevem liberdade como a escolha de fazer ou não fazer algo – e demonstram um sentimento de bem-estar e alegria em viver nessa nova situação de vida (Tradução nossa).

autonomia, um controle sobre si mesmos ao possibilitar escolhas relativas à forma de se vestirem, alimentarem-se com o que quisessem, quando quisessem.

Em nossas visitas aos 11 SRTs, pudemos notar graus variados de trabalho com essa autonomia. Sabemos que lidar com as escolhas desses moradores pode ser algo muito delicado, principalmente no que toca às capacidades de cada um para realizarem tarefas diárias, saírem sozinhos, escolherem o que fazer com seu dinheiro, etc.

Muitos dilemas apresentam-se em relação a essa pretensa liberdade e vimos alguns deles acontecendo ao visitar tantos serviços. Um idoso fumante compulsivo deve ter autonomia para fumar o quanto quiser, por exemplo? Em geral vimos um controle sobre decisões como essas – que envolvem a saúde dos moradores – mas também outras que nos parecem muito mais relacionadas ao ideal de vida dos profissionais do que a riscos medidos racionalmente acerca das escolhas que moradores queiram/possam fazer.

Por isso, ao visitarmos o SRT Girassol, causou-nos impacto ver a autonomia e organização das casas levada a um grau elevadíssimo, diferentemente dos outros serviços com que tivemos contato, situados em uma média: cigarros racionados, controle parcial do dinheiro, rotinas e horários pré-determinados pelos profissionais cuidadores que estão sempre presentes (em escalas) etc.

No Girassol, as casas (todas tipo II – que atendem pessoas consideradas mais debilitadas) têm como autores principais de sua organização os próprios moradores. Alguns poderiam estar nas casas de tipo I, mas adotaram a modalidade tipo II, pois quem necessita desse tipo de atendimento continua até o fim de sua vida na mesma casa onde vive, situada em um bairro da cidade. Nenhuma das casas conta com cuidadores (não há nenhum contratado, conforme mostrado na Tabela 4), havendo apenas dois profissionais contratados pelos moradores (por isso não estão referidos na tabela 4), uma faxineira e uma cozinheira, para o projeto todo, que passam pelas casas ajudando com a produção da alimentação e limpeza, auxiliando quando necessário. Além disso, os demais profissionais fazem suas visitas programadas e desenvolvem seus trabalhos com um diferencial: todos têm capacitação de acompanhantes terapêuticos. Assim, em vez de tomarem decisões e/ou realizarem tarefas da casa, assumem papel de coadjuvantes, ou seja, aqueles que auxiliam e orientam quando necessário, sem “tomar as rédeas” das mãos dos moradores, ou seja, não há profissionais presentes 24h, o que confere maior poder de decisão, autonomia e liberdade de escolhas.

Os moradores do Girassol cuidam de fazer suas refeições, arrumar as casas, ver o que falta e precisa ser providenciado, e, sim, fumam quando e o quanto queiram e seu dinheiro possa comprar o cigarro. O papel dos profissionais, e também de outros companheiros de

moradia, é o de orientar, conscientizar sobre o mal do cigarro, sobre os benefícios de determinadas práticas etc., mas quem decide é o sujeito morador.

Assim, nem todas as casas têm a organização que os profissionais acham certa, ou seguem rotinas que os profissionais aprovam e/ou preferem. Cada qual tem seu tempo e suas formas de fazer, poderíamos dizer: como quaisquer outras casas ditas “normais”.

É prática comum vermos moradores sendo “convencidos” para que não gastem seu dinheiro com futilidades, prazeres e desejos momentâneos. Decisões baseadas em “verdades” pessoais que levam a absurdos de moradores que mantêm uma poupança para momentos de necessidades imprevistas ou para ser usada em uma viagem mais cara (algo muito bom e saudável de fazermos todos!) morrerem com muito dinheiro “guardado”. Dinheiro que volta para os cofres do Estado, porque quando quis comprar uma roupa diferente foi “convencido” a poupar, porque quando quis comprar um aparelho eletrônico, foi “convencido” de que era desnecessário, porque quando quis fazer um passeio ou comer algo em um bom restaurante (caro), foi “convencido” de que seria “rasgar dinheiro” (coisa de louco, oras!).

Ver de perto algumas práticas desenvolvidas no SRT Girassol, em contraponto ao observado na maioria dos serviços, fez-nos pensar sobre como é diferente “orientar” de “convencer”. Enquanto a primeira ação visa a influenciar, mostrar um caminho possível, a segunda pretende fazer prevalecer uma ideia, persuadir. Há um jogo de poder (FOUCAULT, 2015), micro-lutas tramadas diariamente nas relações constituídas nas moradias. E como em toda luta do tipo, há posições que sustentam legitimidades diferentes, uma hierarquia. Assim como quando uma mãe diz para o filho não fazer algo vale-se de sua posição de poder maternal sócio-historicamente construída; quando um profissional discute uma decisão com o morador ocorre algo semelhante. É preciso, então, que o profissional, sabendo de sua posição de vantagem na disputa, consiga alterar sua posição e não cair na armadilha do “con-vencer” em que sua opinião assume valor de verdade única a ser imposta, e assuma a posição de parceiro, que orienta, mostra as possíveis consequências sem esconder que a decisão cabe, ou pelo menos deveria caber, em última instância, ao morador.

Voltemos ao polêmico exemplo do cigarro. Quando em casas ditas “normais”, um parente (idoso ou não) adoece, ou sofre dos males do fumo, muitos tentarão demovê-lo do vício. Falarão constantemente sobre o mal que faz, como tem debilitado sua saúde. Mas poucos, sem consentimento, esconderão o cigarro e colocarão um limite. Quando o fizerem, se o doente quiser, tentará encontrar meios para fumar, o fará escondido, brigará etc. Assim, qual o papel do profissional de SRT? Há certas decisões que devem ser impostas? Ou a escolha do morador, ainda que de certa forma o prejudique, deve ser acatada?

Não temos as respostas, mas parece-nos que o trabalho realizado no SRT Girassol é o que mais se aproxima do preconizado pela Reabilitação Psicossocial, mostrando bons resultados e (re)construindo a autonomia possível dos sujeitos como sujeitos de fato.

Na outra ponta dessa espécie de “cabo-de-guerra” da liberdade, encontramos outro serviço que se destaca da média geral: Açucena.

Não há como negarmos os ganhos obtidos pelos seus moradores quando se compara sua situação de vida hodierna com os anos em instituição. As casas em que estão têm toda a infraestrutura necessária, são novas, limpas e bem cuidadas, porém, estão todas localizadas fora da comunidade (conforme mostrado na Tabela 1). Assim, o direito de ir e vir, básico quando falamos em liberdade, fica em muito comprometido. Não há a possibilidade da interação espontânea com vizinhos que não sejam também egressos de instituições psiquiátricas, aquele passeio por um território, heterogêneo e familiar ao mesmo tempo como o bairro (MAYOL, 2013), possibilitador da (re)construção identitária e da problematização das práticas cotidianas segundo as “conveniências” das relações intersubjetivas, acaba silenciado.

Ali, os moradores dependem de saídas programadas, dos transportes disponíveis etc. que tolem suas escolhas e a riqueza de interações que acabam por basear-se no contato com seus semelhantes e com os profissionais. Quebra-se o processo reabilitativo, não se atende à determinação da portaria nº 106/2000 (BRASIL, 2000a) e mantém-se em alto grau a lógica do entretenimento, mantendo essas pessoas distantes, ainda que em melhores condições de vida em relação ao seu passado recente.

Passamos agora à terceira categoria temática.

5.2.3 Justiça

As perspectivas apresentadas aqui relacionam-se à mobilização da memória sobre a história de vida dos moradores. Estes profissionais enfatizaram o passado injusto de sofrimentos vividos, apontando para uma nova situação em que se faz justiça ao devolver essas pessoas para o convívio social, reabilitando-as.

Beija-flor: “Acreditar na proposta da reforma psiquiátrica, enquanto alternativa às pessoas que permaneceram anos internadas em hospitais psiquiátricos.”

Sabiá: “(...) Faz sentido dar a liberdade de criação e devolver a voz a todos aqueles que estiveram condenados, apenas por terem um diagnóstico. É possível e fundamental reabilitar.”

Pica-pau: “Melhoria da qualidade de vida das pessoas que foram décadas segregadas, asiladas.”

João de Barro: “Este trabalho de certa forma é um desafio e uma experiência de que poderíamos prescindir do hospital e de que este foi um grande equívoco na vida das pessoas.”

Basaglia já dizia, em 1964, sobre o Hospital Psiquiátrico:

A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, o estar constantemente em poder dos outros sem o mínimo impulso pessoal, o ter dividida e organizada a própria jornada sob tempos ditados só por exigências organizativas que – exatamente por isso – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo [...]. O doente mental, fechado no espaço apertado da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites que lhe foram impostos pela doença, é forçado pelo poder institucionalizante da internação a objetivar-se nas próprias regras que o determinam, em um processo de aparvalhamento e de restrição de si que – originariamente sobreposto à doença – não é sempre reversível (BASAGLIA, 1964⁹ apud SARACENO, 2001, p. 62).

Poderíamos dizer que essa “instituição total” (GOFFMAN, 2001) produz o processo de objetificação dos sujeitos a partir da disciplina imposta aos corpos (FOUCAULT, 2007) pela qual, como nos trouxe o excerto de Basaglia, são apartados de si. Porém, a docilização dos corpos a que Foucault (2007) refere-se tem por objetivo criar uma economia do corpo para torná-lo “(...) tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente.” (p. 119).

Mas há certas singularidades nesse processo quando realizado em um hospital psiquiátrico, pois, à primeira vista, os corpos de seus internos não teriam um objetivo “produtivo”.

O trabalho imposto lá, era “(...) a título de regra moral pura; limitação da liberdade, submissão à ordem, engajamento da responsabilidade com o fim único de desalienar o espírito perdido nos excessos de uma liberdade que a coação física só limita aparentemente.” (FOUCAULT, 2004, p. 480). Ou seja, tornar aquela pessoa que desestabilizava a ordem social

⁹ BASAGLIA, F. *La distruzione dell' ospedale psichiatrico*. 1964.

pela sua imoralidade, não-adequação ao mundo produtivo, um fardo menos pesado para os homens e mulheres que precisam trabalhar e não podem perder seu precioso tempo (tempo é dinheiro!) com esses estorvos, esses autores do crime hediondo de adoentar-se, de desenvolver uma patologia crônica de tratamento complexo.

Via-se como necessário “(...) ordenar a desordem do louco (...). A instituição manicomial não é outra coisa que o espaço, o tempo, o conjunto de normas e de ritos que contêm naturalmente essa ordem” (SARACENO, 2001, p. 64).

Beija-flor, Sabiá, Pica-pau e João de Barro materializam verbalmente essa injustiça ao falarem dos “*condenados, apenas por terem um diagnóstico*”, pessoas “*segregadas, asiladas*” e um “*grande equívoco*” – talvez um grande *eufemismo* para o que muitos chamariam crime. E apontam para a “*alternativa*” possível, a da reabilitação, uma *justiça* possível.

O louco sobre o qual fala Basaglia, seria o sujeito social que perde progressivamente sua contratualidade, sua relação com a cidadania e com a afetividade. Por isso, o desafio de se fazer justiça é o desafio de liberar o corpo objetificado pelo sistema disciplinar e devolvê-lo ao corpo social, “(...) uma empreitada por definição interativa entre sujeito e contexto” (SARACENO, 2001, p. 68).

Mas, como já vimos anteriormente, a injustiça não está delimitada por muros. Além da desospitalização, é preciso proceder a desinstitucionalização, pois sempre que o paradigma do entretenimento sobrepõe-se, a contratualidade não grassa, seja dentro ou fora do hospital.

