



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE  
MENTAL COLETIVA

MARINA PEREIRA MARQUES

DIÁRIO DE UMA RESIDÊNCIA:  
NARRATIVAS DE UM PROCESSO FORMATIVO E DAS DIVERSAS  
PERSPECTIVAS DO MORAR

Porto Alegre - RS

2019

**MARINA PEREIRA MARQUES**

**DIÁRIO DE UMA RESIDÊNCIA:  
NARRATIVAS DE UM PROCESSO FORMATIVO E DAS DIVERSAS  
PERSPECTIVAS DO MORAR**

Trabalho de Conclusão de Residência  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do título de especialista, da  
Residência Integrada em Saúde, programa de  
Saúde Mental Coletiva, da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Kátia Salete Barfknecht  
Co-orientadora: Débora Denise Silva Miranda

Porto Alegre – RS  
2019

## AGRADECIMENTOS

Na difícil, mas recompensadora missão de agradecer a todos que se fizeram presente junto a mim neste árduo processo de residência e, de forma mais efetiva, na produção da escrita deste trabalho, faço questão de mencionar primeiramente gratidão à minha família. A vocês, que foram meu esteio, minha base e suporte nas mais adversas situações, obrigada.

Às minhas orientadoras, Kátia e Débora, que confiaram no meu potencial de trabalho e escrita, sendo meu suporte em todos os períodos da residência. Obrigada por investirem seus esforços na formação de novos profissionais, acreditando que estes, nós todos, seguiremos buscando um Sistema Único de Saúde de qualidade, integral e equitativo e, principalmente, em uma Política de Saúde Mental que constrói um cuidado em liberdade.

Às amigas que “*a-ceitaram*” meu tempo e minhas subjetividades, obrigada, vocês deixaram o cotidiano leve. Obrigada por me ensinarem tanto sobre coragem, força e confiança; foi compartilhando a vida com vocês, mulheres que tanto me inspiram, que encontrei fôlego para encerrar esses ciclos.

Àqueles que estão comigo sempre e, mesmo que longe, se fizeram tão presentes neste período, contribuindo com trabalho. Joana, Taís e William, obrigada pela paciência e contribuições tão generosas, todas as minhas conquistas tem partes de vocês.

E finalmente, a todos vocês: usuários, moradores, **pessoas**, que pude acompanhar nesse percurso, gratidão. Vocês me fizeram lembrar, diariamente, o motivo das minhas escolhas, pela saúde mental, pela luta de direitos, pela construção de espaços de vida e **liberdade**. Obrigada por todas as trocas que me constituíam uma profissional melhor. Especialmente a vocês que por um ano inteiro abriram as portas de sua casa, possibilitando minha formação; esse trabalho só foi possível porque estivemos juntos.

*“É necessário se espantar, se indignar  
e se contagiar, só assim é possível  
mudar a realidade”*

Nise da Silveira

## LISTA DE SIGLAS

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

PTS - Plano Terapêutico Singular

SUS - Sistema Único de Saúde

## RESUMO:

O presente estudo tem como objetivo narrar as experiências de processos de trabalho desenvolvidos junto a Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a partir de diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de uma cartografia produzida com base em narrativas de uma profissional residente vinculada a um programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Esta, vivenciou o trabalho cotidiano em SRT e posteriormente tornou a se aproximar da temática ao ingressar na equipe de um CAPS que passaria a atuar como serviço de referência a outro SRT. O trabalho retoma o percurso histórico da reforma psiquiátrica brasileira, destacando a importância destes serviços, ditos substitutivos, nos processos de desinstitucionalização. Amplia a discussão acerca do cuidado junto à moradia, costurando, posteriormente, à ideia de estruturação de um novo serviço. Aponta que a temática não é finita, cabendo reflexões e reinvenções constantes para que a ideia de cuidado não retorne a ser mesma de tutela, controle, institucionalização.

**Palavras-chave:** Serviço Residencial Terapêutico. Desinstitucionalização. Processos de cuidado.

# SUMÁRIO

|     |                                 |    |
|-----|---------------------------------|----|
| 1   | INTRODUÇÃO                      | 8  |
| 2   | MÉTODO                          | 11 |
| 3   | REFERENCIAL TEÓRICO             | 13 |
| 4   | DISCUSSÃO                       | 18 |
| 4.1 | <b>Identificando Linhas</b>     | 18 |
| 4.2 | <b>Primeiros Pontos</b>         | 19 |
| 4.3 | <b>Alinhando Novos Retalhos</b> | 26 |
| 5   | CONSIDERAÇÕES FINAIS            | 33 |
|     | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS      | 35 |

## 1 INTRODUÇÃO

Retomar o percurso histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tende a soar como redundância, principalmente para aqueles que tem aproximação com campo da Saúde Mental. Há muito se fala sobre a falência do modelo de cuidado centralizado em hospitais psiquiátricos, privado de liberdade e tendo como perspectiva terapêutica, quase que exclusivamente o uso de medicações. Contudo, nesses tempos em que certas histórias, como essa, parecem receber forças de apagamento por alguns, nós: militantes, trabalhadores, usuários... seremos aqueles que lembrarão, a cada dia, o passado, como resistência para que este não volte a tornar-se presente.

Tem poucos meses, ouvi a fala de um estudioso da saúde mental em um espaço onde a maioria dos ouvintes eram jovens, acadêmicos e residentes de cursos da área da saúde. Ele dizia, com os olhos marejados por lágrimas, que a maior parte de nós ali, jamais saberia o que é vivenciar um manicômio, andar desviando pessoas/corpos pelo chão, sentir o cheiro fétido que se tornara característico daqueles espaços.

Aquela voz embargada, que sustentava com dificuldade as palavras que eram ditas; não era somente a tradução de alguém que passou por experiências como aquela que narrava, mas sim de alguém que necessitava reafirmar para si mesmo que, ninguém mais viveria estes tempos de horrores. Acima de tudo, uma tentativa de mobilizar a todos nós, para que sigamos sendo a força de resistência, em tempos de desesperanças.

Falas e escritas, como as que acima mencionei, não são surpresa há muito tempo, mas sempre que repetidas geram impacto e afetações profundas. Lembro de sentimentos semelhantes quando acessei, pela primeira vez, o livro O Holocausto Brasileiro, de Daniela Arbex. Duvido que alguém consiga passar com neutralidade por cada uma das palavras e imagens que lá são apresentadas. São tão vivas, que faz-se necessário dispor de certo tempo para serem digeridas e assim transformadas em energia que impulsiona o desejo de transformação, de luta, de reforma.



Acredito que somos todos resultados de energias que somamos a cada passagem, grande ou pequena, que experienciamos. Essas podem ter força suficiente para paralisar-nos: impactar, assustar, imobilizar, mas acima de tudo, podem nutrir o desejo de movimento: fazer, lutar, transformar. Estas últimas são, sem dúvida, as que vem me perpassando a cada vivência próxima à Saúde Mental, como as que já narrei, e que colocaram meus passos no caminho de Serviços Residenciais Terapêuticos.

Arrisco dizer que, para uma Terapeuta Ocupacional, escolher cenários de trabalho que se aproximem diretamente das questões cotidianas dos sujeitos, é um processo quase natural. Todas as denominações clássicas estudadas pela ciência da ocupação humana, ciência esta que norteia a profissão, encaixam-se perfeitamente em um SRT. Quando falamos de elementos básicos das ocupações humanas, estamos tratando sobre ações que constituem pessoas enquanto sujeitos.

