

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ANA CAROLINA LACERDA SCHEIBLER

Os Residenciais Terapêuticos no contexto da Reforma psiquiátrica

Porto Alegre
2011

ANA CAROLINA LACERDA SCHEIBLER

Os Residenciais Terapêuticos no contexto da Reforma psiquiátrica

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof^ª. Dra. Simone Frichebruder

Porto Alegre
2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por iluminar o meu caminho. Ao meu esposo, Joel Kuyava, por me apoiar em todos os momentos, incondicionalmente. À minha mãe, Marilês, pelo carinho e por sempre ter acreditado no meu potencial. Aos meus avós, Maria e Luis, por entenderem os meus momentos de ausência, em função do trabalho e do estudo. Ao professor Jacó Fernando Schneider, por ter me iniciado na Saúde Mental e sempre me acompanhar nessa trajetória. À família do meu esposo, por sempre ter me acolhido. Aos amigos, pelos momentos de descontração, necessários para conseguir levar adiante meus projetos.

RESUMO

Os residenciais terapêuticos constituem importantes dispositivos atuais para a assistência a pessoas com sofrimento psíquico. Eles funcionam dentro de um contexto mais amplo, ou seja, do modo de atenção psicossocial, que propõe uma mudança na maneira de assistir os usuários dos serviços de saúde. O objetivo deste trabalho é compreender o Serviço Residencial Terapêutico inserido no contexto da Reforma psiquiátrica. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, buscando resumos de trabalhos na base de dados de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), em ambiente virtual, com os seguintes descritores: *Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico e Residencial Terapêutico*. Após escolha e análise dos resumos selecionados, verificou-se a convergência das informações contidas nos resumos e foram definidos cinco temas: mudança no modo de atenção em saúde mental, a vida no residencial terapêutico, equipe de saúde, sofrimento mental X cidade, rede de serviços. Os serviços residenciais terapêuticos constituem importantes dispositivos da atual política de Saúde Mental, mas ainda têm pouca visibilidade pela população e pelos profissionais. Deve-se refletir sobre a atenção em saúde que está sendo dispensada nesses serviços, a fim de que não se reproduza o cuidado manicomial, em que se vigia e segrega. **DESCRITORES:** Saúde Mental; Desinstitucionalização; Serviços Residenciais Terapêuticos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos resumos encontrados com o descritor <i>Residencial Terapêutico</i>	18
Tabela 2 – Período de publicação dos resumos selecionados com o descritor <i>Residencial Terapêutico</i>	19
Tabela 3 – Caracterização dos resumos encontrados com o descritor <i>Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico</i>	19
Tabela 4 - Período de publicação dos resumos selecionados com o descritor <i>Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico</i>	19
Tabela 5 – Temas definidos após convergência das informações contidas nos resumos	24
Tabela 6 – Temáticas desenvolvidas no tema <i>Mudança no modo de atenção em saúde mental</i>	25
Tabela 7 – Temáticas desenvolvidas no tema <i>A vida no Residencial Terapêutico</i>	26
Tabela 8 – Temáticas desenvolvidas no tema <i>Equipe de saúde</i>	28
Tabela 9 – Temáticas desenvolvidas no tema <i>Sofrimento Mental X Cidade</i>	30
Tabela 10 – Temáticas desenvolvidas no tema <i>Rede de serviços</i>	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Reforma psiquiátrica	10
1.2 Residencial Terapêutico	12
2 OBJETIVO	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 Tipo de estudo	17
3.2 Coleta dos dados	17
3.3 Análise dos dados	18
3.4 Aspectos éticos	19
4 RESULTADOS	20
4.1 Descritor <i>Residencial Terapêutico</i>	20
4.2 Descritor <i>Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico</i>	21
5 ANÁLISE DOS DADOS	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Início a introdução deste trabalho expondo minha trajetória acadêmica e profissional até o momento, a fim de justificar a escolha da temática. Minha formação é em Enfermagem, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Conclui o curso de graduação em 2009, após realizar o estágio curricular em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com o trabalho de conclusão intitulado “O Centro de Atenção Psicossocial enquanto dispositivo de Atenção em Saúde Mental”.

Durante a graduação estudei e estagiei em diversas áreas da saúde, como cirúrgica, clínica, obstétrica, ambulatorial, psiquiátrica, entre outras. Desde o primeiro estágio em Saúde Mental, percebi que trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico exigia conhecimento e sensibilidade, pois os profissionais dessa área desenvolviam um cuidado diferenciado com as pessoas que ali estavam sendo atendidas.