O local que abrigará essas pessoas terá que revitalizar o cotidiano com criatividade e afeto, “que exercitarão diversas linguagens, indo da palavra que se escuta e se fala ao corpo que se toca e se envolve”, nos diz Vanderlei (2016, p. 89) ao referir-se ao trabalho com oficinas criativas, uma ferramenta interessante e efetiva a ser utilizada; mas não só as oficinas terão essa função, qualquer ação visando à Reabilitação Psicossocial como paradigma de trabalho precisa preocupar-se com esse processo de passagem da condição de objeto para a condição de sujeito, aquele que cria e sente.

Importa salientar que a noção de “sujeito” que se adote é extremamente importante na constituição do processo reabilitativo.

Bezerra (2016), ao falar sobre a clínica como espaço que possa contribuir na reabilitação, tece uma crítica à noção de sujeito que definiu as práticas que caminharam no sentido da objetificação. A “(...) ilusão (...) de que há uma maneira de ser homem, uma maneira de ser sujeito adequada à natureza da espécie humana” (p. 179).

Essa ilusão passa a ser desconstruída quando Freud, ao lançar luz sobre o inconsciente, mostra que o sujeito não tem esse centro, esse modelo, mas é de fato “descentrado”, pois é sujeito cultural, com a capacidade de (re)produzir o que até então era inimaginável (BEZERRA, 2016). É sujeito e objeto ao mesmo tempo, uma vez que produz cultura, mas sempre a partir da cultura já existente.

Assim, se assumirmos o sujeito não como um indivíduo empírico, mas como esse campo de experiência em que o indivíduo, ao longo da vida, busca (re)significar-se no mundo (ELIA, 2010), o trabalho com essas pessoas também passará, como vem passando, por um processo de (re)significação.

Portanto, assumir o fardo da mudança de paradigmas não é fácil. Trazer justiça para aqueles que por tanto tempo foram vistos como objetos-problemas é, à primeira vista, uma tarefa hercúlea que demanda profissionais imbuídos no processo. E, ainda assim, retomando o já citado Basaglia, é algo que não será possível para todos.

Encerramos aqui as análises da questão aberta apresentada aos profissionais no questionário, com o otimismo de ver o quanto esses sujeitos mostram-se envolvidos e afeitos às práticas de reabilitação (constante em suas respostas), além de conscientes do valor da liberdade e da história injusta vivida pelos moradores, pois essa afetividade que se constrói é fundamental para a constituição de novas práticas e de novos sujeitos, sejam moradores, sejam profissionais.

Passamos agora a analisar falas dos próprios moradores sobre os SRTs onde hoje residem.

5.3 Impressões dos moradores sobre os SRTs

Nesta seção analisamos recortes das respostas dadas pelos moradores quando questionados sobre os SRTs. Agrupamos em categorias temáticas definidas a partir das regularidades observadas: Satisfação; Liberdade; Novo núcleo familiar; Insatisfação.

As demais perguntas que compõem as entrevistas realizadas com os moradores não são aqui analisadas tendo em vista que seu objetivo era compor relatos de memórias que integram o documentário em vídeo, aproximando o público geral da realidade vivida por esses sujeitos.

Mantivemos as marcas de oralidade na transcrição das falas, na tentativa de preservar a expressão dos sujeitos e o efeito de verdade.

5.3.1 Satisfação

Muitas das falas expressam a sensação de satisfação por parte dos moradores quando referem-se às residências. Essa palavra carrega sentidos interessantes, relacionados a contentamento, prazer pela realização de algo, ou mesmo de reparação por um mal causado a alguém ou algo. Podemos estar satisfeitos, podemos satisfazer ou dar satisfação sobre algo. Assim, vejamos alguns dos recortes:

Zircão: “Eu gosto de morar lá. (...) porque na casa não falta nada é uma casa boa entendeu (...) a casa é boa, a casa é limpa, a casa é direita, não tem queixa (...)”

Fluorita: “Aqui é bom, muito bom. Aqui tem tudo que eu quero, meu cigarrinho, a casa é boa, todo mundo é bom, não tem o que se preocupá, não tenho reclamação nenhuma.”

Diamante: “Acho legal. É uma residência onde mora as pessoas, a gente mora e faz atividade, a casa é nossa (...), tem faxineira que a gente paga pra limpá.”

Rutilio: “Ali tem tudo de bom, não tem nada de ruim. O importante é você ter uma casa pra morar. É melhor você morar numa casa do que ficar na chuva né, sem um teto né?”

Olho de Tigre: “É o tratamento, tô me recuperando, estão tratando de mim, eu tenho que fazer o que a casa manda, eu tenho que obedecer, a casa tem leis, o país tem leis, todo lugar tem leis, no céu tem leis, todo lugar tem lei.”

Rubi: “Aqui a relação é boa, o abrigo é bom, eu gosto de ficar aqui, tem de tudo. Tem banhozinho quente, roupinha lavada, é bom.”

Emergem como principais razões de satisfação desses moradores: ter o que fazer; a limpeza da casa; a “bondade” da casa (das pessoas); e a organização.

Daniela Arbex (2013) conta-nos a história do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil, localizado em Barbacena/MG. E no início do livro encontra-se a seguinte descrição ao narrar a chegada de Marlene Laureano para seu primeiro dia de trabalho no hospício:

Um cheiro insuportável alcançou sua narina. Acostumada com o perfume das rosas do escritório da Brasil Flowers, onde passou por sua única experiência profissional até aquele momento, Marlene foi surpreendida pelo odor fétido, vindo do interior do prédio. Nem tinha se refeito de tamanho

mal-estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esqueléticos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nu, rastejavam pelo assoalho branco com tornozelos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar (ARBEX, 2013, p. 22-23).

Tal realidade era regra nas instituições do tipo, onde nossos participantes da pesquisa passaram bom tempo de suas vidas.

Assim, podemos entender por que surgem, nas falas dos moradores, referências à limpeza, à faxineira, ao banho quente e à roupa lavada. Há uma manifesta satisfação por estarem limpos, em locais limpos e aparelhados com o necessário para suas vidas, necessário para a (re)construção identitária que havia sido destruída.

Goffman (2001) expõe processos e procedimentos pelos quais se desenvolve essa desconstrução do eu, desconstrução de uma noção sobre si mesmo que só pôde fazer-se “(...) por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico.” (p. 24). Uma vez dentro da instituição, inicia-se o processo de desmanche, retirado de tudo que lhe parecia estável, “(...) começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu.” (p.24). Este é o processo denominado pelo autor como “contaminação”;

(...) a partir da admissão, ocorre uma espécie de exposição contaminadora. No mundo externo, o indivíduo pode manter objetos que se ligam aos seus sentimentos do eu – por exemplo seu corpo, suas ações imediatas, seus pensamentos e alguns de seus bens – fora de contato com coisas estranhas e contaminadoras. No entanto, nas instituições totais esses territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas (GOFFMAN, 2001, p. 31).

Assim, o sujeito perde paulatinamente o que ainda lhe restaria de um sentimento de segurança; colocado nu, constantemente vigiado, sujo, esvai-se e some na multidão dos segregados em um ambiente que em nada parece prezar pela integridade humana. Irônico dizer que tais dispositivos de controle são mobilizados exatamente sob o pretexto de protegê-los; uma organização que se materializa em caos.

Nas casas, a (re)construção dessas identidades vai se processando e a noção de organização transmuta-se. A ênfase na bondade das pessoas que ali (con)vivem e trabalham ganha fundo pelo resgate do sentimento de segurança. Provavelmente por isso, Rubi e Rutilio trazem os sentidos do abrigar. Podemos notar essa sensação de satisfação marcada na bondade assinalada e no “sossego” que a casa representa.

Ágata: “A RT é muito boa, aqui é muito bom, nois dormi sossegada (...). Prefiro morar aqui na casinha, porque aqui na casinha é mais calmo. As moça fala com delicadeza com a gente.”

Aguá-marinha: “É bom aqui, as funcionária tudo é bom, as meninas é tudo boazinha pra mim, eu gosto delas, elas não me xinga, não me bate, nem nada.”

O sono sossegado de Ágata reflete a retomada da sensação de segurança para quem por muito tempo esteve sob uma vigilância constante. Mas não era para ser o contrário? Para a vigilância dar essa sensação? Não quando quem te vigia não o faz para te manter seguro, mas para te manter dentro de uma ordem, de uma disciplina em que a tua história não cabe, na qual o sujeito não pode tentar significar-se e exercitar seu eu. Não sem o risco da punição.

Essa referência ao sossego, portanto, vem seguida pela ênfase dada à delicadeza e bondade das profissionais e revela uma relação em que o aqui/agora das residências costura-se com a fala delicada, o respeito e a não-agressão (verbal ou física).

Quatzo azul: “É bom né, é ótimo.”

Turmalina: “Eu tenho tudo lá.”

Quartzo rosa: “Aí é bão, eu gosto.”

Azurita: “Lá é bem, graças a Deus, correndo tudo bem.”

Ambar: “Aqui é um lugar quieto, um lugar bom.”

Bronzita: “*Gosto, é joia.*”

Topázio: “É uma loucura essa casa, tem violão, guitarra base, guitarra elétrica, órgão (...) então dá pra fazer um som lá.”

Amazonita: “Aqui é bom né, tem sempre o que fazer, é bom.”

Cristal: “Aqui é gostoso né, eu vim morar aqui, me senti mais bem, gostei daqui, eu não quero sair não.”

Ônix: “Aqui me sinto muito bem tenho muita amizade com as pessoas de [nome da cidade]. É bom. Tenho TV, DVD, tenho minhas coisas.”

Ainda que a satisfação não seja unânime, como veremos em outra categoria de análise, há uma predominância das respostas curtas e diretas sobre gostar e ser bom estar ali.

Topázio refere-se à casa como “uma loucura”, o que, em geral, remete aos sentidos pejorativos de bagunça e desordem. Porém, conhecendo o morador, sabemos de sua paixão pela música materializada em diversos instrumentos presentes em sua casa. Loucura, assim, quando colocada em oposição à ordem que tolhia seus desejos musicais, passa a representar

outros sentidos. Se a ordem e a normalidade são a não-realização do prazer de “fazer um som”, são manter-se obrigatoriamente apartado do que gosta, realizando apenas exercícios e tarefas desprovidas de significado, dentro da lógica do entretenimento psiquiátrico, estar na loucura daquela casa é quase um reconectar-se com o que o identifica, mas em outra dimensão, sem precisar temer dizê-lo. A loucura que por tanto tempo trouxe a ação dos dispositivos disciplinares manicomiais, trouxe o sofrimento, agora conecta-se à realização de si mesmo, à satisfação de desejos por longa data reprimidos, proibidos.

Aos poucos a (re)construção identitária pode ser feita. Quem visa a satisfazer a outrem, deve buscar conhecê-lo, suas histórias, seus sonhos e desejos perdidos, para, a partir daí entender o presente do morador e iniciar a construção futura no dia a dia. Assim, como nos referimos a Anthony, Cohen e Farkas (1988), a prática reabilitativa mantém seu foco no presente e futuro no que tange às práticas e técnicas promotoras da reabilitação, não excluindo – pois isso seria um apagamento do caminho já trilhado, pelo qual chegou ali – de suas vivências.

O tratamento, que pode e deve caminhar junto com a reabilitação, trabalhará suas práticas centradas no passado diagnóstico-sintomático, enquanto a reabilitação apoiar-se-á no passado de vivências. Por mais acurada que seja a classificação hospitalar, em vez de singularizar, ela promove de fato um conjunto de generalizações que apagam o singular (FOUCAULT, 2004). A instituição (ideal) trabalha com sujeitos ideais em busca de uma normalidade ideal. “Necessitamos pensar mais sobre as vidas reais dos pacientes e sobre as vidas reais dos serviços” (SARACENO, 2001, p. 83).