Desta forma, considerando que os SRTs possuem um perfil de trabalho que inclui desenvolver projetos terapêuticos, sendo estes:

focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente (BRASIL, 2017).

Pensar a saúde mental de pessoas, a partir do seu lugar de morar foi, certamente, o que motivou minha escolha pelo SRT como cenário de prática no percurso da residência. E, entender a importância de demarcar tais histórias foi o que me levou a esta escrita.

O presente trabalho apresenta a construção de escritas de uma profissional residente vinculada à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este, tem como objetivo geral narrar as experiências de processos de trabalho desenvolvidos junto a Serviços Residenciais Terapêuticos, a partir de diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial.

Este estudo contará com dois objetivos específicos. Primeiramente pretende-se discutir sobre o cuidado pensado e ofertado a moradores de SRTs,

na perspectiva do próprio serviço. Posteriormente, almeja-se abordar sobre quais possíveis papéis dos Serviços de Referência aos SRTs.

A ideia de escrever sobre essa temática surge a partir das minhas vivências enquanto profissional residente inserida, no primeiro ano de formação, em um Serviço Residencial Terapêutico do município de Porto Alegre/RS. Durante este percurso, o referido serviço passou por uma mudança de casa - e de território- o que repercutiu na inserção dos moradores em uma nova rede de serviços.

Inserir-se em uma nova rede exigiu de todos os serviços e profissionais envolvidos o pensar e a construção coletiva de novos laços, PTSs compartilhados e principalmente acompanhar os moradores nesses processos de novas vinculações. Para que estes movimentos aconteçam é necessário que cada dispositivo compreenda seu próprio papel- e do outro também - alinhando seus objetivos e assim ofertando o cuidado mais adequado a cada usuário/morador.

No segundo ano enquanto residente, estando inserida em um CAPS II Adulto, na RAPS de outro município, Novo Hamburgo/RS, vivenciei mais um processo envolvendo SRTs. Neste período, a cidade em questão, estava trabalhando na estruturação do seu primeiro SRT, onde o CAPS mencionado seria o serviço de referência, exigindo que sua equipe pensasse novos processos de trabalho.

Este contexto aponta para o fato de que os SRTs estiveram presentes durante todo meu processo formativo enquanto residente, onde a experiência de vivenciar este serviço por um longo período reverberou, conseqüentemente, em contribuições junto à outra equipe.

## 2 MÉTODO

A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dir-se-ia que tudo o que se passa está organizado para que nada nos aconteça... *A experiência* [...]requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (BONDÍA, 2002).

Me apoio nas palavras de Jorge Larrosa Bondía (2002), que em uma das suas produções, fala com muita sabedoria e cuidado sobre a diferença entre trabalho e experiência. Ele expressa que não há como fazer uso dessas palavras como sinônimos, visto que, no trabalho estamos sempre com muita pressa, buscando algo, ações, transformações, o que se distancia da ideia de experienciar. E sim, enquanto residentes, muitas vezes o que vivemos é a realidade árida do trabalho. As rotinas aceleradas dos serviços, engolidos por sistemas, fluxos, produção.

Contudo, ser profissional residente, em muitos momentos, possibilita o tempo de se viver a experiência. Chegar, observar, perceber, sentir "...suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção..." é estar dentro, mas de um lugar de fora, até que, rapidamente entramos em rotinas, e é deste lugar, de quem buscou experiências, que escrevo este trabalho.

A escolha do uso da cartografia como método de pesquisa-intervenção esteve relacionada pelo fato desta, como descrevem PASSOS e BARROS (2015) compreender que não há como desassociar o pesquisar e o intervir. Os autores afirmam que toda pesquisa é intervenção, e esta se constituirá com a imersão na experiência, acompanhando seus efeitos dentro do próprio percurso. Assim, cartografia possibilita que a pesquisa se estruture no transcorrer, ou seja, não há regras ou objetivos previamente estabelecidos.

Este trabalho consiste então, em uma cartografia de minhas narrativas enquanto residente que teve oportunidade de pensar e produzir cuidado a moradores de SRT, do lugar dentro e do lugar fora, deste. Com base em registros de percepções e experiências em um diário de campo e em narrativas, que estabeleço esta escrita.

Destaco o significado do uso do diário de campo, visto que, este atua como instrumento de registros que nos acompanha na rotina de trabalho. Tem seu valor, pois “nele diariamente podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas” (MINAYO, 2001). O uso desse instrumento traz à escrita fidelidade à realidade vivida.

Alicerçada nessas produções, que elaborei enquanto vivenciava serviços de saúde mental, destacando o que verdadeiramente me tocou, que abro espaço para discussão. Ressaltando que o que trarei aqui sempre fará referência ao que vivi e ao que, nas palavras de Bondía, me aconteceu.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem seu início demarcado no final da década de 70, do século passado, acompanhando o movimento sanitário que já ocorria. Este, já lutava por mudanças nos modelos assistenciais à saúde, defendendo “equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado” (BRASIL, 2005).

Sabe-se que, mesmo emergindo de outros movimentos, a Reforma Psiquiátrica tem seu contexto histórico próprio, com demarcadores importantes muito anteriores às próprias leis que a garantem atualmente. Como descreve o Relatório 15 anos de Caracas, a Reforma tornou-se um processo político e social complexo, construída por diversos atores como, trabalhadores da saúde, usuários e familiares, envolvendo diversas instituições, nos âmbitos municipais, estaduais e federais.

Vários progressos seguiram ocorrendo ao longo de anos, destacando-se como outro marco importantíssimo a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 1987, a qual demarca, como descrito no documento do seu relatório final, dentre muitos pontos, a reformulação do modelo assistencial em saúde mental e consequente reorganização dos serviços.

O trecho acima mencionado oficializa a proibição de abertura de novos hospitais psiquiátricos, assim como a abertura de leitos nos já existentes, definindo que, caso haja necessidade destes, que sejam ampliados em hospitais gerais. Ainda retrata sobre a criação de recursos assistenciais alternativos aos asilares e fortalecimento das práticas preventivas e educativas em saúde mental, dentre outras. O que corrobora com a reflexão expressa por LEITE, L.S. (2012) ao se referir à Reforma Psiquiátrica:

Quando se coloca em questão o modelo de cuidado vigente nas políticas de saúde mental, está se desnaturalizando práticas de longos anos cristalizadas nas estruturas institucionais. Então, ao propor a substituição dessas práticas ou procedimentos, provocou-se a abertura para outras formas de cuidado que não estão prescritas ou pré-escritas. Elas podem se constituir nas ações cotidianas e inaugurar fazeres mais potentes e

comprometidos com a perspectiva da integralidade das ações (LEITE, L.S. 2012).

Eis então que, somente no ano de 2001, após mais de uma década de tramitações pelo Congresso Nacional que a Lei nº 10.216, denominada Paulo Delgado, é sancionada no Brasil. Esta tem como princípio básico dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Como já exposto, há muito vinham ocorrendo modificações no modelo assistencial, mas somente com a promulgação da Lei nº10.216 foram impostas mudanças, difundindo a visão sobre a importância da inclusão social e consequentemente a diminuição dos estigmas sofridos por pessoas portadoras de transtornos mentais. As ações efetivas disparadas a partir dela, dizem sobre:

[...] a abertura de um grande número de serviços públicos de base comunitária, redução drástica do número de leitos psiquiátricos, inversão do financiamento prioritário dos hospitais para os serviços abertos, e uma maior atenção aos direitos dos pacientes (GAMA, J.R.A. 2012).