Após o primeiro contato com a Saúde Mental, em um CAPS, senti a necessidade de buscar algo diferente da realidade de um serviço substitutivo, eu queria poder fazer um contraponto, ter uma opinião sobre o cuidado que era desenvolvido em um ambiente de internação. Então iniciei um estágio extracurricular em uma Unidade de Internação Psiquiátrica, localizada em um hospital geral de Porto Alegre, ao mesmo tempo em que busquei me inserir em um projeto de pesquisa, como bolsista de Iniciação Científica. A experiência de estagiar nessa Unidade de internação me permitiu conhecer outra realidade, outro tipo de cuidado, e desmitificar alguns conceitos que eu tinha sobre aquele lugar e sobre as ações desenvolvidas pela equipe. Ao mesmo tempo, começava a estudar sobre o atual contexto da Saúde Mental, de transição de um modo de atenção centralizado no hospital psiquiátrico e no tratamento médico, para outro modo de atenção, centrado no indivíduo que

está em sofrimento e na sua família, visando a reinserção social e não focado apenas na doença mental.

Fui bolsista de Iniciação Científica durante dois anos, orientada pelo professor Jacó Fernando Schneider, enfermeiro e professor na Escola de Enfermagem da UFRGS. Trabalhar com a temática da Reforma psiquiátrica durante esse período me despertou alguns questionamentos, os quais por sua vez, me levaram a desenvolver meu trabalho de conclusão de curso de graduação sobre essa temática, mais especificamente sobre CAPS.

Após me formar, logo comecei a trabalhar em um Hospital Psiquiátrico de Porto Alegre, onde eu atuava como enfermeira no turno da manhã. Ao iniciar esse trabalho fiquei feliz por ter conseguido me inserir na área que eu tanto gostava, e em poder desenvolver um cuidado com pessoas que precisam tanto de ajuda, como seriam as que ali estavam internadas.

Com o passar de alguns meses percebi que muitas das ações ali desenvolvidas pela equipe iam de encontro ao que eu acreditava, ou seja, não era o que eu pensava ser um cuidado adequado em Saúde Mental. Permaneci um ano trabalhando neste local, após fui trabalhar em um CAPS de Novo Hamburgo, onde pude realizar uma abordagem diferenciada com os usuários, colocando em prática o que eu havia aprendido com os estágios anteriores, e com a pesquisa que participei como bolsista de Iniciação Científica.

A especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva veio nesse meio tempo, enquanto eu ainda estava no Hospital Psiquiátrico, e só me fez problematizar ainda mais algumas ações desenvolvidas naquele local, e muitas vezes até por mim mesma.

No início desse ano comecei a trabalhar em uma Unidade de Internação Psiquiátrica feminina, localizada em um hospital de Porto Alegre, o que tem influenciado na escolha da temática do meu projeto de Mestrado, pós-graduação que iniciei em março deste ano, na mesma faculdade que me formou enfermeira. A motivação para realizar Mestrado surgiu a partir da especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva, de algumas questões

discutidas neste espaço e pela necessidade de ir até as pessoas em sofrimento psíquico, para questionar e entender algumas percepções, tendo a oportunidade de dar um retorno para essas pessoas, colaborando para uma melhora no cuidado desenvolvido pelos profissionais da Saúde Mental.

Após discorrer sobre minha trajetória acadêmica e profissional, situo o leitor sobre a minha motivação para a realização do presente projeto. Enquanto enfermeira de um CAPS em Novo Hamburgo participei de um projeto de implantação do primeiro Serviço Residencial Terapêutico do município, projeto que não pude acompanhar por mais tempo, devido à troca de emprego. No entanto, no período em que fiz parte desse projeto, surgiram muitos questionamentos com relação a esse dispositivo, aos indivíduos que morariam nesse local, e ao cuidado que ali seriam desenvolvidos.

Sendo assim, defino como problemas de pesquisa: Qual o objetivo do Residencial Terapêutico no contexto da Reforma psiquiátrica? Qual o papel da equipe de saúde nesse serviço? Como oferecer apoio aos moradores sem lhes tirar autonomia?

O tema é considerado relevante por proporcionar uma reflexão e uma discussão a respeito da Reforma psiquiátrica brasileira, bem como sobre as políticas públicas que falam sobre os Residenciais Terapêuticos. O desenvolvimento de trabalhos sobre a temática dá maior visibilidade aos Residenciais, ainda pouco conhecidos pelos profissionais e pela população, e pode auxiliar na melhora desse dispositivo de atenção, situado no contexto do modo de atenção psicossocial, em Saúde Mental.

Abaixo segue revisão de literatura sobre a Reforma psiquiátrica e Residencial Terapêutico, a fim de contextualizar o tema de estudo do presente trabalho.

1.1 Reforma psiquiátrica

Atualmente, a atenção em saúde mental vem passando por um período de transição, impulsionado pelo processo da Reforma psiquiátrica, que propôs a reestruturação das políticas públicas.

A Reforma psiquiátrica brasileira consiste em um movimento sociopolítico, que ocorre no âmbito da saúde pública, e que do ponto de vista da gestão de políticas públicas se consolida tendo por base uma legislação em saúde mental iniciada em 1990, com a Declaração de Caracas¹.