5.3.2 Liberdade

*Ô seu Manoel, tenha compaixão
Tira nós tudo desta prisão
Estamos todos de azulão
Lavando o pátio de pé no chão
Lá vem a boia do pessoal
Arroz cru e feijão sem sal
E mais atrás vem o macarrão
Parece cola de colar bolão
Depois vem a sobremesa
Banana podre em cima da mesa
E logo atrás vêm as funcionárias
Que são umas putas mais ordinárias.
(Sueli Rezende)*

O texto em epígrafe foi por muito tempo o “hino” dos internos do Colônia (ARBEX, 2013, p. 126), composto por uma interna, sintetiza muito bem o “pacote de serviços” para a “profanação do eu” sobre a qual Goffman (2001) fala.

Nossa escolha para a introdução desta categoria justifica-se porque envolve os dizeres que, de alguma forma, materializam sentidos a respeito da liberdade que os moradores experimentam vivendo nas casas dos SRTs, em contraponto à realidade institucional que viveram.

Como já dissemos, a liberdade é sempre relativa, mesmo para aqueles ditos “normais” (FOUCAULT, 2004, 2015). E nem sempre a liberdade será sinônimo de algo positivo. Libertar não pode inserir-se na lógica do abandono, uma vez que tratamos de sujeitos que tiveram suas identidades e suas redes sociais contratuais em muito prejudicadas.

Por isso, aqui elencamos falas que tratam não só das liberdades relacionadas às escolhas, desejos, consumo, ir e vir etc., mas também da liberdade de tomar frente e responsabilizar-se pelas coisas da casa, preocupar-se e opinar sobre processos cotidianos, por exemplo.

Granada: “Aqui a gente tem toda liberdade, vai, sai, vai pra cidade passear, tomar um refrigerante. Eu vou e volto de circular. Aqui tem televisão, escuto rádio, vou nos bar tomá refrigerante, tomá sorvete, tem a Igreja, aí de vez em quando tem missa lá.”

Turquesa: “(...) aqui eu saio de manhã vou fazer encaminhada, faço encaminhada todo dia de manhã, aí saio vou lá na igreja, assim... dia de domingo. Tem uma vizinha aqui em baixo, mãe do Z., tem outra amiga que eu vou passear na casa dela também.”

Magnetita: “Tá muito bem, pra mim tá muito bem. Eu participo do CAPS, vou no CAPS fazer as atividades. As compras que eu faço de roupa é eu que faço.”

Notamos nas falas de Granada, Turquesa e Magnetita que o exercício do ir e vir funciona no processo de reabilitação a partir de uma significação das atividades cotidianas baseada na *práxis*, ou seja, na vivência das saídas mais corriqueiras que possibilitam a retomada de contratualidades perdidas, as contratualidades com o meio que os cerca, desde a casa – ver televisão, escutar o rádio – passando pela retomada do bairro como espaço de contato e conveniência das relações interpessoais – ir ao bar, à igreja, relacionar-se com os vizinhos – chegando a atividades mais complexas – usar o transporte público, ir ao CAPS, fazer compras (MAYOL, 2013; SARACENO, 2001).

A liberdade implica responsabilidade consigo mesmo, com as pessoas e as coisas; responsabilidades do cotidiano com a casa, com pagamentos, com o bem-estar, com as compras; responsabilidades inerentes ao próprio ser humano (BASTOS; AGUIAR, 2011).

O SRT passa a representar um lugar propício para operar a reinserção na vida comunitária, daqueles que buscam retomar sua história de vida, sua rotina diária de cidadão livre, com diferenças individuais e demandas próprias para seu ambiente habitacional (ARGILES et al., 2013, p. 2051).

Silveira e Santos Júnior (2011) dizem que ser cidadão não implica apenas em ter direitos, mas, sim, um processo ativo e contínuo da capacidade de autonomia e liberdade, em que a loucura não significa limitação e incapacidade. Como podemos ver a seguir, nas falas de Citrino, Jasper, Âmbar e Pérola, há liberdade que se materializa nas tomadas de decisão e nas necessárias ações diárias de cuidar de si e do outro.

Citrino: “Aqui é diferente, aqui a gente tem mais mordomia. A gente sai, vai na cidade, quando a gente vai receber o pagamento o “de volta pra casa” ou pagamento, a cuidadora vai junto, faz compra, vai nas lojas, no mercado.”

Jaspe: “Eu posso sair da residência, eu tenho a chave. Como eu tenho essa liberdade, meu sobrado onde eu moro é perto do escritório, às vezes eu vô lá, eu pago uma conta pra coordenadora (...)”

Âmbar: “Ruim é a época que a gente tá machucado, doente né, mas se não a gente tá andando pra rua, mesma coisa dos outros que anda pra rua.”

Pérola: “Aqui eu vivo bem, eu faço o serviço da casa, tem uma faxineira que vai de quinze em quinze dias, eu gosto de assistir à televisão um pouco (...) eu lavo eu gosto de lavar minha roupa, eu compro no mercado, faço um arroz e feijão, café eu faço, uma carne moída eu faço, um mingau de aveia, uma omelete.”

Essa liberdade responsável promove a reconquista da cidadania, do estar/habitar a cidade e relacionar-se a partir de direitos e deveres consagrados em lei. Cidadão, de acordo com Houaiss e Franco (2004, p. 714) é “(...) aquele que goza de direitos constitucionais e respeita as liberdades democráticas (...)”. Alguns dos direitos constitucionais são: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a assistência aos desamparados, o voto direto e secreto, entre muitos outros (BRASIL, 1988). Respeitar as liberdades democráticas implica em “(...) condições econômicas geradoras de certas demandas definidoras do que é ser cidadão; (...) um poder individual, de dizer e ser ouvido, ainda que minoria, determinado pelo poder coletivo” (SOARES, 2015, p. 47).

Portanto, na sociedade capitalista em que vivemos, exercer nosso poder de compra é também exercer nossa cidadania, afinal, a lógica consumista nos quer livres – livres para consumir.

Tal paradigma tem causado uma organização social pós-moderna na qual as inúmeras possibilidades de identificações e trocas globalizadas, paradoxalmente, produzem um isolamento dos sujeitos (BAUMAN, 2001). O dispositivo tecnológico que nos conecta com “qualquer um em qualquer lugar” também nos torna ensimesmados, fechados nas telinhas que nos acompanham, fazendo de nossos vizinhos pessoas muito mais distantes que aquelas com as quais conversamos por mensagens, do outro lado do mundo.

“O regime político democrático tem como objetivo alçar o indivíduo da informe vida cotidiana moderna, deste isolamento no qual vive, ao lugar da comunidade, ao lugar da solidariedade, onde o que é político pode ser visto e vivido por todos” (ROSENFELD, 1984, p. 48).

Por isso, dar voz a esses moradores, deixá-los aventurarem-se no desafio de se relacionarem parece-nos cada vez mais desafiante, e, por isso, vimos defendendo que a reabilitação possível não pode focar apenas no morador, mas precisa englobar os contextos e pessoas à sua volta. Assim como o morador precisa aprender a (con)viver, parece-nos que todos precisamos.

5.3.3 Novo núcleo familiar

*Gosto de todas, gasto mais de três carteiras de cigarro com elas. Nestas horas parece mentira que estejamos em hospital de doenças mentais: conversam, fazem brincadeiras, ninguém briga.
(...) Briguei novamente com Mirtes. Ontem à noite ela quis bater em dona Anita, uma velha. Hoje de manhã, dr. A. viu-me toda arranhada, perguntou-me o que foi, contei-lhe. Imediatamente transferiu Mirtes para a seção MB.
(Maura Lopes Cançado – Hospício é Deus – Diário I)*

Viver em grupo, partilhar um teto com outras pessoas, não é fácil e requer um alto nível de contratualidade (SARACENO, 2001). Por isso, a Reabilitação Psicossocial preza tanto a família no processo reabilitativo. Mas, como bem diz o senso comum, parente é uma coisa, família pode bem ser outra. Enquanto aquele se define por traços biológico-jurídicos, esta se constitui por laços. Laços afetivos, de interesses e origem. E laços podem ser mais fortes, mais fracos, podem ser apertados, ora asfixiantes, ora libertadores. Família consolida-se no convívio. Um convívio que não poderá ser desfeito por ordem médica.

Apesar de 224 moradores terem família (parentes), apenas 134 têm algum tipo de contato com a mesma. Notamos, com as falas a seguir, a formação de um novo núcleo familiar dentro das casas, o convívio entre os moradores, o acolhimento, o cuidado entre eles, o compartilhar de objetos, o desenvolvimento do poder de contratualidade, a troca de experiências, a afetividade, as discussões, são características marcantes de uma família e estão presentes no cotidiano dos SRTs pesquisados, muito diferente da construção que percebemos na epígrafe da seção.

Esmeralda: “Aqui é uma família.”

Safira: “Um local que eu encontrei pra descansar.”

Rubi: “Virou um lugar de viver.”

Ágata: “Ela pinta minha unha eu empresto esmalte pra ela pintar a unha dela. (...) É uma delícia aqui. Considero como minha família.”

Opala: “Nós se damo muito bem aqui, eu, meus companheiro, os colega que mora comigo. A empregada, eu me dou muito bem, não só eu como os colega que mora aqui. Ela cuida bem de nós.”

Turquesa: “Aqui nessa casa é como eu digo sobre as rosas e os espinhos, mas a maioria é gente boa que me compreendeu.”

Ametista: “Tenho amizade com as meninas, converso com elas, a gente se combina, nunca brigo, a gente se dá bem, uma faz uma coisa, outra faz outra.”

Materializa-se uma nova estruturação familiar de ajuda mútua e compartilhamentos entre os moradores. Quanto mais autônomos, mais essas características acentuam-se, como pudemos observar no SRT Girassol.

É preciso que, ao pensar a distribuição e organização dos moradores nas casas, não se mantenha o viés burocrático-classificatório, pois é bem mais cômodo, para o serviço, agrupá-los segundo suas necessidades, nas casas do Tipo I ou II. No entanto, quando moradores com maior autonomia convivem com os mais dependentes, têm a oportunidade de resgatar algo muito importante para qualquer pessoa: sentir-se útil em relação ao outro e poder contar com alguém que lhe seja útil também, ou seja, uma troca (con)vivente.

Almeida Filho, Queirós e Rodrigues (2016), ao estudarem SRTs de Volta Redonda/RJ e Miranda do Corvo/Portugal, relatam um fato interessante do funcionamento do serviço português: nas casas, os moradores passam apenas a noite; durante o dia ficam em uma Fundação de Assistência, Desenvolvimento e Formação Profissional, realizando atividades.

Tais moradias portuguesas parecem, como afirmam os autores, reproduzirem em muitos aspectos a Instituição Psiquiátrica clássica, dentro da lógica do entretenimento, pois, seguindo normas que não contemplem as individualidades, a proibição de estar na casa ao longo do dia, os horários determinados até para uso do tabaco “(...) assemelham-se à rotina institucionalizante da pessoa com sofrimento psíquico” (ALMEIDA FILHO; QUEIRÓS; RODRIGUES, 2016, p. 5).

Dentro dessa lógica institucional, os sujeitos apenas ‘estão’ em casa para dormir; não ‘habitam’ a casa, não estreitam laços de (con)vivência (SARACENO, 2001).

(...) o local de moradia deve ser uma casa, com características inerentes a um lar, onde a vida produz significado e sentido, onde se estabelece vínculos de afeto e cooperação, compartilham-se vivências prazerosas e dolorosas, enfim lugar de produção de subjetividade e de redes de sociabilidade (ARGILES et al., 2013, p. 2051).