A partir da consolidação dessa lei, diversas novas portarias surgiram, para garantir efetivamente os direitos das pessoas com transtornos mentais. Neste sentido, destaca-se a portaria 3.088, de 2011, que instituiu “Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011). Neste momento, a Reforma Psiquiátrica amplia-se enquanto política pública, construindo efetivamente uma rede de serviços e ações de saúde mental, fazendo uma mudança proporcional: reduzindo leitos psiquiátricos e investindo nessa rede extra-hospitalar (YASUI, S. 2015).

Essas ações foram moldando a Reforma Psiquiátrica, reafirmando que esta, como aponta LEITE, L.S. (2012), apresenta possibilidades outras de cuidado em saúde mental, sem que precise haver segregação para tal. Propondo-se então um cuidado aberto, com serviços que possibilitem, por meio de suas equipes, “multiolhares e multissaberes”. Como a mesma denomina e contextualiza, esses “são diferentes olhares e saberes em relação que provocam outras configurações

e arranjos na direção da valorização da vida, o que implica contraposição ao destaque prioritário a lógica da doença” (LEITE, L.S. 2012. Pág. 68).

A RAPS, conforme foi preconizada e em acordo com esses preceitos, passa a ser constituída pelos seguintes pontos de atenção (Serviços): Atenção Básica em Saúde; Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência. Atenção psicossocial especializada: CAPS, nas suas diferentes modalidades; atenção de urgência e emergência. Atenção residencial de caráter transitório: Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial. Atenção hospitalar: enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência. Estratégias de desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos; reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Rede essa que, nos princípios da reabilitação psicossocial, é vista não somente como uma diversidade de serviços, mas sim como uma trama que, em construção conjunta potencializa o seu fazer. Onde todos os pontos envolvidos são valorizados e geram sentido quando em comunhão. É neste formato que foi investido o cuidado em saúde mental, destacando também:

Nesse modelo, todavia, o cuidado para com as pessoas com transtornos mentais precisa ser realizado por uma equipe multidisciplinar, que inclua psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais. Sendo assim, é necessário estabelecer com o paciente uma relação de cooperação e não de poder, autoritarismo e segregação. Esse modelo de atenção à saúde mental prevê uma rede de atenção psicossocial extra-hospitalar (LUIZ, R.T. *et.al.* 2011).

Cabe ressaltar sempre que, a implementação dessa rede de serviços, foi pensada como suporte no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, visando a garantia e manutenção da principal diretriz da Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização. Considerando aqui a “desinstitucionalização como desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira” (AMORIM, A.K.M.A., DIMENSTEIN, M. 2009).

Para efetivação dos processos de desinstitucionalização, como destacou o Ministério da Saúde em 2005, há duas estratégias primordiais, sendo estas: o Programa de Volta para Casa (PVC) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Nesta perspectiva, no ano de 2003 foi decretada a Lei nº10.708, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Essa fez parte do chamado programa “De Volta para Casa”, política pública de inclusão social, auxiliando na garantia desses processos.

No contexto da desinstitucionalização, quando em suas primeiras intervenções, houve uma questão central a ser pensada: para onde iriam as pessoas após a saída dos hospitais psiquiátricos, que já haviam perdido seus vínculos familiares. A resposta inicial foi abertura dos então denominados “lares abrigados”. Estes, já na década de 90 puderam mostrar as primeiras experiências exitosas espalhadas pelo país:

Experiências de sucesso nas cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) demonstraram a efetividade da iniciativa na reinserção dos pacientes na comunidade. Estas experiências geraram subsídios para a elaboração da Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os SRTs no âmbito do SUS (BRASIL, 2004, pág.7).

A portaria, de nº106/2000, vem para regulamentar os SRT no âmbito do SUS. Esta, em seu detalhamento, apresenta todas as diretrizes de funcionamento das moradias, tanto em âmbitos de gestão, como de funcionamento de cada casa. Destaca-se nesta, a definição dos dois formatos de residenciais que podem ser implantados. Os SRTs do tipo I são “moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores”. Já os SRTs do tipo II são “destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores”, ressaltado que, este segundo deverá contar com equipe mínima (BRASIL, 2000).

Nessa perspectiva, os SRTs são descritos como “moradias ou casas inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social”. (BRASIL, 2000). “Além disso, essas residências podem



servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia” (2004).

O Ministério da Saúde, em 2004, promoveu um documento chamado “Residências Terapêuticas o que são, para que servem” que descreve detalhadamente este formato de serviço. Mesmo que algumas mudanças já tenham ocorrido, no que se refere à Política de Saúde Mental no Brasil, este material segue atuando como base para pensarmos a cerca de SRTs. Um dos primeiros, e principais, aspectos que ele menciona é que o residencial deverá atuar na perspectiva da reabilitação psicossocial, ou seja, buscar a reinserção social dos moradores, garantindo que este seja incluído em redes de serviços (atenção básica, CAPS, etc.) e espaços de relações sociais na comunidade (BRASIL, 2004).

Atualmente, após quase duas décadas dessa portaria, a Política de Saúde Mental sofreu algumas alterações, com a regulamentação da portaria nº3.588/2017, a qual apresenta novas diretrizes para RAPS. Ela vem para apresentar várias modificações, assim como implementação de novos serviços. Importante ressaltar que esta portaria traz de volta o investimento em hospitais psiquiátricos, ação esta que age de forma contrária ao que política anterior preconizava. Se, anteriormente, o grande fomento e base da reforma psiquiátrica brasileira era o fechamento gradativo dos manicômios e incentivo do cuidado em liberdade, com esta nova diretriz, o cuidado em hospital especializado passa a ter o mesmo valor dos serviços ainda chamados, substitutivos.

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 IDENTIFICANDO LINHAS

Ao iniciar a escrita desta cartografia revisitei todos os registros do meu diário de campo e é a ele que sempre retorno, resgatando da lembrança vivências que me fizeram compreender um SRT. A ideia de cartografar é justamente poder contar histórias vividas, construídas em um determinado percurso. É fazer refletir sobre o feito, mas também costurar, ponto a ponto, as experiências reais com a literatura.

É essa costura que inicio agora. Para que todos os retalhos se encaixem, foi preciso pensar cuidadosamente cada fragmento a ser acrescentado, para que assim façam sentido em uma composição maior. Cada tira incluída aqui, foi pensada e preparada para tal, entendendo que estas não são recortes absolutos, e sim recortes vividos por esta que agora os costura, a partir do seu olhar.

Os fragmentos que farão parte desta grande colcha foram recortados por comporem cenas e situações que ilustram, o que passei a entender como essencial a se considerar ao pensar em SRT, especificamente no formato de cuidado que se espera e que se produz nesses espaços. Assim, espero que todos estes recortes e costuras possam se entrelaçar com novos pensares e que continuamente consigamos reinventar o cuidado, os serviços, tendo como ponto fixo apenas nosso objetivo maior, a quem queremos alcançar: usuário/morador/sujeitos/indivíduos...