A Reforma psiquiátrica iniciou o seu processo de conhecimento e de consolidação no Brasil na década de 1970, com o Movimento dos trabalhadores em saúde mental com a proposta de uma mudança radical no modo de atenção. A partir desse momento os usuários dos serviços de saúde, seus familiares e os profissionais da área passam a divulgar e mover esforços maiores para que ocorra uma mudança no modo de cuidar dos indivíduos em sofrimento psíquico.

As décadas de 1980 e 1990 são consideradas importantes marcos, no que se trata de discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país². Nesse período, a Reforma psiquiátrica tinha como um dos seus principais objetivos a humanização do atendimento ao paciente que se encontrava internado no hospital psiquiátrico. Após, acabou se ampliando a discussão sobre o modo de atenção na saúde mental, sendo que hoje a equipe de saúde deve buscar o resgate da cidadania e da singularidade dos sujeitos em sofrimento psíquico. Também são premissas básicas desse movimento a desinstitucionalização e a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos³. No entanto, nas últimas décadas observou-se que a Reforma psiquiátrica brasileira tem intercalado períodos de intensificação das

discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo².

Há maiores incentivos para a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, as oficinas terapêuticas e as residências terapêuticas. As iniciativas dos municípios, ao implantar esses serviços substitutivos, e indo ao encontro da vontade política dos gestores municipais, passaram a ser ressarcidas através das portarias ministeriais. Sendo assim, os recursos estariam sendo deslocados para modalidades alternativas à internação psiquiátrica e compatibilizando os procedimentos das ações de saúde mental com o modo de atenção em saúde mental².

Ao estimular a criação de novos dispositivos e a inserção de ações de saúde mental na saúde pública, a Reforma psiquiátrica brasileira possibilita novas abordagens, novos princípios, valores e olhares àqueles indivíduos que estão em sofrimento psíquico, e impulsiona formas mais adequadas de cuidado, dentro do âmbito familiar, social e cultural².

O modo de atenção psicossocial, proposto pela Reforma psiquiátrica, considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes e atribui importância ao sujeito, o que faz com que ele seja o principal participante do seu tratamento. Este modo de atenção enfatiza os dispositivos de reintegração sociocultural como principal meio de tratamento, não tendo a medicação como único ou principal recurso mobilizado para a atenção. O indivíduo é visto inserido em um grupo familiar e social e as formas de recuperação da cidadania são valorizadas⁴.

Pensando sob o modo psicossocial, a equipe interdisciplinar deve utilizar diversos recursos para o desenvolvimento do plano terapêutico dos usuários, realizando atividades dentro do serviço de saúde, mas também proporcionando momentos de saída desse espaço, a fim de estimular a cidadania e a circulação pelos espaços da cidade.

Nesse contexto surgem os serviços de residenciais terapêuticos, como mais um dispositivo de atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico. Esses serviços, entre outros, constituem a rede de saúde mental e devem funcionar de maneira articulada a fim de proporcionar um suporte maior e melhor aos usuários.

Devido à estrutura da rede de saúde existente no modo de atenção asilar, ele não garante acessibilidade aos usuários, pois é centrado no hospital e nos ambulatórios de especialidades, concentrando os recursos e oferecendo baixa cobertura à população. Logo, para abordar de forma efetiva as situações de saúde mental e melhorar a acessibilidade, deve-se ocorrer uma potencialização da atenção primária⁵.

1.2 Residencial Terapêutico

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) surge no contexto da Reforma psiquiátrica, com o objetivo de acolher indivíduos em sofrimento psíquico, que não têm moradia, seja pelo longo período de institucionalização, seja por não ter vínculo familiar, ou por não ter condições financeiras.

Na década de 1990, após o início da implantação da Reforma psiquiátrica como política de saúde mental no Brasil, observou-se a busca de um novo local para as moradias no processo de desinstitucionalização de pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, sem vínculos familiares. As residências começaram a ser instaladas fora dos muros do hospital, ou seja, no espaço urbano. Assim, os moradores passam a circular nos espaços nas cidades, e surge a necessidade de articulação das residências com a rede de saúde local³.

No entanto, apesar de as primeiras residências terapêuticas terem sido implantadas na década de 1990, tornaram-se dispositivos formais da rede pública de atenção em saúde mental no início de 2000. Esse atraso na implantação dos SRT traz conseqüências para o processo de desinstitucionalização brasileiro, à medida que esse espaço é de extrema importância para que a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos se torne realizável e segura. Dessa forma, a pouca experiência existente com relação aos residenciais tornou necessária e urgente a ampliação dos serviços, a produção de conhecimento na área e a qualificação técnica, para que ocorresse a sua consolidação⁶.

Os Residenciais são casas localizadas no espaço urbano, que funcionam como moradias destinadas a indivíduos com transtornos mentais graves, não necessariamente egressos de internações longas, mas que tenham vínculos familiares e sociais insuficientes. Cada casa pode abrigar de uma a oito pessoas, sendo que deve ter um profissional responsável por dar o suporte necessário a esses moradores⁷.