Nas relações com os companheiros(as) é percebido muito respeito entre os pares na maioria das falas, uma fala muito superficial, sem relatar como é de fato essa relação, mas, uma fala muito coerente que faz notar uma naturalidade em sua expressão, remete à ideia de uma família como outra qualquer com seus amores e desamores. “Sabe-se que as relações intersubjetivas são tecidas por laços, mas também atravessadas por nós. Estreitar os laços e desatar os nós é um desafio constante na vida cotidiana” (BASTOS; AGUIAR, 2011, p. 442), o que vai ao encontro do dizer de Turquesa, “*as rosas e os espinhos*”.

Assim, há também os momentos de insatisfação.

5.3.4 Insatisfação

Nesta categoria apresentamos dois moradores com grande insatisfação em relação ao local de moradia; percebemos que suas falas não demonstram vínculo com o local e trabalhadores.

Madripérola: “Eu tenho casa (...). Eu gosto das pessoas, mas não gosto da casa. Agora onde eu moro eu gosto da casa e das pessoas. Aqui eu só gosto das pessoas não gosto da casa. (...) aqui não tem amor, é uma casa sem amor, na minha casa tem (...) eles só veem as pessoas e vão embora, trocam, fazem turno”

Jade: “Essa casa é número 16, é uma casa da pós-guerra, não vale nada. Eu não gosto. (...) eu só sozinho eu quero é ir embora pro Rio, meus amigos é do Rio, eu morei em baixo da ponte 40 anos, eles arrancaram a ponte (...)”

Madripérola tem família, a conhece e mantém certo contato, mas vive no SRT. Por isso faz essa comparação aparentemente confusa entre duas casas. Quando se refere à casa ‘dela’ – “*Eu tenho casa*” – fala sobre a casa de sua família, na qual gostaria de viver. Sua negação a respeito de não morar lá é tamanha que chega a falar sobre a casa da família como “*onde eu moro*”.

A materialização da insatisfação de Madripérola acaba direcionada à estrutura física, ou seja, à casa (SRT) em si, pois afirma gostar das pessoas. Mas nosso intuito aqui não é fazer uma análise psicanalítica dos dizeres desse sujeito, sobre como ao transferir para a casa (estrutura) a falta ou presença de amor pode simbolizar uma denegação do fato de sua família não querer/poder conviver com ele.

Por isso, atentamos para a referência feita ao final da fala: “(...) *aqui não tem amor, é uma casa sem amor, (...) eles só veem as pessoas e vão embora, trocam, fazem turno*”.

Ainda que esse sujeito talvez queira mais mostrar sua insatisfação com o fato de não poder conviver com seus familiares e, até por isso, resistir ao processo de (re)significação do núcleo familiar, não há como negar que o SRT é sim um serviço, constituído por profissionais e, por isso, carregado de impessoalidade. Poderíamos dizer que “não é a mesma coisa”, mas “uma alternativa”.

Jade menciona o fato de a casa em que vive ser denominada pelo número 16. Os processos de classificação institucional, portanto, ainda mostram-se presentes nos serviços. Casas determinadas por números, turnos definidos e impessoalidade são alguns desses resquícios. Como dirimí-los é um enorme desafio de transformação do fazer profissional na Reabilitação. Como tornar um serviço mais “natural” – no sentido de menos marcado institucionalmente?

Ambos, Jade e Madripérola, são moradores do SRT Flor-de-lis, o qual tem uma equipe composta basicamente por acompanhantes terapêuticos (Tabela 4) e conta com todas as casas na comunidade. Cumpre as exigências burocráticas e tem profissionais imbuídos na Reabilitação Psicossocial, mas, e como fica a questão do desejo do morador? Da sua autonomia em relação ao querer estar ali?

Madripérola declara o desejo de viver com a família, pois, em seus dizeres que reproduzem o que o senso comum propaga, não haveria lugar melhor no mundo que o

aconchego familiar, onde poderíamos ser nós mesmos, temos intimidade com a casa e as pessoas, etc. (CERTEAU, 2013).

O SRT para ele continua sendo um local de tratamento, uma instituição, por mais que ele goste das pessoas, é um local de trabalho delas, não formando um novo núcleo familiar. Neste caso, ser livre seria poder escolher onde viver. Não sabemos o motivo pelo qual ele não vive com a família, mas tal questão precisa ser ainda muito elaborada por Madripérola para que consiga, então, encontrar-se como pertencente àquela casa e, quem sabe, enxergar naquelas pessoas um apoio próximo ao familiar.

Já Jade é sozinho, não tem família, e demonstra seu desconforto em relação à casa, pois, por quarenta anos, teve suas relações construídas na rua, embaixo de uma ponte que foi destruída. E quanta simbologia há nessa imagem da ponte. Aquilo que representava o espaço de conexão dele, de ligação com o outro, foi colocada a baixo.

Não foi levado em consideração seu desejo de viver na rua. Ele foi encaminhado para um local que acharam ideal para ele; seu descontentamento com esse local é grande e o desejo de voltar para a rua também, seus amigos são do Rio de Janeiro e lá seria o local ideal para Jade, em seus dizeres.

Fiorati et al. (2015) atentam para as questões que envolvem a pessoa em situação de rua e nos traz uma reflexão de que vêm sendo tratadas de forma mediática através de um prisma predominantemente médico e jurídico, em vez de pensarmos que essa questão

(...) é reflexo histórico de um problema social que está caracterizado pela ausência de vários determinantes sociais de saúde como: falta de habitação, educação, trabalho e renda, exclusão cultural, redes sociais e comunitárias e com acesso limitado aos serviços, sejam de saúde e/ou de assistência social (FIORATI et al., 2015, p. 2131).

Difícil situação, uma vez que a maioria dos profissionais dos serviços decidem entre si o encaminhamento que será dado à pessoa vulnerável. A participação neste processo de moradia poderia envolver essas pessoas, podendo participar da decisão sobre onde, como, que local é mais adequado para si mesmas.

Um filme que ilustra muito bem essa situação é “O solista”, que fala de um músico violoncelista que vive nas ruas de Los Angeles/EUA e com a ajuda de um jornalista que o conhece embaixo da ponte quando seu carro quebra, passa a participar de um serviço social e é contemplado com uma moradia, com a visão de que morar nesses apartamentos, voltar a tocar e ter seus vínculos familiares resgatados seria a melhor opção para o morador de rua. Porém, o desenrolar da história (baseada em um fato real, contado em uma biografia) mostra

que fora na rua que suas relações sociais se constituíram; onde ele conseguia exercer um poder contratual com outros moradores de rua, e naquele habitar ele se sentia bem, não se adequando à nova moradia “normal”.

Deveria ser respeitado o momento de cada indivíduo e, através de seus desejos, serem trabalhadas as melhores práticas de reabilitação para ele. Se o melhor para ele, na visão dele, é estar na rua, é apartir desse local que poderíamos contribuir para melhorar sua vida, já que, como nos traz Saraceno (2001, p. 96): “O serviço é portanto, o conjunto dos lugares comunicantes e dos recursos intercambiáveis que se encontram à disposição de uma população de usuários em um lugar geográfico”. Assim, por que não extrapolar a separação espacial e dos saberes?

Nem todos estarão satisfeitos nos SRTs, mas é louvável a disposição dos próprios profissionais e do sistema que também se veja insatisfeito e rompa as fronteiras dos modelos.

Uma vez que esses moradores têm pouca chance de contarem suas histórias, de olhar no olho de seus interlocutores e narrarem suas memórias, quisemos, como parte desta investigação, oportunizar tal espaço. Para tanto produzimos um documentário em vídeo.

5.4 Produção do documentário

A produção do documentário deu-se a partir das gravações das entrevistas em áudio e vídeo com os moradores dos SRTs e com cinco profissionais ligados a esses serviços. O tempo total de filmagem foi de 36 horas que foram editadas resultando em um filme de curta metragem com 28min36s de duração, que recebeu o título “...em casa”.

Aspectos técnicos: filmagem colorida, em Vídeo Digital Full HD (alta definição), devido à característica da imagem mais realista e fiel no registro, realçando o efeito de verdade, ao manejo mais simples quanto ao tipo de produção com orçamento baixo, assim como a facilidade de divulgação, tendo em vista que o projeto não tem fins lucrativos, mas de pesquisa; imagens mais fechadas nos depoimentos, outra câmera captando o entorno, a vida da casa; imagens abertas do cotidiano; exploração dos planos na composição da oposição privação/liberdade; não guiamos os sujeitos, deixando que agissem o mais naturalmente possível; câmera na mão na maior parte do tempo, refletindo a dinâmica dos contextos e situações.

Sinopse: O documentário registra algumas memórias das histórias de vida, narradas em entrevistas, de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), de nove cidades do estado de São Paulo, com o intuito de documentar relatos sobre suas infâncias, o tempo em que viveram internados em manicômios, e fazer um contraponto com suas vidas hoje, pós reforma psiquiátrica, passada mais de uma década desde a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, que instituiu os SRTs.

A proposta é contribuir para a superação de estigmas relacionados à condição das pessoas com diagnósticos de transtornos mentais. Intentamos mostrar a vida dos moradores, de maneira natural, seus afazeres rotineiros como arrumar a casa, sair para fazer compras, tocar guitarra e bateria, namorar, dançar, ter um emprego... coisas tão mezinhas, mas que ganham outra dimensão, produzem outros efeitos de sentidos quando praticados por pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos onde passaram décadas de suas vidas.

Muitos perderam todo o contato com seus familiares, outros perderam até o próprio nome quando os registros arderam em chamas, em 2005 no incêndio do Hospital Psiquiátrico do Juqueri; mas ainda guardam as lembranças do tempo de aprisionamento, assim como as marcas de vidas conturbadas, confusas, prisioneiras de si mesmas... vidas que se “(re)significam” nas coisas mais banais da vida em casa... suas casas? Até que ponto? Será que essa nova forma de tratar realmente liberta? O que guarda dos tempos dos muros altos e do eletrochoque como instrumento punitivo? E como a comunidade (con)vive com esses vizinhos?

Cada caso é um caso, diz a máxima óbvia que poderá saltar aos olhos e ouvidos, mas há que se ter um norte e será que o estamos perseguindo? Cada qual com seus meios e desafios, é preciso trocar, melhorar, compartilhar.

Mostramos as vivências cotidianas dessas pessoas, entre si, com os profissionais dos serviços, com a sociedade, bem como lhes damos espaço para contar suas histórias, falar de família, amigos, sofrimentos e alegrias, mostrar a estrutura em que vivem; ilustramos suas memórias dos hospícios com imagens desses locais que foram captadas enfatizando suas arquiteturas, seu espaço físico de confinamento.

Quem sabe assim podemos sensibilizar pelo contato com o real, quebrar e (trans)formar discursos sobre “o louco”, para quem o melhor remédio talvez seja o que se precisa receitar para quem se diz “normal”, pois normal nada mais é que arrumar a casa, sair para fazer compras, tocar guitarra e bateria, namorar, dançar, ter um emprego... cada um à sua maneira.

O documentário¹⁰ foi realizado pela seguinte equipe: Luiz Jorge Pedrão (orientador de projeto); Aline Cristina Dadalte (produção e entrevistas); Ricardo Roque (cinegrafia e edição); e Lourdes Donizetti Dadalte (assistente de produção).

Assim, passamos a apresentar nossas considerações acerca dos resultados aqui discutidos.