Ao ingressar em um SRT, como trabalhadora residente, meu primeiro aprendizado foi de que este lugar exigiria reflexões constantes sobre o meu fazer. Certamente que se espera isso em todos os serviços; mas compreendi que vivenciar um local de moradia gera um desacomodar e um (re)pensar maior e constante sobre nosso papel. A tenuidade que existe em se acessar a moradia, entendendo que esta é um serviço, nos convoca a indagações e reflexões outras, extremamente peculiares.

Não se trata de trazer desfechos, buscar soluções, ter a pretensão de dizer que há respostas para todos os questionamentos ou - para as que possuem - que serão absolutas. Dedico-me aqui a abrir possibilidades, fomentar reflexões, buscar

amparo nas Políticas Públicas que sustentam a Reforma Psiquiátrica e a Luta antimanicomial.

## 4.2 PRIMEIROS PONTOS

Volto alguns passos para resgatar os primeiros questionamentos que me surgiram ao ingressar no SRT como trabalhadora. Nos contatos iniciais com a casa houve algo que me chamava muito atenção: a forma como cada trabalhador do local chamava ou se referia às pessoas que viviam no serviço. Ao ouvir alguns falando sobre "pacientes", termo este que escolho não usar enquanto profissional, havia algo que ainda me soava com estranheza. "Usuários" que é o termo que prefiro usar também parecia não se encaixar naquela situação.

Historicamente, as pessoas acompanhadas por setores da saúde sempre foram chamadas de "pacientes", com a origem conhecida da palavra, a qual indica alguém que espera, recebe, não ativo no processo. Nesse contexto, considero que esta denominação não é a mais adequada seguindo o formato de cuidado que buscamos. Entretanto, denominações diversas são usadas, não havendo "certo" ou "errado" e sim o que cada trabalhador considera mais adequado, mas acima de tudo, como cada sujeito preferirá ser visto.

De modo geral, farei referência aqui a "moradores", pois era desta forma que me referia quando os mencionava em coletivo. Termo este que reconhece e torna presente o objetivo do trabalho naquele espaço: o cuidado no morar. Assim como, traz na palavra a ideia de que aquelas pessoas que lá estão, moram, habitam o lugar e não somente são "usuários" deste. A terminologia que carrega a ideia de moradia, traz também como potência a possibilidade de pertencer.

Obviamente fiz questão de saber rapidamente o nome de cada pessoa que ali morava. Tenho convicção da importância de se pensar sobre tudo que envolve valorizar a individualidade de cada sujeito, sabendo que, historicamente, pessoas que viviam em hospitais psiquiátricos, que em teoria constituem os atuais SRT, eram privadas de toda e qualquer possibilidade de expressar traços de sua personalidade, algo que lhes fosse próprio, único e subjetivo.

O SRT propicia o que, WACHS, F. *et al* (2010), refere como singularização do cuidado, onde, mesmo que hajam rotinas no espaço, estas se darão em um

formato diferente das rotinas hospitalares. Potencializará a autonomia de decisões, em uma construção conjunta de equipe/usuários, havendo “uma passagem de um cuidado massificado, calçado na crença das generalizações biomédicas para um cuidado baseado na multiplicidade e na complexidade enquanto características do viver da humanidade” (WACHS, F. *et al* 2010).

Refletir sobre o lugar de cada sujeito que acompanhamos exige um (re)pensar constante de nós trabalhadores que acreditamos e lutamos pelos direitos deles. Mesmo sabendo da importância de se valorizar cada sujeito como indivíduo, quando se refere a espaços de moradia coletiva, é necessário refletir sobre as duas situações. Ressaltando que “é preciso ter sempre em mente que a questão central é a moradia, o morar, o viver na cidade. Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município” (BRASIL, 2004. Pág.7).

Ao pensar sobre o cuidado em relação a SRTs, deve-se compreender que a centralidade das ações sempre será a vida cotidiana dos moradores, o espaço de produção de sentidos, de construção de relações sociais, experimentações, dentre outras. Entender o cotidiano como cerne da vida, e conseqüentemente do trabalho a se desenvolver é um conceito que se aproxima diretamente a profissão de Terapia Ocupacional; o que diz muito, também, sobre a minha escolha de atuar em espaços que propiciem esse pensar.

Para a Terapia Ocupacional, o objetivo e o desafio, é conseguir sempre direcionar o trabalho a partir do cotidiano, observando e desenvolvendo habilidades. Dessa forma:

Essas preocupações têm deslocado os settings experimentais da TO, para os espaços reais do habitar, do trabalhar e do conviver. Os pacientes têm que poder usar suas habilidades no mundo, e o processo de reabilitação se transforma em um processo de reconstrução/construção de redes relacionais. Para nós também é assim, não é? Nossa inserção social está referida há um amplo espaço de trocas dos quais participamos, nossa casa, os espaços sócio-familiares de trocas, nosso trabalho. É num amplo conjunto de cenários que desempenhamos e desenvolvemos nossas habilidades, nos diferentes momentos de nossas vidas. (MÂNGIA, 2000 *apud* WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009)

Assim, com base nos preceitos da Terapia Ocupacional e da clínica da atenção psicossocial, que passei conduzir minhas ações junto àquele espaço.

*“Hoje pediram para que organizássemos<sup>1</sup> a rotina da casa. Havia uma tabela já pronta, com turnos para cada atividade. Fico na dúvida se o pedido era para que refizéssemos a tabela, com novas e “criativas” atividades ou se alguém imaginou que seguiríamos aquele roteiro. O que se pretende com esse tipo de proposta? O que há de cuidado em propor que seis pessoas cuidem de suas unhas ou façam caminhadas em horários programados, semana após semana?...”* Diário de Campo, 2017.

Um trecho breve que retrata uma situação vivenciada e demonstra de forma muito fiel o formato que eu registrava minhas passagens... perguntas, muitas perguntas. Responder sobre o que é cuidado ou que se entende por ele não é algo simples, mas tentemos. FERIGATO, *et al* elucida um tanto disto quando diz que “o morar não deveria ser capturado por padrões normativos, mas sim produzir novos sentidos e contornos, particulares em cada contexto, para cada sujeito ou grupo de moradores” (FERIGATO, S.H. *et al*, 2016).

Em casas comuns, poderia ou deveria se priorizar questões cotidianas, tendo como base a apropriação do espaço, gerenciamento das tarefas da casa, acompanhamento da tomada de decisões, mediação de situações que surjam da própria convivência entre os moradores que compartilham o espaço. Entretanto, quando falamos de SRT do tipo II, estamos tratando antes de tudo e, não necessariamente nesta ordem, de um serviço que também é moradia. Onde espaços são compartilhados entre “sala de convivência” e “salas administrativas” e por mais que possa parecer sutil, estes detalhes são aqueles que podem descaracterizar o espaço de morar, dando a ele um tom constante de instituição.

*“se, por um lado, é interessante que se tenham trabalhadores que atuem na área de higienização e cozinha, ainda fica a questão: em que momento (de que maneira) trabalharemos com eles (moradores) suas escolhas sobre a casa ou*

---

<sup>1</sup> A passagem se refere a uma solicitação feita ao grupo de residência que compunha o serviço.

*então estimular que sejam independentes nas atividades? ...”* Diário de campo, 2017.

*“...como pretendem que eles criem hábitos (hábitos que são de quem?), rotinas de cuidado com si e com seu espaço se não houver espaço livre para criar? se o ócio for visto como algo ruim a ser preenchido? Se não existir tempo de cada pessoa sentir uma necessidade e assim pensar uma solução, pois a comida, por exemplo, já estará lá...”* Diário de campo, 2017.