Essa casa consiste em um recurso terapêutico que caminha em direção à integração social dos seus moradores. Não é adequado considerá-la uma instituição de saúde, mas ela também não deixa de ser um dispositivo das práticas de reabilitação psicossocial e, portanto, do campo da saúde⁸.

Os Residenciais Terapêuticos são alternativa de moradia para grande número de pessoas no Brasil. Muitas delas estiveram internadas durante anos em hospitais psiquiátricos, porque não tinham suporte adequado na comunidade, outras não tiveram longas internações, mas estão em sofrimento psíquico e, pela falta de suporte familiar e/ou social, necessitam dessa moradia⁷.

O SRT, ao ser comparado com o hospital psiquiátrico, proporciona outras possibilidades ao usuário, principalmente por estar situado no espaço urbano. Inúmeros exemplos demonstram que os usuários cuidam mais de si próprios e do local onde vivem após

a desinstitucionalização, e essa mudança ocorre devido ao novo cenário em que estão inseridos⁹.

Os SRT's constituem um serviço de modalidade de avançada no sentido de “desconstrução da loucura como signo de aprisionamento, periculosidade e isolamento”, pois auxilia na reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico na cidade, estimulando a cidadania e concretizando a Reforma psiquiátrica¹⁰.

Nesse sentido, a lei 10216 propõe que os usuários dos serviços de saúde mental sejam tratados com humanidade e respeito, buscando o alcance da sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Para isso, o Estado deve desenvolver políticas de saúde mental, assistir e a promover ações de saúde para esses usuários, sendo que a internação apenas será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Essa mesma lei também diz que a pessoa hospitalizada por um longo período, que possua quadro clínico ou ausência de suporte social, e que caracterize situação de grave dependência institucional, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, e terá assegurada a continuidade do tratamento¹¹.

A implantação dos Serviços de Residencial Terapêutico é recente e vem sendo discutida em vários âmbitos, a fim de assegurar que esta alternativa seja a mais adequada possível no processo de reintegração do morador à comunidade. No entanto, é importante lembrar que tais residências não são serviços de saúde, mas “espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município”, então a questão central deve ser a moradia, o morar, o viver na cidade⁷.

Há uma discussão atual sobre SRT que tenta definir se esse dispositivo seria casa ou serviço de saúde. Podemos pensar que, na hipótese de ser considerada casa, não seria adequado pensar em termos de terapêutica, já que em nossas casas não consideramos as relações com os nossos familiares com essa perspectiva. Em uma casa nos relacionamos com

pessoas que “coabitam” conosco, e não necessitamos de uma equipe de saúde responsável pelos cuidados. Sendo assim, ao se pensar em um SRT como uma casa, tal como a conhecemos, nos deparamos com diversas contradições¹².

Entretanto, se pensarmos no SRT como um serviço, por qual motivo enfrentaríamos todas as dificuldades de implantar uma casa para acolher os usuários, se pretendêssemos que fosse apenas um serviço¹²?

Dessa forma, temos de manter a contradição entre casa e serviço, tratando-se de SRT, sem tentar definir em qual desses dois conceitos esse dispositivo se encaixa¹².

2 OBJETIVO

Compreender o Serviço Residencial Terapêutico inserido no contexto da Reforma psiquiátrica.

3 METODOLOGIA

Para responder aos problemas de pesquisa foi realizada uma pesquisa bibliográfica, abaixo segue o tipo de estudo e como foi realizada a coleta e análise dos dados.

3.1 Tipo de estudo

O estudo foi realizado por meio de pesquisa em material já elaborado, como artigos científicos, livros, teses e em meio eletrônico. Uma das vantagens da pesquisa bibliográfica é a possibilidade de analisar maior quantidade de informações do que em uma pesquisa original¹³.

A pesquisa bibliográfica se desenvolve ao longo de várias etapas, que são estabelecidas para servir como um roteiro que auxilie o pesquisador. O processo da pesquisa bibliográfica envolveu as seguintes etapas: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto¹³.

3.2 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada buscando trabalhos na base de dados de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), em ambiente virtual, com os

descritores: *residencial terapêutico e reforma psiquiátrica and serviços residenciais terapêuticos*.

Os critérios de inclusão para os resumos dos estudos foram: tratar sobre o assunto Residencial Terapêutico, estar escrito na língua portuguesa ou espanhola e ter sido publicado entre 2001 e 2011.

Após realizar busca dos trabalhos, criou-se um banco de dados composto por resumos de estudos que abordam a temática Residencial Terapêutico. As idéias centrais desses resumos foram identificadas e agrupadas e, após este momento foi realizada a análise e interpretação dessas informações, relacionando-as com os questionamentos do presente trabalho.