Figura 1 - Capa do DVD de divulgação do documentário (disponível no [Youtube](#))

¹⁰ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=TDBOWM5qXNo&t=248s>>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SRTs têm uma importância relevante no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, particularmente no processo da Reabilitação Psicossocial das pessoas que viveram a maior parte de suas vidas internadas em hospitais psiquiátricos e também para aquelas que estiveram menos tempo internadas nos referidos hospitais, mas da mesma forma sofreram com os tratamentos desumanos impostos às pessoas com diagnósticos de transtornos mentais internadas nesses locais e com a total violação de seus direitos.

Esses serviços, que lutam para não terem “cara” de serviços, principalmente de saúde, para serem o mais próximo possível de uma casa comum na comunidade, trazem a possibilidade de reconstruir e (re)significar vidas, de morar e habitar casas, de criar novas subjetividades e sujeitos mais autônomos e livres, com direitos e deveres de cidadão e, principalmente, de retomada da dignidade. Essas casas/serviços são lugares de proteção, de contratualidade, de afeto e se transformaram, para muitos, num novo núcleo familiar, por mais que hajam conflitos – comuns nos diversos espaços ditos “normais” –, ali podem sentir-se amados, acolhidos, sentimento de cuidado um com o outro, desenvolvendo-se e aprendendo a conviver com respeito.

Esse direito de viver em família lhes foi negado por quase a vida toda e hoje os moradores dos SRTs têm a oportunidade de (re)construir um núcleo familiar, com valores e crenças diferentes, mas com histórias muito parecidas. Os moradores, em geral, unem-se para a superação de experiências difíceis e compartilham novas experiências na comunidade.

Os SRTs foram analisados a partir da portaria nº 106/2000 e, no decorrer da pesquisa, encontramos pontos relevantes, tanto negativos quanto positivos.

Quanto aos primeiros, as rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação – medidas importantes, que deveriam ser cumpridas – percebemos, de acordo com os dados, rotinas de visitas muitas vezes desconectadas, sem continuidade, que precisam ser melhor estruturadas para atender à demanda e, assim, poder oferecer um apoio de melhor qualidade para os SRTs; sobre o quadro de funcionários, vimos uma deficiência grande em um SRT que não tem sustentação do serviço de referência e não tem equipe técnica trabalhando – nesse serviço há uma valorização dos profissionais voltados para a sua administração e não ocorre o mesmo para o trabalho de reabilitação com os moradores, caracterizando, assim, apenas um serviço de assistência social e correndo um sério risco de reproduzir situações típicas dos antigos manicômios.

Sobre a Reabilitação Psicossocial, profissionais relatam trabalhar com um olhar voltado para esse paradigma, mas uma característica importante é a questão da liberdade de escolhas na maioria dos SRTs, pois em nove deles notamos um controle grande da vida dos moradores por parte dos profissionais que ainda determinam o horário de alimentação, banho, controle do gasto do dinheiro em detrimento do orientar para isso, quantidade de cigarros e seu consumo e controle das saídas das moradias, entre outros controles. Vale salientar que já somos controlados o tempo todo por uma sociedade que tenta nos moldar a um estilo de vida competitivo e individualista, sendo difícil nos desarmos desse poder sobre o outro; muitas vezes o controle é justificado por proteção ou por incapacidade, mas só se constroem capacidades tomando decisões e se responsabilizando pelos erros e acertos dessas escolhas.

Propomos uma reflexão profunda sobre “não ser capaz, ou não estar preparado”. O trabalhador na saúde mental precisa rever suas atitudes o tempo todo para não tratar o morador como incapaz/coitadinho. Sabemos que não há liberdade total na vida social, mas esse objetivo deve, sim, ser problematizado e refletido para que não se reproduza o modelo institucional clássico; outra situação que contribui muito para dificultar o trabalho para a Reabilitação Psicossocial, e pode proporcionar maior liberdade aos moradores, diz respeito à localização das casas.

Algumas se encontram ainda dentro do território dos hospitais psiquiátricos, e, por serem afastados da cidade, torna mais difícil o acesso dos moradores para o convívio social diário. Os responsáveis pela maioria das casas que estão dentro do território do hospital psiquiátrico vêm trabalhando no sentido de conseguirem espaços na comunidade, mas uma em especial segue construindo casas novas em uma fazenda bem distante do convívio social e comunitário, são casas com ótima infraestrutura, adequadas, mas o principal objetivo, que é o convívio social, fica dificultado, reforçando as características de uma instituição convencional, privando o morador do contato com pessoas diferentes e de ambientes novos. É no convívio com a diversidade de pessoas, com referências variadas, que nos construímos como sujeitos e, assim, vamos definindo quem somos e como queremos viver.

O fato de o SRT estar na comunidade/bairro é um aspecto muito importante para a Reabilitação Psicossocial dos moradores, tornando-se um lugar de novas experiências, de aventuras boas e ruins que são vivenciadas por pessoas que circulam pelas ruas da comunidade, e essas experiências fortalecem e transformam o morador e a comunidade, pois ambos foram privados dessa relação por anos, mas hoje o “louco” retorna à vida comunitária, e a comunidade/população precisa entender e respeitar os direitos desse cidadão. Trata-se, portanto, de um processo reabilitativo com via de mão dupla.

Sabemos que cada vez mais as pessoas estão distantes umas das outras, pouco acolhedoras e participativas, mas temos pessoas solidárias que apoiam e acolhem o novo morador como um vizinho que acaba de se mudar. É com o apoio dessas pessoas que devemos iniciar o trabalho comunitário informativo e coletivo entre os vizinhos, o comércio local, as redes de apoio social e comunitário, fazendo um movimento que mude a concepção que a sociedade tem do “louco”.

Outro ponto negativo está no fato de haver muitos moradores que não recebem ainda os benefícios BPC-LOAS e o PVC que têm papel fundamental no processo da Reabilitação Psicossocial, pois por meio deles é possível a realização de desejos e necessidades básicas que fazem parte do cotidiano, em relação à alimentação, vestuários, cuidados com a saúde e higiene pessoal, lazer e cultura, proporcionando autonomia para os referidos moradores. Cabe ao serviço de saúde mental ao qual o SRT está ligado providenciar com urgência o benefício.

Sobre o pagamento de contas dos SRTs, o governo precisa garantir o mínimo (aluguel, profissionais e alimentação). Porém, vimos dois SRTs em que os moradores pagam pelos cuidadores noturnos, três pagam o aluguel e três pagam toda sua alimentação. Acreditamos que a independência está ligada a essas responsabilidades, mas pode ser uma conquista para o momento em que os moradores desvincularem-se do projeto. Enquanto viverem no SRT, questões como pagamento de aluguel, profissionais e alimentação devem ser custeadas pelo governo, de acordo com portaria nº 106/2000. Já os pagamentos de água, luz, telefone, até de alimentação, podem começar a serem trabalhados no sentido de serem de responsabilidade do morador, para aqueles que têm condição, pois sabemos que muitos moradores possuem gastos elevados com a própria saúde e não conseguiriam arcar com toda essa responsabilidade, comparativo com muitos cidadãos que dependem de um salário mínimo para sobreviver, e, devido a isso, sofrem dificuldades.

Quanto aos aspectos positivos, notamos que, referente à autonomia dos moradores no cotidiano, os SRTs vêm trabalhando na direção da Reabilitação Psicossocial. Em todos os SRTs os moradores estão envolvidos com atividades do cotidiano em níveis diferentes: 1) envolvimento dentro da própria casa com atividades domésticas e pessoais com ajuda do cuidador; 2) envolvimento dentro da casa em atividades domésticas e pessoais com autonomia, sem ajuda de cuidador; 3) envolvimento dentro da casa em atividades domésticas e pessoais e nos espaços comunitários com ajuda do cuidador; 4) envolvimento dentro da casa em atividades domésticas e pessoais e nos espaços comunitários com autonomia sem ajuda de cuidador; e 5) alguns, por conta da idade e questões clínicas, não realizam nenhum tipo de atividade, apenas são cuidados pelos cuidadores. Nessa situação, se pensarmos nos anos de

internação psiquiátrica 10, 20, 30, 40 ou mais, na despersonalização que sofreram, além de 129 serem curatelados, os números que temos de avanços pessoais em 13 anos de SRTs (de acordo com a data dos dados coletados) são surpreendentes. Imaginamos ser justo que essas pessoas necessitem de, pelo menos, o mesmo tempo que ficaram internadas para retomarem suas vidas no convívio social.

Não podemos deixar de mencionar a experiência do SRT Girassol, por proporcionar maior poder de decisão aos moradores, que são respeitados em seus direitos de escolha, sem deixarem de realizar seus trabalhos quanto às orientações e terapêuticas. Esse é um serviço diferenciado que conta com uma equipe própria de trabalho voltada exclusivamente para o SRT. Sem dúvida, esta é uma diferença extremamente importante, pois proporciona uma grande melhoria na qualidade do trabalho prestado aos moradores.

Sobre as perspectivas dos trabalhadores dos SRTs, foi observado que a maioria dos profissionais traz um discurso voltado para o crescimento do morador. Manter o objetivo da portaria nº 106/2000 e estar respaldado pela Reabilitação Psicossocial, afinal esta é uma conquista de muitos anos de luta para deixarmos tudo só no papel. Devemos honrar aqueles que lutaram pela Reforma Psiquiátrica e continuar a luta, não nos referimos apenas às lutas políticas, mas sim às lutas na prática, por um serviço de qualidade respaldado nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e na Reabilitação Psicossocial. Não podemos admitir um serviço sem qualidade, feito “de qualquer jeito”.

Entendemos que, em relação à liberdade, temos a maioria das SRTs exercendo um controle sobre os moradores em vários sentidos. Desde escolhas cotidianas até o controle financeiro, mas demonstram estar no processo crescente, buscando a autonomia e a liberdade de fato para os moradores.

Sabemos que alguns moradores, por vários motivos já mencionados na pesquisa, precisarão de cuidados e suas vidas serão mais controladas, mas o que conseguirem obter de liberdade de escolha, melhor será. Assim, fica para reflexão constante se estamos mesmo na direção correta, se estamos de fato ajudando o morador a conquistar sua autonomia e liberdade.

Pensamos que devemos nos perguntar todos os dias e refletir se estamos no caminho certo da Reabilitação Psicossocial. Mas não refletir apenas sozinhos, e sim como uma equipe, podendo surgir reflexões profundas, críticas construtivas, troca de saberes e, desta forma, surgir um crescimento entre os profissionais. Sem a interação da equipe, sem o respeito pelas diferenças de ideais, sem o trabalho transdisciplinar, não chegaremos muito longe. Encontrar um ponto em comum nas discussões é a partida para construir algo em equipe, sem deixar de

se posicionar individualmente. É nos colocando e trocando experiências que vamos aprendendo e construindo uma prática melhor e mais humana.

Fazer justiça é possível? Essa pergunta não tem resposta fácil, pois ela depende de vários fatores que incluem o morador, o trabalhador, comunidade, os serviços públicos, a gestão e as políticas públicas. Diante do que vimos na pesquisa, precisamos de um pouco mais de esforços para fazermos justiça de fato. Esforços de todos esses citados, pois será apenas no coletivo que conseguiremos. Não adianta correr sozinho, o governo precisa fazer sua parte, por exemplo, em relação às visitas aos SRTs, que precisam de pessoas capacitadas para a gestão do serviço. Os profissionais precisam saber qual é o seu papel, os moradores precisam interagir com todos esses processos e fazer parte dessa luta, a comunidade entender de que forma pode contribuir para essa luta. Só com a participação de todos é que poderemos fazer justiça e oferecer uma vida melhor com liberdade, dignidade e qualidade de vida para aqueles que viveram grande parte de suas vidas enclausurados.