Indagações como essas surgiam constantemente. Nicácio e Campos (2007) ao escreverem sobre liberdade, destacando experiências de Basaglia, mencionam que existem formas diversas de se institucionalizar pessoas, sendo uma delas seguir mantendo-as submetidas a outros, ao externo. Consideram que é preciso estabelecer práticas pautadas “compreensão da pessoa, na transformação de suas possibilidades concretas de vida, a partir da construção cotidiana do encontro e da intransigente afirmação da liberdade” (NICÁCIO, F.; CAMPOS, G.W. 2007).

Essas questões que problematizavam o cuidado me faziam pensar sobre como minha presença naquele lugar poderia contribuir para que a ideia do morar e apropriação do espaço pudessem prevalecer. A resposta sempre foi retomar meus objetivos de trabalho e, tendo a autonomia como resposta principal, retomo o conceito da mesma:

Essa autonomia pode ser identificada pelas atividades cotidianas que realiza, como sua possibilidade e liberdade de circular nos espaços sociais para gerir seu cotidiano: fazer compras, passear, frequentar a escola, etc. Envolve também a gestão da vida pessoal e doméstica: a tomada de decisão sobre os horários para comer, dormir, trabalhar, preparar as próprias refeições, comprar alimentos, por exemplo, sem a necessidade de ajuda técnica ou de outros cuidadores (KINOSHITA, 2001 *apud* MÂNGIA, *et al*, 2011).

Unir os conceitos de liberdade e autonomia à compreensão de que estamos prestando atenção a uma população com histórico de adoecimento, quase que sempre já crônico, que possuem um precário poder de contratualidade sobre si e sobre as coisas do mundo (YASUI, S. 2015); seja em contextos amplos ou em

detalhes do dia-a-dia, era o que me impulsionava a buscar brechas no cotidiano do serviço, propondo espaços de construção individual.

Quando mudava a estação, acompanhávamos a organização dos guarda-roupas, resgatando de forma conjunta a lembrança do que ajuda aquecer nos dias frios ou pode ser confortável e fresco no calor. Sim, isso muitas vezes gerava dúvidas e então um espaço terapêutico se construía... Saíamos para fazer compras, quando necessário. Cada saída vinha acompanhada de possibilidades de apropriação do território e reconhecimentos dos caminhos, como preparação para saídas independentes no futuro. Descobertas de onde é possível encontrar cada item que se necessita e então escolhe-lo... Do seu gosto, com suas cores e texturas preferidas, como uma descoberta de si, do que lhe agrada, lhe faz sentir-se bem, belo ou simplesmente lhe traz prazer e conforto.

Em passagens como essa é que o lado terapêutico do cuidar se estabelece, nessa composição diária, onde cada situação pode se tornar uma possibilidade, um portal. A produção do cuidado passa a ser construída nos encontros, tomando uma perspectiva de transformação das subjetividades e dos modos de viver, repercutindo em projetos de vida (YASUI, S. 2015, pág. 18).

Cruzar pelo espelho, enorme, pode despertar uma pausa - se olhar, reconhecer, sorrir - seguida de frases como: “quero deixar meu cabelo grande agora, não é mais para cortar!”. Quanto resgate e empoderamento de si podem caber nessa frase ou na repercussão dela, quando se sustenta essa decisão para outras pessoas? Ou num pedido de: “me ensina a cuidar do meu cabelo como o teu?” e por último: “Eu já sei qual farmácia tem os grampos que eu quero pôr nos meus cabelos enquanto crescem”.

O cuidado passa a ser um processo diário no SRT, fazendo de situações cotidianas espaços terapêuticos. Reafirmando que, no cuidado em saúde mental as práticas “destinam-se a promover o desenvolvimento de projetos não mais num setting terapêutico fechado, mas nos espaços de vida da pessoa e em atividades do cotidiano que lhe sejam significativas[...]” (ALMEIDA, D.T.; TREVISAN, E.R. 2011), garantindo que o sujeito seja parte ativa em seu processo terapêutico. E ainda, sobretudo, ouvir do morador o que tem lhe despertado e não impor-lhe decisões. Ouvir com ouvidos, olhos, sensibilidade, é o primeiro ato de quebra dos

muros dos nossos, como denominou PELBART. P.P. (1989) “manicômios mentais”.

Por mais que eu tivesse sempre comigo a certeza de buscar as singularidades de qualquer pessoa que eu acompanhava, estar em um espaço coletivo me induzia a idealizar, planejar e esperar espaços muito coletivos; onde todos os moradores estariam interessados e envolvidos. Certamente há grande importância em momentos como estes, de integração entre eles, mas de forma que isso não sobressaia o desejo de cada um, oprimindo suas individualidades e particularidades.

*“[...]Quem de nós faz oficinas em suas casas? Será que aqui eles deveriam fazer? Têm sido difícil pensar em espaços coletivos para propor na casa sem que eles tomem um formato de oficinas, sendo que essas devem ocorrer em espaços fora daqui. [...]”* Diário de Campo, 2017.

Há muito vínhamos percebendo que faltavam momentos de parar e se pensar a vida prática extra SRT. Tínhamos uma leitura de que todos os moradores, em maior ou menor grau, teriam dificuldades de sustentar uma vida prática independente. Concomitante a isto, alguns deles sentiam falta das “oficinas de culinária” que antes existiam no local e da qual havia optado por não me inserir.

Carregava comigo a compreensão de que nosso trabalho “dentro” do SRT era prepará-los para o fora, pensar em atividades de interesse individual buscando espaços na comunidade, etc. Mas de que forma ajudaríamos eles a se instrumentalizarem de noções de como preparar seus alimentos, escolher por eles no supermercado, organizarem seus recursos financeiros para as compras que uma casa necessita? Sendo que as refeições eram pensadas, preparadas e entregues por trabalhadores<sup>2</sup>, por exemplo.

A solução/resposta que encontramos foi propor uma reinvenção da oficina, para o lugar das “atividades de culinária”. Propomos um espaço de construção coletiva, todos se interessaram. Tudo que pensamos e propomos tinha como

---

<sup>2</sup> Alguns SRTs contam com equipes de empresas terceirizadas que cuidam de setores como alimentação e higienização da casa.



pano de fundo o pós, o depois do SRT, a vida fora. Escolho a atividade de culinária como exemplo, pois dela é possível fazer uma análise da atividade que ilustra muito do que desenvolvíamos.

O objetivo principal não era a produção do alimento - seu sabor e sua estética - e sim todos os elementos envolvidos para atingir tal resultado. O andamento foi progressivo. Começamos com conversas coletivas (com aqueles que escolhiam participar no dia) sobre o que gostariam de aprender e vivenciar sobre a temática. “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 levem, quase sempre, a esperar pelo “outro que cuida”” (SILVA, D.S.; AZEVEDO, D.M. 2011). O intuito de instigar a participação dos moradores em todos os processos culmina com a ideia de autonomia e de desconstrução do ideal de que o profissional é sempre quem ofertará algo e não, apoiará a composição.

No primeiro dia ficamos na despensa da casa; olhamos os alimentos, ingredientes e temperos... trocamos experiência sobre qual melhor e mais segura maneira de armazenar cada mantimento. Lemos rótulos para observar componentes e datas de validade. As profissionais que cozinhavam para todos da casa deram dicas e instruções, mas as trocas mais ricas aconteciam entre os moradores. Relembavam sobre suas casas, as receitas que gostavam de preparar ou de saborear com suas famílias. O alimento foi um portal de lembranças boas e, um elemento a mais no desejo de (re)construir seus lares.

Os espaços seguintes seguiram essa linha de instrumentalização cotidiana. Os moradores sugeriam e decidiam as receitas entre si e em sequência pensávamos tudo que seria necessário para tal. Quando faltava algum ingrediente, acompanhávamos o morador na compra, colocando em prática o que tinha sido programado e aprendido na casa. Receitas deliciosas ficaram prontas e as que não saíram como esperado abriram oportunidade de refletir sobre como reinventar e improvisar com inesperado.

Pensar o dentro, o cotidiano da casa, é imprescindível, mas cabe destacar que este é somente um dos pontos a serem abordados. É importante sempre retomar que nos processos de desinstitucionalização há diversas consequências

que podem ser geradas devido à longas e/ou sucessivas internações psiquiátricas, como menciona SANTOS JR. *et al*:

As longas décadas de reclusão promoveram significativas experiências de “desenraizamento” da cidade e de suas tradições culturais. São indivíduos que foram apartados de seus territórios, de suas famílias, grupos sociais e, sobretudo, de seus direitos sociais e civis fundamentais (SANTOS JR. *et al* 2009).

Consequentemente, o SRT, sendo um dos principais pontos de consolidação da desinstitucionalização, tem que estar comprometido em fomentar a apropriação de seus moradores do território, dos espaços da cidade.

Como mostrou LANCETTI, A. (2007) em sua criação sobre a Clínica Peripatética, onde narra processos de transição e saída de pacientes de hospitais psiquiátricos. Em uma de suas passagens ele pontua que a saída dos muros institucionais, para espaços comunitários, culturais, etc., em suas palavras: “constituíam novos *settings* altamente férteis para a produção de subjetividade e cidadania” (LANCETTI, A. 2007). É nesse sentido que se deve pensar a apropriação dos espaços da cidade para que aqueles que dela foram privados, passem conhecer um novo formato de morar e habitar estes lugares quando acessam um SRT.

### 4.3 ALINHAVANDO NOVOS RETALHOS

Quando se compreende a desinstitucionalização como um processo de desconstrução e de reinvenção do modelo de atenção em saúde mental, é preciso discutir todos os pontos da rede de serviços que se fazem necessários para sustentar este formato. Nesse sentido, que os SRT se destacaram, por agirem como dispositivos terapêuticos, sempre pontuando que são espaços que devem priorizar a moradia e não tratamento (AMORIM,AKMA; DIMENSTEIN M. 2009). Nesta direção apontamos a inviabilidade de se discutir o cuidado de moradia sem se pensar o local ocupado por outros serviços substitutivos que atuarão conjuntamente.

O CAPS, também serviço de base territorial, tem sua função orientada pela política de saúde mental, envolvendo diversas responsabilidades e, assim sendo,

produzindo atividades variadas. Ao passo em que falamos sobre SRTs, sabe-se que este sempre desenvolverá trabalho em conjunto com outros serviços de referência, no que tange o tratamento dos moradores. Essa rede de cuidado, constituída por diversos pontos, terá como referência em saúde mental, prioritariamente, o CAPS.

Sempre que se menciona “rede” em saúde, cabe ressaltar que esta é a ligação, conexão, composição dos diversos pontos/serviços. O ideal de rede é algo que se constrói, processo vivo, que a torna em muitos momentos, um desafio, visto que é preciso implicação de todos que a constituirão. O que versa com o trecho descrito:

Vivemos o desafio de estabelecer em cada território, em cada região, um conjunto de pontos de atenção que trabalhem de forma articulada e solidária, tecendo redes que permitam o fluxo assistencial seguro e com qualidade dos usuários. Tessitura que destrói os anacrônicos e desumanos muros manicomiais, para construir uma rede viva que garanta o cuidado em liberdade. (CABRAL, K.V; BELLOC, M.M. 2014).

Em minha vivência enquanto residente, fazer rede foi algo que guiou meu trabalho, tanto quando estive como profissional no SRT, como no CAPS, essas conexões sempre foram produzidas.

Enquanto equipe do SRT vivenciamos essa construção fortemente quando o serviço passou por uma mudança de casa e conseqüentemente, de território. Uma mobilização grande ocorreu, no trabalho interno e externo, para que todos os novos dispositivos fossem acionados e a transição dos moradores (desvinculação e vinculação) feita com muito cuidado, sendo que os únicos profissionais que se manteriam nessa travessia, éramos nós, “da casa”.

*“Enquanto profissional em formação, um dos grandes aprendizados que tive, principalmente com a mudança do SRT de território foi poder conhecer e entrar em contato com a rede de saúde como um todo. Pensado que cada morador apresenta suas especificidades e demandas, tivemos oportunidade de conhecer muitos novos serviços, compreender novos fluxos, mediar ou facilitar os contatos iniciais dos moradores com estes novos espaços, como também os novos profissionais.”* Narrativa, 2017.

Passado os contatos iniciais e primeiras costuras com a nova rede, umas das principais pactuações que fizemos foi a de que ocorreriam reuniões frequentes entre as equipes dos dois serviços: SRT e CAPS II, como principal serviço de referência. Este foi um dispositivo encontrado para que houvesse um compartilhamento entre os profissionais envolvidos, com intuito de se alinhar as ações, onde o PTS de cada morador pudesse ser pensado de forma singular e com pontos conjuntos em ambos os locais.

Mesmo tendo boa compreensão de quais papéis cabiam ao SRT e quais ao CAPS, em torno da atenção aos sujeitos, foi somente no meu segundo ano enquanto residente, já no outro município, que vivenciei verdadeiramente esses conceitos. Desta vez, estava do outro lado, era agora, uma profissional do CAPS, pensando sobre SRT. Ressalto que o município de Novo Hamburgo ainda não oferta este serviço e é então o pensar e a construção deste que promove a continuidade desta escrita.

Recordo-me agora, de um dos primeiros casos que acompanhei junto à equipe do CAPS, o qual gerava grande mobilização de vários pontos da rede e da gestão do município. Neste, a usuária do serviço demandava um cuidado para além do tratamento e, sim no âmbito do morar - não tinha vínculos familiares e há anos sofria internações recorrentes. Contudo, pelo fato do município não contar com SRT próprio era necessário “comprar” vagas em serviços privados em outros municípios.

A grande questão, neste caso, era o fato de que os únicos laços que a usuária possuía (profissionais do CAPS) acabariam se rompendo e conseqüentemente fragilizando-a ainda mais. A situação teve um desfecho positivo, na medida em que alguns profissionais do CAPS se disponibilizaram a manter este vínculo, fazendo visitas e acompanhando a usuária em determinadas situações, até o momento em que a mesma conseguiu retomar à Novo Hamburgo, em sua própria moradia.

O caso citado é extremamente interessante de se analisar e detalhar, mas não é o foco principal do que quero abordar. O fato é que este passou a despertar meu interesse em compreender como se davam os fluxos em uma RAPS que não apresentava-se completa. Foi então que descobri que já existia um projeto para

implementação de um SRT do tipo II, que por um conjunto de motivos ainda não havia sido executado. Contudo, no decorrer dos meses, algumas movimentações mais concretas passaram a acontecer em relação a esta abertura.

As gestões de saúde mental<sup>3</sup> comunicaram a equipe do CAPS em que eu estava que este seria o serviço de referência ao futuro SRT, devido à disposição territorial. Começaríamos então nossa preparação enquanto equipe para a nova função, até que a empresa que seria responsável<sup>4</sup> pela gerência do serviço fosse selecionada. É pertinente pontuar a importância da participação de diversas equipes na estruturação do serviço, assim como foi na experiência em que relato agora. Pensar este formato inicial é essencial para que o funcionamento futuro possa acontecer adequadamente.

No decorrer de algumas ações que foram ocorrendo, ficou estabelecido três momentos que a equipe do CAPS passaria em relação ao SRT e são estes que pretendo abordar e discutir. O primeiro momento foi de estudo e compreensão da própria equipe sobre o serviço, sendo revisitado o projeto já escrito; o segundo que seria pensar e ajudar a organizar uma capacitação para os futuros trabalhadores do SRT e, por fim, participar da seleção dos primeiros moradores que iriam para o serviço.

A primeira reunião de equipe em que iniciamos a discussão do projeto, alguns pontos me despertaram atenção. O primeiro se refere à questão que, diversos integrantes da equipe não haviam tido proximidade alguma com o formato de um SRT. Muitas dúvidas surgiam em relação ao que estava previsto no documento e o fato de eu ser a única profissional com experiência dentro do serviço, facilitou a discussão, onde consegui fazer alguns apontamentos pertinentes.

A experiência tem grande importância em situações como esta, visto que, o domínio sobre as políticas, como também conhecimento prático, trabalho vivo, pode vir a acrescentar na construção da capacitação proposta pelos gestores. É

---

<sup>3</sup> O município conta com a gestão da secretaria de saúde e com a gestão da Fundação de Saúde de Novo Hamburgo, a qual é responsável pelos serviços de saúde mental. No entanto ambas atuam conjuntamente em determinadas situações.

<sup>4</sup> Empresa será responsável pela gestão do SRT, por meio de processo de licitação aberto pelo município de Novo Hamburgo.

crucial que os trabalhadores sintam-se preparados para atuar no âmbito da saúde mental e mais especificamente no que se refere ao morar. COELHO, M.T.A.D. *et al*, (2017) aponta que a qualificação dos trabalhadores nesta área ainda é tida como um ponto problemático, destacando que é preciso haver investimento no setor, para que se forme trabalhadores qualificados. Contudo “Isso requer uma formação e qualificação em que esteja presente na teoria, articulada com a prática, a aprendizagem de atitudes e comportamentos necessários, tendo como objetivo a (re)inserção e participação das pessoas com transtornos mentais na sociedade” (COELHO, M.T.A.D. *et al.*, 2017).

Para tanto, faz-se necessário que a equipe do CAPS esteja qualificada para atender esta demanda, abrindo espaços de educação permanente, apropriando-se da temática de SRTs. Assim, unindo às suas experiências práticas, poderão contribuir para construção desta capacitação, junto aos gestores, para os futuros trabalhadores do residencial. No caso em questão, estão sendo levantadas e discutidas temáticas pertinentes, desde a apresentação do percurso histórico da saúde mental até questões práticas de manejo. Serão cuidadosamente pensadas as pessoas que poderão contribuir para esta formação, como também a possibilidade visitas técnicas a serviços semelhantes, dentre outros dispositivos que possam apropriar e qualificar o serviço que será ofertado aos moradores.

Retomo a importância de se fazer esta idealização e estruturação conjunta, envolvendo equipes e gestores. Ser um serviço de referência ao SRT, não comporta somente acompanhar os futuros moradores, mas sim ter papel ativo em todas as etapas de elaboração. Acima de tudo, considerando os CAPS como lugar central nas práticas de afirmação de liberdade, destacando-se por se constituírem como serviços estratégicos nos processos de desinstitucionalização (NICÁCIO, F.; CAMPOS, G.W. 2007); estes estarão aptos para contribuir com essa construção. Pensar na atenção integral e promover cuidado de qualidade abrange, desde um planejamento adequado até a efetivação minuciosa deste.

Outro fator positivo do planejamento conjunto diz respeito a esses encontros e pensares, pois eles atuam para o fortalecimento da rede. Fazer rede, como já mencionado, implica em processos de trocas e de construção conjunta. Ao fazer essas ligações e alinhamento de ideias, desde o princípio de um serviço,

os laços já começam a se estabelecer, promovendo vínculo prévio entre os dispositivos, o que certamente beneficiará a oferta de cuidado e tratamento.

Após toda preparação para abertura do SRT, existe ainda um aspecto extremamente relevante a se discutir. Quando se abre as portas de qualquer outro serviço, é previsível que haja encaminhamentos de usuários ou demandas que surjam espontaneamente. Entretanto, este quesito é mais uma das peculiaridades de se pensar o morar... Como e quem definirá quem serão os moradores do local?

De acordo com a portaria que regulamenta os SRTs, para que o serviço se mantenha, ou seja, receba repasses financeiros, é preciso que haja o mínimo de quatro moradores, até o máximo que seriam dez pessoas por residência. Outro ponto a se destacar nesta portaria, é que ela concede aos gestores (municipal ou estadual) a avaliação dos usuários que possuem condições de acessar ao SRT (BRASIL, 2000).

Na situação em questão houve uma junção, entre o que está preconizado e a uma construção conjunta de trabalhadores. Cada caso será pensado e discutido considerando a demanda já existente de pessoas que necessitam deste formato de cuidado. Haverá espaços de discussão entre as equipes de serviços envolvidos juntamente com gestão para que se pense adequadamente quem serão os primeiros moradores do local.

Destacando quem são as pessoas que tem direito a este cuidado:

Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal); pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, freqüentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental. Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS (BRASIL, 2004. Pág. 8).

É de suma importância manter presente em todas as discussões quais os objetivos principais de um SRT, assim como para quem estes são destinados. Esta é forma mais equitativa pensar quem serão os moradores.

É plausível lembrar que há muitas questões envolvidas com a ida de um usuário para o novo espaço. Certamente que esta é a etapa mais importante, tendo muitos pontos a se considerar: o desejo do usuário de ir para o local; o processo de transição de onde ele está para a casa e, a adaptação.

A transição dos sujeitos para o SRT poderá ser pensada de acordo com o contexto em que este estiver. Contudo, se o futuro morador estiver em internação psiquiátrica, o esperado é que possa haver de adaptação ao novo espaço. Quando possível, idas prévias para reconhecimento do local, permanecer períodos progressivamente maiores, são exemplos de dispositivos que amenizam os efeitos dessa travessia. Perceber o processo individual, como cada um irá sentir essa mudança é o que dará o tom e o tempo que essa adaptação acontecerá.

Espera-se que as equipes especializadas possam oferecer esse suporte. Quando o município não possui uma equipe de desinstitucionalização, os trabalhadores do CAPS podem atuar nessas ações, iniciando conjuntamente a construção de vínculo usuário/terapeuta, e progressivamente ao CAPS.

Necessário pontuar que a estruturação e abertura do novo SRT ainda mantém-se em processo. Até a conclusão do meu percurso enquanto residente no município ainda não havia se concretizado as ações, ficando os recursos e artifícios mencionados neste estudo como sugestão na continuidade dessa construção.

Atuar como serviço de referência a um SRT não trará a equipe atribuições diferentes das que já estão habituadas no cotidiano dos CAPS, no que se refere aos acompanhamentos, grupais e/ou individuais. Da mesma maneira que, enquanto profissionais da saúde, seja em qual for o serviço, como mencionam FRANCO e MERHY, nosso trabalho seguirá acontecendo no âmbito das relações, em ato, nos encontros. Seguimos em busca de amenizar sofrimentos, construir autonomias e conquistar espaços de liberdade e inclusão social, independente do local o qual os usuários acompanhados morem.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Início a escrita deste capítulo logo após a leitura de um novo documento divulgado acerca da atual política de saúde mental. Será coincidência o título “considerações finais” com o momento presente ou com o futuro? Espero que não. Este não deve ser o final, da luta, dos serviços substitutivos, do cuidado em liberdade, dos direitos. Prefiro crer que é hora de resistência e recomeço.

A escolha por uma residência em Saúde Mental Coletiva e por deixar registrado as vivências em serviços bases "carros chefes" da Reforma Psiquiátrica não são em vão. O anseio em desconstruir manicômios mentais diariamente e a preocupação em estar próxima a construção de um novo serviço, atenta aos detalhes já vividos, não são em vão. É tempo de vigia e atenção nas nossas ações de trabalho. De seguir repetindo, tantas vezes forem necessárias, que asilar não é cuidar, trancar não é tratar! Com a inquietude ainda presente torno a repetir um trecho de minha primeira narrativa como profissional:

*“Ter como cenário de prática um residencial terapêutico é colocar-se diariamente em um espaço de auto-reflexão, sobre o nosso fazer, sobre nossas atitudes, sobre o que escolhemos definir como CUIDADO. Será que cuidado é proteger ou é permitir que cada um passe por seus momentos de frustração, que surgem na vida de todos nós? Será que cuidado é mostrar caminhos mais curtos e fáceis ou é deixar que cada um conheça e descubra o seu? Será que cuidado é fazer por, fazer com ou deixar que faça? Como tudo na vida, não creio que estas perguntas tenham respostas únicas. O que cabe é sempre saber ser empático, humano e jamais acomodar-se, deixar de se questionar, afinal a vida é dinâmica e tudo que se busca e se constrói é por meio das relações que estabelecemos e a forma como as conduzimos.”* Narrativa, 2017.

Não há como descrever como se dará o processo de cada sujeito, seja no âmbito do morar ou do tratar. Cada acompanhamento se fará único, mas sempre importante retomar que, por mais tênue que essa diferença se apresente na prática, cuidar também não é tutelar. Assim como, sair do hospital psiquiátrico não configura que a desinstitucionalização está feita, reafirmo que esta é um processo. Repensar

nossas ações de trabalho age como força que nos impede cotidianamente de usar este cuidar como caminho para tornar pessoas - corpos - e corpos - pacientes - fazendo da institucionalização uma prática.

Os manicômios podem ser feitos de muros mais resistentes do que os de concreto, eles existem nas entrelinhas, nas sutilezas das ações. Estão em falas que impõem, em decisões que proíbem, no fazer por.. e não fazer com. Para uma terapeuta ocupacional agir no cotidiano, em busca da autonomia - de desejos, falas, ações - é trabalhar com os instrumentos básicos da profissão e foi a partir deste olhar que atuei, narrei e discuti.

Considero que ainda há muito que se produzir acerca da temática: cuidado, morar e tratar, na medida em que as políticas públicas vão se atualizando é necessário que mais produções sejam feitas. Assim como, no passo em que as sociedades vão se modificando é preciso que as formas de cuidar sejam repensadas, no intuito de evoluir, seguir avançando.

Existem muitas faces a se abordar em torno da temática de SRTs. O cuidado em liberdade, a apropriação dos sujeitos dos espaços da cidade, suas dimensões possíveis de trabalho e lazer, dentre outras tantas. Contudo, há ainda muito a se pensar nas práticas de cuidado que acontecem no cotidiano dos serviços, desde sua constituição. Cada vez que contamos uma história, novas possibilidades surgem para repensarmos nossas ações.

Estar junto na reconstrução de histórias é ter oportunidade de ultrapassar a linha do olhar e sim, poder ver, verdadeiramente, que vida acontece na minúcia, nos detalhes. Ela encontra sentido ao fazer parte de uma casa, da rua, de coletivos; nas decisões que se toma, nos desejos que se realiza, no que se concretiza. Viver é também poder ter liberdade de experienciar tudo aquilo que é social, cultural e coletivo, mas, acima de tudo, viver é ter liberdade de escolher onde e como estar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. In: *Revista Brasileira de Educação*. N. 19. Jan/Fev/Mar/Abr 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Portaria Nº106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000.

BRASIL. Portaria Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto-lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

BRASIL. Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

CABRAL, K.V; BELLOC, M.M. Prefácio. In: *O cuidado do morar: Escritas entre trabalhadores de serviços residenciais terapêuticos*. Coleção Escola de Saúde Pública. Série Saúde Mental Coletiva. Porto Alegre. 2014.

COELHO, M.T.A.D.; NUNES, M.O.; BARRETO, S.M.G. *Residência em Saúde Mental, educando trabalhadores para a Atenção Psicossocial*. Salvador:EDUFBA, 2017.

FERIGATO S.H., et al. As residências terapêuticas e a clínica do cotidiano. Rev Ter Ocup Univ São Paulo.2016 jan./abr.;27(1):80-7.

FRANCO, T.B. MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.

GAMA, J. R. A. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [ 4 ]: 1397-1417, 2012.

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2007. SaúdeLoucura;20. Série Políticas do Desejo;1.

LEITE, L.S. Viver fora depois de muito tempo dentro...: narrativas de vida de pessoas libertadas. Porto Alegre: Letra&Vida, 2012.

LUIZ, R.T.; LOLI, M.N., KAWAHICHI, N.K.; BOARINI, M.L. Estado da arte sobre o Serviço Residencial Terapêutico no Brasil: um panorama exploratório. Psicologia: Teoria e Prática – 2011, 13(1):131-140.

MÂNGIA, E. F., RICCI, E. C. “Pensando o Habitar”. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo , v. 22, n. 2, p. 182-190, maio/ago. 2011.

MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. de S. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.18, n. 3, p. 143-151, set./dez. 2007.

PASSOS, E. BARROS, R. B. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade / orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. – Porto Alegre: Sulina, 2015.

PELBART, P .P. Manicômio mental - A outra face da clausura. Texto apresentado no encontro organizado em São Paulo pelo Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental, em comemoração do Dia da Luta Antimanicomial. 1998.

SANTOS JUNIOR, H.P.O.; SILVEIRA, M.F.A.; OLIVEIRA, C.C. Além dos muros

manicomiais: conhecendo a dinâmica das residências terapêuticas. Rev. Brasileira de Enfermagem. 2009.

SILVA, D.S.; AZEVEDO, D.M. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. Esc Anna Nery (impr.)2011 jul-set; 15 (3):602-609.

WACHHOLZ, S.M.S.; MARIOTTI, M.C. A Participação do terapeuta ocupacional na Reforma Psiquiátrica e nos novos serviços de saúde mental. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, Jul-Dez 2009, v. 17, n.2, p 147-159.

WACHS, F.; JARDIM, C.; PAULON, S.M.; RESENDE, V. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2010.

YASUI,S. Entre o cárcere e a liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar in: Cadernos HumanizaSUS. Vol.5. Ministério da Saúde. Brasil, 2015.