3.3 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio da leitura do material obtido pela pesquisa, que pode ser classificada em quatro tipos¹³:

- Leitura exploratória, que teve como objetivo verificar se a obra consultada interessa ou não ao estudo.
- Leitura seletiva, em que foi realizada seleção do material que realmente contribuísse para o estudo.
- Leitura analítica, realizada com base nos textos selecionados, tratados como se fossem definitivos. A finalidade desta leitura foi ordenar as informações de forma que elas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema de pesquisa.

- Leitura interpretativa, que teve como objetivo compor categorias dos resumos selecionados, sendo que estas foram criadas a partir da interpretação dos resumos analisados. A seguir, buscou-se referenciais teóricos para discutir as temáticas que emergiram dos resumos.

3.4 Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram respeitados, todos os autores utilizados para a realização desse estudo foram citados.

4 RESULTADOS

Seguem os resultados obtidos com a busca na base de dados de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os descritores *Residencial Terapêutico* e *Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico*.

4.1 Descritor *Residencial Terapêutico*

Com a busca realizada na base de dados de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), em ambiente virtual, encontrou-se vinte e oito trabalhos com o descritor *Residencial Terapêutico*, sendo que apenas seis foram selecionados para serem analisados. Vinte e um estudos foram excluídos por não tratarem sobre o assunto e/ou por estarem escritos em inglês, e um resumo por ser publicação anterior a 2001. Abaixo segue a caracterização dos trabalhos encontrados.

Tabela 1 – Caracterização dos resumos encontrados com o descritor *Residencial Terapêutico*.

Descritor: Residencial Terapêutico		
Resumos selecionados para análise		6
Resumos excluídos da análise	Não tratam sobre o tema e/ou estão em língua inglesa	21
	Publicação anterior a 2001	1
Total de resumos encontrados com o descritor		28

Dos resumos selecionados para análise, todos eram de artigos, nenhum dos resumos era de dissertação ou tese, o que não foi intencional, essa característica foi encontrada ao acaso. Abaixo segue tabela mostrando a distribuição dos resumos selecionados para análise, conforme o seu ano de publicação.

Tabela 2 – Período de publicação dos resumos selecionados com o descritor *Residencial Terapêutico*.

Descritor: Residencial Terapêutico	
Período	Número
2008	1
2009	4
2010	1
Total de resumos selecionados	6

Também se utilizou outro descritor para a pesquisa, a fim de encontrar maior número de trabalhos sobre o assunto.

4.2 Descritor *Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico*

Realizando busca na base de dados de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), em ambiente virtual, com o descritor *Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico* foram encontrados 14 resumos de trabalhos. Desses, 2 foram

excluídos da análise por já terem sido encontrados e analisados no descritor anterior, 12 resumos foram selecionados para análise. Abaixo segue a caracterização dos trabalhos encontrados.

Tabela 3 – Caracterização dos resumos encontrados com o descritor *Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico*.

Descritor: Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico		
Resumos selecionados para análise		12
Resumos excluídos da análise	Foram encontrados também com o outro descritor, resumos repetidos	2
Total de resumos encontrados com o descritor		14

A busca realizada com esse descritor encontrou maior número de resumos sobre o assunto, sendo que três dos que foram selecionados tratavam-se de teses, diferente do descritor utilizado anteriormente, que apenas se encontrou resumos de artigos.

Tabela 4 - Período de publicação dos resumos selecionados com o descritor *Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico*.

Descritor: Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico	
Período	Número
2002	1
2004	1
2005	1
2006	2
2007	1

2008	5
2010	1
Total de resumos seleccionados	12

5 ANÁLISE DOS DADOS

Tendo sido selecionados 6 resumos com o descritor *Residencial Terapêutico* e 12 resumos com o descritor *Reforma psiquiátrica and Residencial Terapêutico*, totalizando 18 resumos selecionados, foi realizada leitura e análise dos estudos. A análise e interpretação dos resumos se deram por meio da leitura e destaque das informações consideradas mais relevantes em cada resumo. Essas informações deveriam ser referentes aos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Após a análise, realizou-se a convergência de todas as informações selecionadas nos resumos e foram criados os temas e as temáticas, sendo que os temas são mais amplos que as temáticas e cada tema pode ter várias temáticas, especificando melhor cada aspecto trabalhado sobre o assunto.

Nesse estudo, foram definidos cinco temas após convergência das informações contidas nos resumos: mudança no modo de atenção em saúde mental, a vida no residencial terapêutico, equipe de saúde, sofrimento mental X cidade, rede de serviços, conforme segue na tabela abaixo.

Tabela 5 – Temas definidos após convergência das informações contidas nos resumos.

TEMAS
1. Mudança no modo de atenção em saúde mental
2. A vida no residencial terapêutico
3. Equipe de saúde
4. Sofrimento mental X cidade
5. Rede de serviços

O primeiro tema, mudança no modo de atenção em saúde mental, engloba três temáticas: reforma psiquiátrica, desinstitucionalização e novas intervenções no campo do cuidado, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 6 – Temáticas desenvolvidas no tema *Mudança no modo de atenção em saúde mental*.