Os moradores deixam seu recado claramente: os SRTs trouxeram benefícios para a vida deles, mesmo com as melhorias que precisam ser feitas, ainda que para eles passem despercebidas, em suas falas encontramos a predominância de coisas positivas. Claro que não agradaria a todos. Temos as queixas de dois moradores, um por ser morador de rua por 40 anos e ter o desejo de voltar para a ponte onde morou e rever seus amigos; e outro procura o amor familiar que, ao seu ver, só a família de origem pode oferecer.

Fazendo um paralelo entre como era a vida deles dentro do hospital psiquiátrico, se é que podemos chamar de vida, todos os SRTs realmente trazem uma melhoria na qualidade de vida inquestionável no que diz respeito à estrutura física, higiene, alimentação, afetividade e assistência. Já no que diz respeito à Reabilitação Psicossocial, cada um está em um nível diferente de avanços, mas é fato que, a maioria está em busca da tão sonhada “liberdade” e alguns precisando rever suas práticas.

No entanto, no olhar do morador, essas “pequenas” conquistas simbolicamente têm um grande significado, pois, com certeza, passar grande parte da vida sem ter um banho adequado, alimentação mínima básica, vestimentas próprias, poder de decisão das coisas mais banais do cotidiano, direitos, voz, paz, afetividade e amor, ou seja, necessidades básicas, são traumas difíceis de serem superados.

Os SRTs proporcionam um novo olhar voltado para essas pessoas, apenas do serviço existir já começamos uma mudança de paradigmas, eles oferecem para a maioria um novo núcleo familiar; a convivência com os colegas por anos faz com que essas pessoas construam afeto um pelo outro, que cuidem um do outro, exerçam a contratualidade dentro de suas casas.

Obviamente, a vida não são só rosas, mas espinhos também, como em qualquer família em qualquer parte do mundo. Os SRTs trazem a esperança de uma vida melhor com mais tranquilidade e segurança para o morador.

O documentário (as imagens, as falas) ilustram exatamente isso: o cotidiano, as mudanças relevantes que essas pessoas tiveram ao saírem do hospital psiquiátrico, a importância desse serviço para cada um que depende dele para reconstruírem suas vidas, seja qual for o grau de autonomia, ou nenhuma, mas temos a dignidade e o afeto.

Nossa aventura pelas “veredas” da pesquisa e da construção de um documentário nos fez enxergar o quão importante era oportunizar um espaço para que os moradores pudessem falar diretamente com as pessoas, contar de si. Pois, quando falamos com o outro, estamos é falando com nós mesmos.

A trajetória de pesquisa é também a trajetória do (re)significar-se. Colocamos nossas certezas e dúvidas em questão, e como a personagem de Guimarães Rosa, Riobaldo, falamos sem parar, por mais de 100 páginas e centenas de quilômetros rodados por estradas desconhecidas, curvas perigosas, riachos mansos e paragens estranhas... para talvez falar de nós mesmos, em busca de quê? Sabemos com certeza? Nossos heróis sabem? Quem saberá? Deixemos Riobaldo falar:

O senhor é de fora, meu amigo mas meu estranho. Mas, talvez por isto mesmo. Falar com o estranho assim, que bem ouve e logo longe se vai embora, é um segundo proveito: faz do jeito que eu falasse mais mesmo comigo. Mire e veja: o que é ruim, dentro da gente, a gente perverte sempre por arredar mais de si. Para isso é que muito se fala? (João Guimarães Rosa - Grande sertão: veredas)

Em uma última alusão a esse romance que nos serviu de metáfora para travessias – nossa, dos SRTs, dos moradores, dos profissionais – fica a reflexão:

Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa; mas vai dar na outra banda é, num ponto mais embaixo, bem diverso do que em primeiro se pensou (...)
O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe pra gente é no meio da travessia... (João Guimarães Rosa - Grande sertão: veredas)

Podemos, dessa forma, considerar a importância desse serviço como sendo, também, uma travessia, um começo de mudança de paradigmas, dos preconceitos relacionados a essas pessoas, da dignidade e liberdade para todos. Vivamos o caminho, pois, “O diabo não há! É o que eu digo, se for... Existe é homem humano. Travessia”.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, A. J.; QUEIRÓS, P. J. P.; RODRIGUES, M. A. Reabilitação psicossocial em moradias assistidas no Brasil e em Portugal. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-0770015.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.
- ALVES, V. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Com. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ANTHONY, W. A.; COHEN, M. R.; FARKAS, M. D. **Formazione e metodologia dell'assistenza in riabilitazione psichiatrica**. Milano: Edizione Fatebenefratelli, 1988.
- ANTONACCI, M. H. et al. Estrutura e fluxo da rede saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 47, n. 4, p. 891-898, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78039/82055>>. Acesso em: 15 nov. 2014.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARGILES, C. T. L. et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2049-2058, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/20.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARRETO, K. D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico**: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. 2. ed. São Paulo: Unimarco, 2000.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Gall, 1985.
- BASTOS, L. C.; AGUIAR, M. G. G. Vivências de moradores de residências terapêuticas de Feira de Santana, Bahia: do fio da vida administrada no "Hospital Colonia" a vida em liberdade na cidade. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 35, n. 2 p. 432-445, 2011. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/316/pdf_125>. Acesso em: 15 nov. 2014.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BERTOLETE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 200-203.
- BEZERRA, B. A. Clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 175-182.
- BORBA, L. O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 14 jan. 2014.

_____. Ministério da Previdência Social. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe do Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência Social (BPC - LOAS). Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em: 26 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106 GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os serviços de Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF, 2000a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.220/GM, de 7 de novembro de 2000**. Institui tabelas de profissionais e serviços. Brasília, DF, 2000b. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/148-saude-mental?download=839:portaria-gm-n-1220-2000>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 9 mar. 2013.

_____. 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). Portal da saúde, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.511, de 24 de julho de 2013**. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1511_24_07_2013.html>. Acesso em: 22 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados 12**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRESSAN, V. R.; MARCOLAN, J. F. O desvelar de violações dos direitos humanos em serviços residenciais terapêuticos. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 21, n. 1, p. 149-160, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28847/pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40753/44070>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

CARNIEL, A. C. D. **O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental**. 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CARNIEL, A. C. D.; PEDRÃO, L. J. Contribuições do acompanhamento terapêutico na assistência ao portador de transtorno mental. **Rev. Eletrônica Enferm.** v. 12, n. 1, p. 63-72, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a08.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

CERTEAU, M. Espaços privados. In: CERTEAU, M.; GIARD, L.; MAYOL, P. **A invenção do cotidiano**: 2. morar, cozinhar. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 203-207.

COATES, T.-N. **Entre o mundo e eu**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

DELGADO, P. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. **Cad. IPUB**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 19-33, 2006.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. (Coleção Passo-a-Passo).

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. A inserção da reabilitação psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: o conflito entre racionalidade instrumental e racionalidade prática. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. v. 22, n. 1, p. 76-84, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14123/15941>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

FIORATI, R. C. et al. Iniquidade e exclusão social: estudo com pessoas em situação de rua em Ribeirão Preto/SP. **Rev. Eletrônica Gestão Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2120-2135, 2015. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1297/pdf_1>. Acesso em: 17 set. 2016.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

_____. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2015.

FREIRE, F. H. M. A.; SILVA, V. N.; OLIVEIRA, M. F. O. Programa de Volta pra Casa no campo da saúde coletiva e saúde mental: estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. **Catussaba Rev. Cient. Esc. Saúde**, v. 2, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/download/209/231>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

FURTADO, J. **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GOLDBERG, J. I. Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 43-60.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. P. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 12, n. 2 p. 217-221, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a15.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2015.

HOUAISS, A.; FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

LIBERMAN, R. P. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martinez Roca, 1993.

LIMA, C. M. P. A.; CARDOSO, M. G.; SANTOS, J. E. Projeto de construção do conhecimento dos cuidadores de um serviço residencial terapêutico: valorizando a singularidade do cuidar nas residências terapêuticas. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n. 4-5, p. 106-120, 2010. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1107/1271>>. Acesso em: 18 out. 2015.

LIMA, S. S.; BRASIL, S. A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 67-88, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00067.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2015.

LOJUDICE, D. C. et al. Residências terapêuticas e reabilitação psicossocial: relato de experiência. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLITICAS SOCIAIS NO BRASIL, 2003, Cascavel. **Anais...** Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2003. p. 25-28. Disponível em: <<http://cachp.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo2/23nelsisaleta.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2015.

MACHADO, A. M.; MIASSO, A. I.; PEDRÃO, L. J. Sentimento do portador de transtorno mental em processo de reabilitação psicossocial frente à atividade de recreação. **Rev. Esc.**

Enferm. USP, v. 45, n. 2, p. 458-464, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v45n2/v45n2a21.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2015.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Ser, estar, habitar: serviços residenciais terapêuticos no município de Campinas, SP. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 245-252, 2012. Disponível em: <<http://revistas.usp.br/rto/article/view/55639/59099>>. Acesso em: 19 out. 2015.

MATOS, B. G.; MOREIRA, L. H. O. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 668-676, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0668.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2015.

MAYOL, P. Morar. In: CERTEAU, M.; GIARD, L.; MAYOL, P. **A invenção do cotidiano: 2. morar, cozinhar**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 37-109.

MELLO, R.; FUGUERATO, A. R. F. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 457-464, 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3215/art_FUREGATO_Representacoes_de_usuarios_familiares_e_profissionais_acerca_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 out. 2015.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, M. I. B.; CASTRO-SILVA, C. R. Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. **Psicol. Soc.**, v. 23, n. 3, p. 545-553, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n3/12.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2015.

PAGOT, A. M. **O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PALOMBINI, A. L. et al. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PINGANI, L. et al. Who cares for it? how to provide psychosocial interventions in the community. **Int. J. Soc. Psychiatry**, v. 59, n. 7, p. 701-707, 2012. Disponível em: <<http://isp.sagepub.com/content/59/7/701.full.pdf+html>>. Acesso em: 19 out. 2015.

PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

PIZARRO, S. V. Los centros de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental de la comunidad de Madrid: un recurso para el empleo en tiempos de crisis (2008-2012). **Methaodos Rev. Cienc. Soc.**, Madrid, v. 3, n. 1, p. 7-18, 2015.

PRATT, W. et al. **Psychiatric rehabilitation**. London: Academic Express, 1999.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

QUEIROZ, M. S.; DELAMUTA, L. A. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do “Cândido Ferreira” em Campinas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3603-3612, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n8/a28v16n8.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

RIBEIRO NETO, P. M.; AVELLAR, L. Z. Concepções sobre a internação com moradores de residências terapêuticas. **Psicol. Soc.**, v. 28, n. 1, p. 162-170, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n1/1807-0310-psoc-28-01-00162.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

ROSENFELD, D. L. **O que é democracia**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SALLES, A. C. R. R.; MIRANDA, L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. **Psicol. Soc.**, v. 28, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n2/1807-0310-psoc-28-02-00369.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2016.

SANTOS, S. A. **Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial**: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP, 2006.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria de estado da saúde. **Residência Terapêutica no Estado de São Paulo**. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental-alcool-e-drogas/residencias-terapeuticas-no-estado-de-sao-paulo-dezembro-2010>>. Acesso em: 09 mar. 2013.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial a cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora, 2001.

_____. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016a. p. 19-26.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016b. p. 194-198.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 602-609, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a23v15n3.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

SILVA, M. L. S. et al. A enfermagem na rede de apoio às residências terapêuticas para moradores com transtornos mental. **Rev. Enferm. Referência**, Coimbra, v. 3, n. 11, p. 143-151, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn11/serIIIIn11a16.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JÚNIOR, H. P. O. Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2089-2098, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a08.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

SOARES, E. J. P. **Análises discursivas sobre a (des)construção do conceito de democracia**: dizeres e fazeres no contexto escolar. 2015. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

SPRIOLI, N.; COSTA, M. C. S. Cuidar em novo tempo: o trabalho de cuidadores com pacientes psiquiátricos em moradias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_13.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014.

TAVARES, L. A. T. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo**: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

VANDERLEI, L. O vazio vivo. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 79-89.

VALENTINI JÚNIOR, W. A. H.; VICENTE, C. M. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 61-68.

VENTURINI, E. O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental. **Fractal Rev. Psicol.**, v. 22, n. 3, p. 471-480 set./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/573/475>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

VIEIRA, T. S. et al. The living experience of residents in residential services: therapeutic possibilities for psychosocial rehabilitation. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 58-63, 2014. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19775/pdf_143>. Acesso em: 19 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression**: a global public health concern. Geneva: WHO/Department of Mental Health and Substance Abuse, 2012. p. 6-8. Disponível em: <http://www.who.int/entity/mental_health/management/depression/who_paper_depression_w_fmh_2012.pdf?ua=1>. Acesso em: 7 jul. 2016.

APÊNDICES

Apêndice A

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (MORADOR)

Nome:

Idade:

Estado civil:

Naturalidade:

Escolaridade:

Religião:

1 Conte um pouco sobre sua história, infância, adolescência, vida adulta e hoje? (pergunta disparadora da conversa e utilizada para o documentário)

2 Sobre a infância e adolescência: onde foi e como foi. (pergunta utilizada para o documentário)

3 Sobre o hospital psiquiátrico: com que idade foi, quanto tempo esteve internado, falar sobre a internação, foi aplicado eletrochoque, recebia visita de familiares e amigos e com que frequência, como era a relação com os outros internos e com a equipe de trabalho, que tipo de atividade realizava dentro do hospital, era permitido sair para alguma atividade de lazer e cultura fora do hospital. (pergunta utilizada para o documentário)

4 Sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): quando veio para as residências terapêuticas, de quem é a casa, quantos moram na casa, quais são as atividades realizadas na casa, e fora da casa, o que acha de morar na SRT, nesta casa tem tudo que precisa, abrigo, segurança, privacidade e conforto, tem família, recebe visita deles ou vai visita-los, com que frequência, como é a relação com seus companheiros de casa, como é a relação com a equipe de trabalho, como é a relação com a comunidade, trabalha ou estuda, o que tem de bom e o que tem de ruim na SRT, o que deseja para vida e deixe um recado para alguém. (pergunta utilizada para o documentário e para a análise de dados da pesquisa)

Apêndice B**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (PROFISSIONAL DOCUMENTÁRIO)**

Fale um pouco sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos? (pergunta utilizada para o documentário)

Apêndice C

QUESTIONÁRIO (PROFISSIONAL)

Nome:

Profissão:

email:

1 Os SRTs são de natureza pública?

2 Os SRTs estão devidamente cadastradas no SUS?

3 Estão integrados a rede de serviço do SUS?

4 Qual serviço de saúde mental oferece supervisão para o SRT?

5 O SRT esta ligado há alguma ONG?

6 Quantos moradores tem no máximo na casa tipo I?

7 Quantos moradores tem no máximo na casa tipo II?

8 As Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecem rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental?

rotina de acompanhamento Estadual	Sim	não
rotina de supervisão Estadual	Sim	não
rotina de controle (vigilância Sanitária) Estadual	Sim	não
rotina de avaliação Estadual	Sim	não
rotina de acompanhamento Municipal	Sim	não
rotina de supervisão Municipal	Sim	não
rotina de controle (vigilância Sanitária) Municipal	Sim	não
rotina de avaliação Municipal	Sim	não

9 Quantas residências o projeto tem?

tipo I	tipo II (24h)
quantas?	quantas?

10 As casas se dividem como? Coloque a quantidade.

Homens ()	Mulhers ()	Mista ()
------------	-------------	-----------

11 Quantos moradores tem no projeto?

Homens:

Mulheres:

12 Quantos idosos (acima de 60 anos)?

13 Quantos são curatelados?

Sim	Não
quantos?	quantos?

14 Quantos profissionais tem trabalhando para o projeto diariamente?

Profissão	Quantidade
Cuidador	
Assistente Social	
Psicólogo	
Terapeuta Ocupacional	
Fisioterapeuta	
Musico terapeuta	
Médico Psiquiatra	

15 Qual é o objetivo principal do projeto?

16 As casas estão dentro da comunidade?

Sim	Não
quantas?	quantas?

17 As casas tem mobiliário adequado em todos os cômodos?

Sim	Não
quantas?	quantas?

18 Quantas refeições diárias os moradores fazem?

19 Quem paga as contas da casa? (agua, luz, telefone, gas e etc)

20 Quem paga o aluguel da casa?

21 Quem paga o cuidador do NOTURNO?

22 Quem paga alimentação?

23 Quantos moradores são egressos de hospitais psiquiátricos e quantos não?

Sim	Não
-----	-----

quantos?	quantos?
----------	----------

24 Quantos recebem o benefício da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)?

Sim	Não
quantos?	quantos?

25 Quantos recebem o "De volta para casa"?

Sim	Não
quantos?	quantos?

26 Quais são os profissionais que trabalham com a Reabilitação Psicossocial?

27 Quando esses profissionais técnicos (exceto cuidadores) foram contratados eles tinham especialidade ou experiência em Reabilitação Psicossocial ou em saúde mental?

Sim	Não
quantos?	quantos?

28 Quantos tem autonomia (realiza a atividade sozinho) nas atividades de vida cotidiana na própria casa? (Lava roupa, cozinha, limpa casa, organiza seus pertences, passa roupas e etc)

Sim	Não
quantos?	quantos?

29 Quantos tem autonomia (realiza a atividade sozinho) nas atividades de vida cotidiana fora da casa? (vai a padaria, mercado, banco, varejão, feira e etc.)

Sim	Não
quantos?	quantos?

30 Quantos tem autonomia (realiza a atividade sozinho) na vida social ? (passeios, cultura, lazer e etc.)

Sim	Não
quantos?	quantos?

31 Quantos tem autonomia (realiza a atividade sozinho) para tomar a própria medicação?

Sim	Não
quantos?	quantos?

32 Realizam viagens? (sozinhos ou acompanhados de cuidadores)

Sozinhos	Acompanhados
quantos?	quantos?

33 Quantos estão no mercado de trabalho?

Sim	Não
quantos?	quantos?

34 Quantos frequentam a escola?

Sim	Não
quantos?	quantos?

35 Eles tem autonomia (realiza a atividade sozinho) para administrar seu próprio dinheiro?

Sim	Não
quantos?	quantos?

36 Quantos tem família?

Sim	Não
quantos?	quantos?

37 Quantos recebem visita da família?

Sim	Não
quantos?	quantos?

38 Os vizinhos participam e colaboram com o projeto?

39 Qual a sua perspectiva para este trabalho?

Apêndice D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MORADOR DO SRT QUE PERMITIU ENTREVISTA GRAVADA, FILMAGENS E FOTOGRAFIAS)

Convidamos o(a) senhor(a) _____, portador(a) de Cédula de Identidade R.G. nº. _____, abaixo assinado, para participar de uma pesquisa denominada: "Treze anos de Serviços Residenciais Terapêuticos: da privação à liberdade, história de vida dos moradores", que tem como objetivos fazer um levantamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) do estado de São Paulo, Brasil, em treze anos de sua existência; avaliar os SRTs a partir da portaria 106/2000; analisar o impacto deste serviço na Reabilitação Psicossocial de pessoas com diagnósticos de transtornos mentais moradores desses serviços e verificar as perspectivas que os profissionais e os moradores têm frente aos recursos que esses serviços oferecem. Para isso o(a) senhor(a) será entrevistado, e, a entrevista, durará mais ou menos uma hora. A entrevista será gravada com um gravador portátil. Serão tiradas fotografias com uma máquina fotográfica e serão realizadas, também, filmagens, com câmeras filmadoras, para depois ser criado um possível documentário sobre sua história de vida e como é o seu dia a dia.

Garantimos ao(a) senhor(a) que tudo o que o senhor falar, durante a entrevista, servirá para fins de pesquisa. O filme e as fotografias serão mostrados em locais apropriados para fins de pesquisa, acadêmicos e públicos, garantimos que o documentário previsto terá o intuito de mostrar para a sociedade a importância deste serviço e sua história de vida contribuindo para a diminuição dos estigmas e rótulos colocados pela própria sociedade.

A sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e não trará riscos previsíveis. No entanto, esclarecemos que, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos e desconfortos.

Reforçamos que esta pesquisa poderá trazer benefícios para o senhor(a), contribuindo na melhoria do serviço de que desfruta, bem como na de outros serviços relacionados e/ou da mesma natureza. Caso queira, saiba que pode desistir a qualquer momento, sem que isso lhe cause prejuízo. O(A) senhor(a) será acompanhado(a) e assistido(a) pelo pesquisador responsável durante a aplicação dos instrumentos de pesquisa, podendo fazer perguntas sobre qualquer dúvida que apareça durante todo o processo. Seu anonimato será preservado. Não

haverá nenhuma forma de reembolso em dinheiro pela participação, já que para participar desta pesquisa, não haverá gastos de sua parte.

Para esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP EERP-USP)¹¹, órgão que tem a finalidade de proteger eticamente o participante, cuidando para que se cumpram todas as exigências legais de uma investigação deste tipo. Esteja à vontade para entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, pelos telefones ou pelos e-mails abaixo informados. Este documento será assinado em duas vias, ficando uma cópia com o senhor(a), e o pesquisador com outra.

Assinatura do participante da pesquisa

Pesquisadores responsáveis:

Aline Cristina Dadalte - Telefone: (16) 3236 8566 - Psicóloga Clínica - CRP: 06/ 76000 e-mail: alinedadalte@ig.com.br

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 3602 3418 EERP-USP - Campus USP - Av. Bandeirantes, 3900 - CEP - 14040-902 - Ribeirão Preto SP
e-mail: lujope@eerp.usp.br

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2014

¹¹ Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP EERP- (16)-3602 3386 (horário de funcionamento: de segunda à sexta das 8h às 17h).

Apêndice E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL POR MORADOR DO SRT QUE PERMITIU ENTREVISTA GRAVADA, FILMAGENS E FOTOGRAFIAS)

O(A) senhor(a) _____, portador(a) de Cédula de Identidade R.G. nº. _____, considerado "legalmente incapaz", em acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em seu item II.24, está sendo convidado para participar de uma pesquisa denominada: "Treze anos de Serviços Residenciais Terapêuticos: da privação à liberdade, história de vida dos moradores", que tem como objetivos fazer um levantamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) do estado de São Paulo, Brasil, em treze anos de sua existência; avaliar os SRTs a partir da portaria 106/2000; analisar o impacto deste serviço na Reabilitação Psicossocial de pessoas com diagnósticos de transtornos mentais moradores desses serviços e verificar as perspectivas que os profissionais e os moradores têm frente aos recursos que esses serviços oferecem. Para isso, o(a) referido(a) senhor(a), será entrevistado(a), e, a entrevista, durará mais ou menos uma hora. A entrevista será gravada com um gravador portátil. Serão tiradas fotografias com uma máquina fotográfica e serão realizadas, também, filmagens, com câmeras filmadoras, para depois ser criado um possível documentário sobre sua história de vida e como é o seu dia a dia.

Garantimos ao abaixo assinado na condição de responsável legal, que tudo o que se falar, durante a entrevista, servirá para fins de pesquisa. O filme e as fotografias serão mostrados em locais apropriados para fins de pesquisa, acadêmicos e públicos. O documentário previsto terá o intuito de mostrar para a sociedade a importância deste serviço e as histórias de vida de seus moradores contribuindo para a diminuição dos estigmas e rótulos colocados pela própria sociedade.