Tema 1: MUDANÇA NO MODO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	
Temáticas	Reforma psiquiátrica
	Desinstitucionalização
	Novas intervenções no campo do cuidado

A mudança no modo de atenção em saúde mental foi uma proposta da reforma psiquiátrica, movimento iniciado na década de 1980. Essa mudança inclui o processo de desinstitucionalização dos indivíduos internados por um longo período em instituições psiquiátricas.

O trabalho de desinstitucionalização de pessoas que permaneceram internadas durante um longo período pode ser encaminhado tendo em vista alguns aspectos como: 1) perceber a “autonomia como condição afeita”, relativa aos recursos e limites, tanto subjetivos como concretos; 2) estimular o usuário a ter uma participação mais ativa, para que se possa realizar a inserção social; isso pode ser feito problematizando o uso de dispositivos que dispensam a rotina institucional, objetivando mudanças práticas. 3) envolver cada usuário no tempo e nos acontecimentos que, direta ou indiretamente, o afetam. 4) avaliar as limitações impostas ao usuário, devido ao que o tratamento no modo de atenção manicomial produziu em relação à própria doença⁹.

A desinstitucionalização é um processo ainda complicado, por vários motivos. O fato de a família não desejar retomar os cuidados do usuário, a resistência da equipe de saúde em desinstitucionalizar esse indivíduo e a falta de recursos (humanos, financeiros, sociais, entre outros) para encaminhar esse indivíduo a uma moradia assistida acaba dificultando essa transição. No entanto, também devemos pensar que de nada adianta mudar o local onde são cuidadas as pessoas se não se modifica o modo de cuidar.

A diferença entre um SRT e o espaço institucional está nas relações que são desenvolvidas nesses espaços. Enquanto o sujeito se encontra institucionalizado, há maior dificuldade para tomar decisões, uma vez que o grau de poder a ele conferido é menor. E na maioria das vezes encontramos sujeitos institucionalizados que não têm e não querem ter poder para decidir sobre as suas coisas, devido aos anos de internação no hospital psiquiátrico, e até mesmo pelas características da própria psicose¹².

Devemos buscar trabalhar também com os familiares e amigos do usuário, pois as relações que são construídas influenciam n sentido de habitar uma casa. Em geral, o trabalho com a família não é simples, pois em muitos casos as pessoas estão afastadas há anos, delegou a responsabilidade do cuidado do usuário ao hospital e não pediu para retomá-la¹².

O segundo tema, a vida no residencial terapêutico, engloba três temáticas: nova forma de morar, valorização do sujeito e situações do dia-a-dia, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 7 – Temáticas desenvolvidas no tema *A vida no Residencial Terapêutico*.

Tema 2: A VIDA NO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	
Temáticas	Nova forma de morar
	Valorização do sujeito
	Situações do dia-a-dia

Viver no Residencial Terapêutico pressupõe uma nova forma de viver para o indivíduo, que estará inserido na sociedade, circulando pelos espaços da cidade e tendo maior autonomia.

O tipo de apoio oferecido pela equipe de saúde deve ser construído com base nas indicações dos próprios usuários que estão em acompanhamento, pois o trabalho no SRT não se limita a manter os usuários bem apenas nas suas residências. O trabalho é mais amplo, deve estar voltado para a inclusão social e para a construção da contratualidade nos diferentes cenários da comunidade⁹.

Em alguns casos, as ações das equipes de saúde nos SRT provocam um questionamento sobre a forma de constituição desses serviços no Brasil. Como no caso de Maria, uma moradora de um SRT localizado em uma cidade de Mato-Grosso, a quem não era permitida a saída do espaço da casa para transitar na cidade. Os portões da casa permaneciam trancados, com a chave em poder da equipe responsável pelo local. O cerceamento de Maria faz refletir sobre o fio tênue que separa e diferencia este morar em um Residencial, do morar no cárcere privado de um casebre¹⁴.

De nada adianta reivindicarmos serviços substitutivos em Saúde Mental, com a justificativa de desenvolver outro tipo de cuidado e sair do modo de atenção asilar, se mesmo nesses espaços as equipes ainda reproduzem um olhar que vigia e que segrega os moradores que ali estão.

Por outro lado, temos a experiência de Toinho, morador de um SRT localizado na região sudeste do Brasil. Toinho havia permanecido algum tempo internado em um hospital psiquiátrico, de onde acabou saindo para viver em um Serviço Residencial Terapêutico. Ele gostava de passar o dia na praça e, diante desta situação, alguns moradores do bairro começaram a reclamar com a equipe do SRT sobre a presença de Toinho, argumentando que a equipe do Residencial o teria tirado do hospital para “abandoná-lo na praça”. A técnica

responsável pela casa explica que ele não estava abandonado, como diziam, ele estava recebendo os seus cuidados, mas passar o dia na praça era uma escolha dele. Segundo conta Jurema, um dia Toinho pegou uma vassoura e passou a varrer a praça, passando a cuidá-la diariamente. A partir dessa decisão, ele toma para si a tarefa de cuidar da praça e, com isso, ele sai da condição de ociosidade, passando a ser conhecido na cidade como o responsável pelos cuidados da praça e mantendo uma relação amistosa com os vizinhos e seus cuidadores¹⁴.

Essas duas narrativas mostram diferentes modos de lidar com as situações do cotidiano da vida dos usuários nos SRTs e da sua relação com a cidade e com a comunidade. Um modo de cuidar mantém a exclusão dos ociosos, já o outro modo retira o morador da condição de incapacidade. A cidade ainda parece denunciar os que vivem na condição de ociosidade, mas ela também pode aceitá-los na convivência diária, quando vinculados às atividades próprias da sua cotidianidade, ou seja, um comportamento dentro da “normalidade”¹⁴.

O terceiro tema, equipe de saúde, engloba três temáticas: falta de formação dos profissionais, formas de cuidado e equipe multidisciplinar, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 8 – Temáticas desenvolvidas no tema *Equipe de saúde*.

Tema 3: EQUIPE DE SAÚDE	
Temáticas	Falta de formação dos profissionais
	Formas de cuidado
	Equipe multidisciplinar

A equipe de saúde é parte fundamental do sistema de saúde, o trabalho com os usuários e o modo de atenção desenvolvido no serviço depende, em grande parte, da maneira como funciona cada equipe. Por isso, se desejamos modificar o modo de atenção em saúde

mental, devemos trabalhar com as equipes, a fim de esclarecer quais as diferenças entre os dois modos de atenção em saúde mental, um já ultrapassado e um que ainda está sendo consolidado.

Por isso, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo, desde 2002, o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. O programa visa incentivar, apoiar e financiar a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a Reforma Psiquiátrica, por meio de convênios estabelecidos com a participação de instituições de ensino, municípios e estados⁵.

Um dos principais desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira é a formação de profissionais capazes de superar “o paradigma da tutela do louco e da loucura”, visando um tratamento de maior qualidade e mais humano. A mudança no modo de atenção à pessoas com sofrimento psíquico exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores. No entanto, devemos lembrar que muitas vezes esses profissionais estão pouco motivados, devido às baixas remunerações ou aos contratos precários de trabalho. Ainda, várias localidades do país têm muitas dificuldades para o recrutamento de determinadas categorias profissionais, geralmente formadas e residentes nos grandes centros urbanos⁵.

Os projetos de reforma existentes não são homogêneos, pois as práticas são executadas conforme a concepção teórica de cada trabalhador da saúde mental².

Para que se tenha uma maior inclusão da saúde mental no Sistema Único de Saúde, como um todo, faz-se necessário maior investimento na instrumentalização dos profissionais da saúde, principalmente tendo em vista a reversão do modo assistencial. A mudança do paradigma deve iniciar pelos profissionais, e isso perpassa pela capacitação e apropriação de conceitos de clínica ampliada, para resultar na inserção das ações de saúde mental em locais como a Estratégia da Saúde da Família, por exemplo².

A equipe, inicialmente, tende a focar a sua atenção no grupo de moradores do SRT, ainda no limiar entre o cuidado e a vigília. Geralmente se tem uma mudança desse olhar, com o passar de algum tempo, ampliando e incorporando o que se passa no campo relacional dos moradores. Logo, a presença da equipe no SRT impõe um desafio, o de ser esperada, mas de não se tornar previsível⁹.

Por dispor de poucas tecnologias, a saúde mental tem como principal instrumento de trabalho o relacionamento terapêutico, desenvolvido entre profissionais e usuários¹².

A implantação dos serviços substitutivos, como os CAPS e os SRT, trazem o risco de acreditarmos que apenas a existência oficial desses dispositivos nos dá condições, enquanto equipe de saúde, de acompanhar e oferecer tratamento para os usuários¹².

No entanto, devemos ter em vista que a implantação do serviço e a sua estrutura de funcionamento, não garante o que ocorre dentro daquele espaço, reforçando a idéia de que o primordial, no trabalho em saúde mental, é a relação com os usuários¹².

O quarto tema, Sofrimento Mental X Cidade, engloba duas temáticas: reinserção social e preconceito, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 9 – Temáticas desenvolvidas no tema *Sofrimento Mental X Cidade*.

Tema 4: SOFRIMENTO MENTAL X CIDADE	
Temáticas	Reinserção social
	Preconceito

A possibilidade de convívio da comunidade com os sujeitos considerados “loucos”, logo suscita a noção de perigo, e a justificativa para isso se encontra no fato de podermos nos deparar com a nossa própria loucura, de perdermos o que nos sustenta enquanto sujeitos¹⁴.

Muitos dos pacientes que passaram por longas internações psiquiátricas, ao terem a possibilidade de alta hospitalar, não encontram mais o seu núcleo familiar disponível para recebê-los em seus domicílios e, para quando isso ocorre, acredita-se que o foco da atenção/ação deverá ser a rede social ampliada³.

Sobre a atitude da comunidade, principalmente da vizinhança do SRT, percebeu-se que não trataram os usuários de maneira hostil, como se acreditava inicialmente, devido ao estigma agregado ao transtorno mental e pelo fato de os usuários não serem conhecidos. Pelo contrário, a relação estabelecida com os vizinhos resultou mais em posições de solidariedade e acomodação⁹.

O quinto tema, Rede de serviços, engloba três temáticas: falta de articulação, gestão e pequeno número de residenciais, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 10 – Temáticas desenvolvidas no tema *Rede de serviços*.

Tema 5: REDE DE SERVIÇOS	
Temáticas	Falta de articulação
	Gestão
	Pequeno número de residenciais

Os serviços de saúde não podem funcionar de maneira isolada, visto que os usuários utilizam a rede de serviços e não apenas determinado serviço. Sabendo disso, deve ocorrer a comunicação entre os profissionais, a fim de que o usuário seja atendido na sua integralidade, conforme prevê a legislação brasileira do Sistema único de Saúde (SUS).

O Rio Grande do Sul ainda apresenta dificuldades importantes no que diz respeito à estruturação da sua rede de saúde mental. Enquanto a metade sul protagonizou experiências

inéditas de desinstitucionalização, o norte do Estado apresenta carência na estruturação de serviços e na inserção das ações de saúde mental nos serviços de saúde².

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero o tema do presente estudo de extrema importância para a saúde mental, tendo em vista que os serviços residenciais terapêuticos ainda são os dispositivos com menor visibilidade pela população e pelos profissionais da saúde mental. No entanto, são esses serviços que acolhem os indivíduos egressos de longas internações psiquiátricas, colocando em prática um dos principais pressupostos da reforma psiquiátrica, que é a desinstitucionalização.

As publicações existentes sobre residencial terapêutico são escassas, o que dificultou o desenvolvimento de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema. No entanto, pude problematizar o tipo de relação que é desenvolvido pelas pessoas dentro desse serviço substitutivo, pois muitas vezes a equipe acaba reproduzindo o cuidado existente no hospital psiquiátrico, vigiando e segregando, no espaço do SRT. Sendo assim, devemos pensar que o mais importante no processo de reforma psiquiátrica é o tipo de cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde mental, pois os serviços substitutivos são importantes, mas são apenas espaços, e não podem definir o tipo de tratamento desenvolvido.

O número de residenciais terapêuticos ainda é pequeno no Rio Grande do Sul, no entanto, cada vez mais incentivos estão sendo dispensados para a criação de novos serviços, uma vez que as políticas públicas em saúde mental preconizam a criação de cada vez mais serviços substitutivos aos leitos em hospitais psiquiátricos.

Envolver a família no tratamento faz com que o usuário fortaleça o seu vínculo, estimulando que ele viva no seio familiar. A inclusão do residencial terapêutico no espaço urbano e a circulação do usuário pelos espaços da cidade são ações que estimulam a cidadania

e faz com que a sociedade cada vez aceite melhor a presença do indivíduo em sofrimento psíquico na cidade, sem excluí-lo.

REFERÊNCIAS

1. Berlinck MT, Magtaz AC, Teixeira M. A Reforma psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev Latinoam Psicopat Fund.* 2008; 11(1): 21-27.
2. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009; 14(1):297-305.
3. Suiyama RCB, Rolim MA, Colvero LA. Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? *Saúde Soc.* São Paulo. 2007; 16(3):102-110.
4. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.141-168.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Delgado PG. “Instituir a desinstitucionalização”: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. *Cadernos IPUB.* 2006; XII(22):19-34.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Encontro Nacional de Serviços Residenciais Terapêuticos.** Ministério da Saúde: Brasília; 2004.
9. Albuquerque P. Desinstitucionalização: notas sobre um processo de trabalho. Cadernos IPUB. 2006; XII(22): 93-110.
10. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva.** 2009;14(1):195-204.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001: **dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
12. Cavalcanti MT, Vilete L, Sztajnberg TK. Casa e/ou serviço? O dilema das moradias assistidas e/ou serviços residenciais terapêuticos no contexto da Reforma psiquiátrica Brasileira. Cadernos IPUB. 2006; XII(22):83-92.
13. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª edição. São Paulo: Atlas; 2002.

14. Frichembruder SC. Os (Des)Encontros da Loucura com as Cidades: serviços residenciais Terapêuticos : narrativas do processo de desinstitucionalização no território brasileiro [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.