A participação deste morador nesta pesquisa não é obrigatória e não trará riscos previsíveis. No entanto, esclarecemos que, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos e desconfortos.

Reforçamos que esta pesquisa poderá trazer benefícios para este(a) senhor(a), contribuindo na melhoria do serviço de que desfruta, bem como na de outros serviços relacionados e/ou da mesma natureza. Caso queira, saiba que podem desistir a qualquer momento, sem que isso lhes cause prejuízo. O(A) senhor(a) morador será acompanhado(a) e

assistido(a) pelo pesquisador responsável e, caso queira ou seja necessário, pelo(a) responsável legal, durante a aplicação dos instrumentos de pesquisa, podendo fazer perguntas sobre qualquer dúvida que apareça durante todo o processo. O anonimato das partes será preservado. Não haverá nenhuma forma de reembolso em dinheiro pela participação, já que para participar desta pesquisa, não haverá gastos de sua parte.

Para esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP EERP-USP)¹², órgão que tem a finalidade de proteger eticamente o participante, cuidando para que se cumpram todas as exigências legais de uma investigação deste tipo. Esteja à vontade para entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, pelos telefones ou pelos e-mails abaixo informados. Este documento será assinado em duas vias, ficando uma cópia com o senhor(a) responsável, e o pesquisador com outra.

Nome do responsável:

RG:

Pesquisadores responsáveis:

Aline Cristina Dadalte - Telefone: (16) 3236 8566 - Psicóloga Clínica - CRP: 06/ 76000
email: alinedadalte@ig.com.br

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 3602 3418 EERP-USP - Campus USP - Av.
Bandeirantes, 3900 - CEP - 14040-902 - Ribeirão Preto SP
e-mail: lujope@eerp.usp.br

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2014

¹² Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP EERP- (16)-3602 3386 (horário de funcionamento: de segunda à sexta das 8h às 17h).

Apêndice F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAL)

Convidamos o(a) senhor(a) _____, portador(a) de Cédula de Identidade R.G. nº. _____, abaixo assinado, para participar de uma pesquisa denominada: "Treze anos de Serviços Residenciais Terapêuticos: da privação à liberdade, história de vida dos moradores", que tem como objetivos fazer um levantamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) do estado de São Paulo, Brasil, em treze anos de sua existência; avaliar os SRTs a partir da portaria 106/2000; analisar o impacto deste serviço na Reabilitação Psicossocial de pessoas com diagnósticos de transtornos mentais moradores desses serviços e verificar as perspectivas que os profissionais e os moradores têm frente aos recursos que esses serviços oferecem. Para isso o(a) senhor(a) responderá a um questionário.

Garantimos ao(a) senhor(a) que as respostas ao questionário servirão apenas para fins de pesquisa. Garantimos ao(a) senhor(a) o direito de receber resposta a qualquer pergunta, ou esclarecimento a qualquer dúvida, sobre os procedimentos que serão realizados. Garantimos ainda, que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto. Garantimos liberdade ao(a) senhor(a) para deixar de participar da pesquisa quando quiser. Garantimos a segurança de que o senhor(a) não será identificado. O(A) senhor(a) não correrá riscos previsíveis. No entanto, esclarecemos que, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos e desconfortos.

Esperamos que suas respostas possibilitem muitos benefícios, entre eles, melhorar a qualidade da assistência aqui no SRT e em outros lugares parecidos com este.

Para esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP EERP-USP)¹³, órgão que tem a finalidade de proteger eticamente o participante, cuidando para que se cumpram todas as exigências legais de uma investigação deste tipo. Esteja à vontade para entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, pelos telefones ou pelos e-mails abaixo informados. Este documento será assinado em duas vias, ficando uma cópia com o senhor(a), e o pesquisador com outra.

¹³ Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP EERP- (16)-3602 3386 (horário de funcionamento: de segunda à sexta das 8h às 17h).

Assinatura do participante da pesquisa

Pesquisadores responsáveis:

Aline Cristina Dadalte - Telefone: (16) 3236 8566- Psicóloga Clínica - CRP: 06/ 76000 e-mail: alinedadalte@ig.com.br

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 3602 3418 EERP-USP - Campus USP - Av. Bandeirantes, 3900 - CEP - 14040-902 - Ribeirão Preto SP

e-mail: lujope@eerp.usp.br

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2014

Apêndice G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAL QUE PERMITIU ENTREVISTA GRAVADA, FILMAGENS E FOTOGRAFIAS)

Convidamos o(a) senhor(a) _____, portador(a) de Cédula de Identidade R.G. nº. _____, abaixo assinado, para participar de uma pesquisa denominada: "Treze anos de Serviços Residenciais Terapêuticos: da privação à liberdade, história de vida dos moradores", que tem como objetivos fazer um levantamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) do estado de São Paulo, Brasil, em treze anos de sua existência; avaliar os SRTs a partir da portaria 106/2000; analisar o impacto deste serviço na Reabilitação Psicossocial de pessoas com diagnósticos de transtornos mentais moradores desses serviços e verificar as perspectivas que os profissionais e os moradores têm frente aos recursos que esses serviços oferecem.

Para isso o(a) senhor(a) responderá a um questionário. O filme e as fotografias serão mostrados em locais apropriados para fins de pesquisa, acadêmicos e públicos, garantimos que o documentário previsto terá o intuito de mostrar para a sociedade a importância deste serviço contribuindo para a diminuição dos estigmas e rótulos colocados nessas pessoas pela própria sociedade.

Garantimos ao(a) senhor(a) que as respostas ao questionário servirão apenas para fins de pesquisa. Garantimos ao(a) senhor(a) o direito de receber resposta a qualquer pergunta, ou esclarecimento a qualquer dúvida, sobre os procedimentos que serão realizados. Garantimos ainda, que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto. Garantimos liberdade ao(a) senhor(a) para deixar de participar da pesquisa quando quiser. A sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e não trará riscos previsíveis. No entanto, esclarecemos que, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos e desconfortos.

Esperamos que suas respostas possibilitem muitos benefícios, entre eles, melhorar a qualidade da assistência aqui no SRT e em outros lugares parecidos com este.

Para esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP EERP-USP)¹⁴, órgão que tem a finalidade de proteger eticamente o participante, cuidando para que se cumpram todas as exigências

¹⁴ Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP EERP- (16)-3602 3386 (horário de funcionamento: de segunda à sexta das 8h às 17h).

legais de uma investigação deste tipo. Esteja à vontade para entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, pelos telefones ou pelos e-mails abaixo informados. Este documento será assinado em duas vias, ficando uma cópia com o senhor(a), e o pesquisador com outra.

Assinatura do participante da pesquisa

Pesquisadores responsáveis:

Aline Cristina Dadalte - Telefone: (16) 3236 8566- Psicóloga Clínica - CRP: 06/ 76000 e-mail: alinedadalte@ig.com.br

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 3602 3418 EERP-USP - Campus USP - Av. Bandeirantes, 3900 - CEP - 14040-902 - Ribeirão Preto SP

e-mail: lujope@eerp.usp.br

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2014

Apêndice H

(TERMO DE ASSENTIMENTO PARA MORADOR DO SRT "LEGALMENTE INCAPAZ" QUE PERMITIU ENTREVISTA GRAVADA, FILMAGENS E FOTOGRAFIAS)

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa chamada "Treze anos de Serviços Residenciais Terapêuticos: da privação à liberdade, história de vida dos moradores".

Esta pesquisa serve para descobrirmos se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) funcionam da forma que as leis dizem que deve ser, se realmente melhora a vida das pessoas que vivem nas casas e para sabermos como é feito o trabalho das pessoas que ajudam vocês, moradores. Assim, poderemos saber se o serviço é bom mesmo e o que precisamos fazer para melhorar mais.

Para conseguirmos descobrir isso, precisamos que o(a) senhor(a) participe de uma entrevista durante mais ou menos uma hora. Um bate-papo que será gravado. Enquanto conversamos, uma pessoa fará fotos e filmagens para um documentário, uma espécie de programa que se vê no cinema ou na televisão. Assim, as pessoas poderão conhecer sua história, como é a vida de quem vive aqui nessas casas.

O(A) senhor(a) não é obrigado(a) a participar e pode desistir, pedir para parar, na hora que quiser. Se tiver dúvidas pode perguntar, o que quiser, tanto o(a) senhor(a), quanto o(a) seu (sua) responsável (a pessoa que cuida de você).

Nós não pagaremos nada em dinheiro para participar, e o(a) senhor(a) não vai gastar nada. O Senhor(a) não corre riscos previsíveis. No entanto, esclarecemos que, conforme o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que avalia a pesquisa diz que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos e desconfortos.

Nós assinaremos dois documentos deste, iguais. Uma cópia fica para o(a) senhor(a), a outra cópia fica com os pesquisadores.

Nome do morador:

RG:

Pesquisadores responsáveis:

Aline Cristina Dadalte - Telefone: (16) 3236 8566- Psicóloga Clínica - CRP: 06/ 76000 e-mail: alinedadalte@ig.com.br

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 3602 3418 EERP-USP - Campus USP - Av. Bandeirantes, 3900 - CEP - 14040-902 - Ribeirão Preto SP

e-mail: lujope@eerp.usp.br

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2014

Apêndice I

(TERMO DE ASSENTIMENTO PARA MORADOR DO SRT "LEGALMENTE INCAPAZ" QUE PERMITIU ENTREVISTA GRAVADA)

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa chamada "Treze anos de Serviços Residenciais Terapêuticos: da privação à liberdade, história de vida dos moradores".

Esta pesquisa serve para descobrirmos se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) funcionam da forma que as leis dizem que deve ser, se realmente melhora a vida das pessoas que vivem nas casas e para sabermos como é feito o trabalho das pessoas que ajudam vocês, moradores. Assim, poderemos saber se o serviço é bom mesmo e o que precisamos fazer para melhorar mais.

Para conseguirmos descobrir isso, precisamos que o(a) senhor(a) participe de uma entrevista durante mais ou menos uma hora. Um bate-papo que será gravado.

O(A) senhor(a) não é obrigado(a) a participar e pode desistir, pedir para parar, na hora que quiser. Não vamos contar os nomes verdadeiros dos(as) senhores(as) que participarem para que ninguém os aborreça. Se tiver dúvidas pode perguntar, o que quiser, tanto o(a) senhor(a), quanto o(a) seu (sua) responsável (a pessoa que cuida de você).

Nós não pagaremos nada em dinheiro para participar, e o(a) senhor(a) não vai gastar nada. O Senhor(a) não corre riscos previsíveis. No entanto, esclarecemos que, conforme o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que avalia a pesquisa diz que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos e desconfortos.

Nós assinaremos dois documentos deste, iguais. Uma cópia fica para o(a) senhor(a), a outra cópia fica com os pesquisadores.

Nome do morador:

RG:

Pesquisadores responsáveis:

Aline Cristina Dadalte - Telefone: (16) 3236 8566- Psicóloga Clínica - CRP: 06/ 76000 e-mail: alinedadalte@ig.com.br

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 3602 3418 EERP-USP - Campus USP - Av. Bandeirantes, 3900 - CEP - 14040-902 - Ribeirão Preto SP

e-mail: lujope@eerp.usp.br

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2014

ANEXOS

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 065/2014

Ribeirão Preto, 31 de março de 2014.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 31 de março de 2014.

Protocolo CAAE: 27369614.9.0000.5393

Projeto: Treze anos de Serviços Residenciais Terapêuticos: da privação à liberdade, história de vida dos moradores.

Pesquisadores: Luiz Jorge Pedrão
Aline Cristina Dadalte

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP