



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

FLAVIANA DÁVILA DE SOUSA SOARES

**SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: UM DISPOSITIVO DE
CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA DOS MORADORES?**

CAJAZEIRAS-PB

2013

FLAVIANA DÁVILA DE SOUSA SOARES

**SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: UM DISPOSITIVO DE
CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA DOS MORADORES?**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem tendo como orientadora a Prof.^a Dra. Francisca Bezerra de Oliveira.

**CAJAZEIRAS-PB
2013**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S676sSoares. Flaviana Dávila de Sousa
Serviços residenciais terapêuticos: um dispositivo de
construção da autonomia dos moradores?/ Flaviana Dávila de
Sousa Soares. Cajazeiras,2013.

40f.

Bibliografia

Orientadora:Francisca Bezerra de Oliveira.
Monografia (Graduação) – UFCG/CFP

1. Saúde Mental.2.Serviços Residenciais Terapêuticos
I.Oliveira, Francisca Bezerra de. II. Título.

UFCG/CFP/BS CDU –613.86

FLAVIANA DÁVILA DE SOUSA SOARES

**SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: UM DISPOSITIVO DE
CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA DOS MORADORES?**

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Francisca Bezerra de Oliveira
Orientadora (UFCG)

Prof.^a. Ms. Álissan Karine Lima Martins
Membro da Banca (UFCG)

Prof.^a Esp. Iluska Pinto da Costa
Membro da Banca (UFCG)

Dedico com o mais puro e incondicional amor aos meus pais e meu namorado que sempre me deram apoio nos momentos mais difíceis da minha vida e nunca mediram esforços para me ajudar, mostrando que seria possível essa vitória. Obrigada por sempre estarem ao meu lado me dando forças.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder o dom da vida e ter me presenteado com imensa sabedoria e discernimento nessa longa caminhada.

Aos meus pais, por terem sido do início ao fim, uma ponte de ligação entre meu sonho e sua concretização, pois sem eles tudo teria sido mais difícil. Especialmente a minha mãe, por muitas vezes mostrar que seria possível, apesar do cansaço do trabalho. Obrigado mainha pela confiança que sempre depositou em mim.

Às minhas irmãs, (Fernanda e Cíntia) por terem me incentivado nas horas de angústias, mostrando-me que valia a pena todas as renúncias, todos os esforços, as noites em claro, abdicação de fins de semana, enfim, tudo para chegar até aqui.

Ao meu namorado, Hebert, por se mostrar compreensível nos momentos mais complicados e aceitar a minha ausência quando necessário. Obrigado por ter apoiado minhas escolhas e ter acreditado em meu potencial.

À minha orientadora, Professora Dra. Francisca Bezerra de Oliveira, pela paciência, pelos conselhos, pela ajuda indispensável, e, principalmente, por ter contribuído de forma grandiosa para meu crescimento acadêmico.

Aos meus amigos, Antônio Claudino e Adriana Feitoza por se mostrarem sempre presentes nas horas difíceis no âmbito do trabalho.

Às minhas amigas Giselle e Danielly, por terem me consolado quando pensava não mais suportar a rotina de trabalho e estudo, por mostrar-me que ainda tinha forças e coragem pra continuar.

Aos meus colegas de sala que direto ou indiretamente tiveram participação nessa longa caminhada tão árdua, quando eu dizia não mais conseguir, eles estavam ali para me ajudar. Obrigado pelas palavras de conforto e momentos de alegria.

Hoje, diante tudo que passei, percebo o real significado da frase. “Às raízes dos estudos são amargas, mas seus frutos são doces” (Aristotéle). Pura verdade, hoje, sinto a alegria de destacar todos que me apoiaram e mais uma vez ratificar, fui apenas um instrumento, na vitória de todos vocês.

Obrigado a todos por terem insistido.

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos”.

(Paulo Beleki)

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”.

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Soares, F. D. S. **SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: Um dispositivo de construção da autonomia dos moradores?** 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB.

A Reforma Psiquiátrica brasileira protagonizada, inicialmente, pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e, atualmente, pelo Movimento de Luta Antimanicomial, teve início no final da década de 1970, com questionamentos críticos sobre os saberes e as práticas psiquiátricas, com denúncias de maus tratos aos pacientes e a mercantilização da saúde. É um processo complexo e em construção, tendo como objetivo principal a superação do modelo “hospitalocêntrico” e a criação de serviços substitutivos ancorados na construção da autonomia, cidadania, inclusão social e cuidados efetivos e integrais a usuários com sofrimento psíquico. O estudo objetiva investigar a dinâmica de funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), bem como verificar se esses dispositivos possibilitam a construção da autonomia dos moradores e descrever algumas histórias de vida dos moradores desses serviços. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Para coleta de dados foram utilizados documentos como prontuários dos usuários/moradores dos SRT, registro das oficinas e atividades terapêuticas realizadas no CAPS II, observação e entrevistas com as coordenadoras e usuários dos SRT e do CAPS II. Os resultados apontam que os SRT têm uma postura tímida em relação à consecução da autonomia e reabilitação do usuário/morador. Os moradores são pouco estimulados para o autocuidado, para o desenvolvimento de atividades de vida diária e para circular nos espaços da cidade. Isso deve-se a pouca experiência, sensibilização e falta de capacitação dos profissionais para lidar/compreender o morador/usuário em sofrimento psíquico. Entende-se, que a despeito das fragilidades e das limitações dos SRT, é possível, a partir de uma nova postura e capacitação dos profissionais que atuam nesses dispositivos exercitarem práticas e uma clínica que estimulem a produção de vínculos, tenham encontros potentes e efetivos com os espaços da cidade e sejam produtoras de vida e de liberdade.

Palavras-chave: Autonomia. Serviços Residenciais Terapêuticos. Saúde Mental.

The Brazilian Psychiatric Reform carried initially by the Movement of Workers in Mental Health and currently the Anti-Asylum Movement, began in the late 1970s, with critical questions about the psychiatric knowledge and practices, with allegations of mistreatment to patients and the commercialization of health. It is a complex process and construction, with the main objective to overcome the model "hospital-centered" and the creation of substitute services anchored in the construction of autonomy, citizenship, social inclusion and effective care and integral to users with psychological distress. The study aims to investigate the working of Therapeutic Residential Services (SRT), and verify that these devices allow the construction of autonomy of residents and describe some life stories of the residents of these services. This is a descriptive study with a qualitative approach. For data collection were used documents as records of users / residents of SRT, record the workshops and therapeutic activities performed in CAPS II, observation and interviews with the coordinators and members of the SRT

and CAPS II . The results indicate that the SRT has a timid stance towards the achievement of autonomy and rehabilitation of the user / occupant. Residents are encouraged to self care little for the development of activities of daily living and to circulate in the spaces of the city . This is due to lack of experience , awareness and lack of qualified professionals to handle / understand the resident / user in psychological distress. It is understood that despite the weaknesses and limitations of the SRT , it is possible , from a new attitude and skills of professionals working in these exercise devices and clinical practices that stimulate the production of ties , weave powerful and effective meetings with spaces of the city and are producing life and freedom.

Keywords: Autonomy. Therapeutic Residential Services. Mental Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

SEP – Serviços de Emergência em Psiquiatria

PVC – Programa de Volta para Casa

CHJM – Complexo Hospitalar Juliano Moreira

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

AT – Acompanhantes Terapêuticos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1. Objetivo Geral	12
2.2. Objetivos Específicos	12
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1 Reforma Psiquiátrica	13
3.2 Desinstitucionalização	14
3.3 Reabilitação Psicossocial	14
3.4 Serviços Residenciais Terapêuticos	15
4. PERCURSO METODOLÓGICO	17
4.1 Considerações iniciais e tipo de pesquisa	17
4.2 Local de pesquisa.....	17
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	18
4.4 Critérios de inclusão e exclusão e instrumentos de coleta de dados	18
4.5 Procedimento de coleta de dados	19
4.6 Processamento e análise dos dados.....	19
4.7 Aspectos éticos.....	20
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1 Dinâmica de funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos	21
5.2 Histórias de vida: perdas,(des) construção, (re) construção	24
5.2.1 História de vida 1	24
5.2.2 História de vida 2	26
5.2.3 História de vida 3	27
5.2.4 História de vida 4	29
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados	

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira protagonizada, inicialmente, pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e, atualmente, pelo Movimento de Luta Antimanicomial, teve início no final da década de 1970, com questionamentos críticos sobre os saberes e as práticas psiquiátricas, com denúncias de maus tratos aos pacientes e a mercantilização da saúde. É um processo complexo e em construção, tendo como objetivo principal a superação do modelo “hospitalocêntrico” e a criação de serviços substitutivos em saúde mental ancorados na construção da autonomia, cidadania, inclusão social e cuidados efetivos e integrais a usuários com sofrimento psíquico.

Dentre os serviços substitutivos e programas criados destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Emergência em Psiquiatria (SEP), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa (PVC), os leitos de atenção integral em saúde mental, dentre outros.

Os SRT constituem-se em um equipamento fundamental no processo da Reforma Psiquiátrica, de desinstitucionalização, de construção da autonomia de sujeitos com sofrimento psíquico. O SRT é uma casa destinada a pessoas com longa história de internação psiquiátrica que perderam os vínculos com a família e a comunidade. Os moradores dos SRT devem ter a liberdade de circular pelos espaços públicos, sendo acompanhados por cuidadores e profissionais do CAPS. Esse dispositivo deve favorecer a construção do exercício da cidadania e reconstrução dos vínculos sociais e afetivos perdidos nos espaços fechados dos manicômios devido à exclusão e ao estigma social.

O estigma acompanha secularmente a pessoa com sofrimento psíquico representado na sociedade como um ser incapaz, perigoso, bizarro, não sociável. A convivência com usuários de saúde mental, quando da realização de estágios, práticas e projetos de extensão, revelaram que o sofrimento e a dor fazem parte de suas vidas cotidianas. São vidas marcadas por perdas (de amores, trabalho, amigos, moradias), desencontros, fragilidades, rupturas de vínculos familiares permeadas pela não aceitação, rejeição e brigas no cotidiano, levando a uma situação estressante e progressivamente insustentável, culminando com a exclusão do sujeito com sofrimento psíquico do seu contexto familiar e social. Com essa ruptura dos vínculos familiares e sociais muitos desses sujeitos passaram a habitar os manicômios, as ruas da cidade, em meio à estigmatização que o fenômeno da loucura provoca.

No entanto, essa convivência e experiência no campo da saúde mental têm mostrado que é frágil e delicada a linha que nos separa da loucura. Postula-se que a linha, ao invés de separar, isolar e excluir, como historicamente tem sido essa prática, pode ser usada para conectar, unir. A Reforma Psiquiátrica busca modificar a relação da sociedade com as pessoas com sofrimento psíquico, formando redes de solidariedade que favoreçam a construção de uma sociedade mais justa, fraterna, e que acolhe o diferente na sua diversidade.

Este trabalho surgiu da minha inserção no campo da saúde mental, especialmente, das práticas referentes às disciplinas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras-Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica -, assim como da participação no projeto de Extensão da UFCG, intitulado “Capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde mental”. Este projeto de Extensão me possibilitou uma experiência enriquecedora e o desejo de pesquisar neste campo de saber e de prática.

Sendo assim, decidi realizar minha pesquisa tendo como objeto de estudo os SRT do município de Cajazeiras – PB. Busca-se realizar uma aproximação com a realidade a ser investigada, objetivando contribuir com as discussões sobre o processo de Reforma Psiquiátrica e o de desinstitucionalização da loucura.

Partindo da necessidade de estudar os dispositivos que integram a rede de saúde mental do município de Cajazeiras – PB, tornou-se relevante lançar um olhar a respeito da dinâmica de funcionamento dos SRT por entender que esses novos espaços podem transcender a prática psiquiátrica tradicional, promovendo a valorização do sujeito, sua autonomia e inclusão social.

Sendo assim questiona-se:

- Como se dá a dinâmica de funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)?
- Os SRT possibilitam a construção da autonomia do morador?
- Como são as histórias de vida dos moradores desses dispositivos?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar se os SRT possibilitam a construção da autonomia dos moradores;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a dinâmica de funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Descrever histórias de vida dos moradores dos SRT.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta pesquisa fundamenta-se em autores que estudam a Reforma Psiquiátrica brasileira como Amarante (1995, 2004, 2006, 2007, 2012), Desviat (1999), Fortunato (2007), Lobosque (2003), Oliveira (2002, 2007, 2010, 2012), Pitta (1996), Yasui (2010) e outros teóricos importantes no campo da saúde mental.

Além desses autores utilizou-se a legislação pertinente à saúde mental: Lei Federal 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redimensionando o modelo assistencial em saúde mental; Lei 10.708/2013, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa de Volta para Casa); e, Portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os SRT no SUS para egressos de pessoas com longa história de internação psiquiátrica.

A partir das concepções desses autores foram estabelecidas categorias e conceitos importantes que norteiam este estudo, como: Reforma Psiquiátrica, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Nos últimos anos, questões envolvendo o conceito de doença-mental, as instituições, os saberes, as práticas e as formas de cuidado vêm marcando o campo da saúde mental com amplas discussões em torno da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica se constitui como um movimento político e social, composto de atores diversificados, instituições e forças de diferentes origens e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Articula diversas dimensões: epistemológicas (questões teórico-conceituais referentes à “doença mental” e “ao saber fazer” no campo da saúde mental), técnico assistenciais (métodos terapêuticos); jurídico-políticas (relações de poder e cidadania); e culturais (preceitos orientadores da conduta moral e do lugar social da loucura) (AMARANTE, 2004, 2007).

A Reforma Psiquiátrica está respaldada na Lei 10.216/2001. Busca a superação do modelo psiquiátrico, o que significa negar a instituição manicomial, romper com o

saber psiquiátrico e a forma de lidar com o sofrimento psíquico. Significa a desconstrução do paradigma manicomial e a construção de novas modalidades de atenção e cuidado em saúde mental, tendo como conceito básico a desinstitucionalização (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007; YASUI, 2010).

3.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A desinstitucionalização significa além da desconstrução do modelo manicomial, um processo de construção de novas práticas, conceitos e formas de lidar com o usuário em saúde mental, resgatando à loucura como fenômeno complexo da existência humana, vinculando-a a eventos biológico, social, histórico, político e cultural. Esse processo vai de encontro a toda política de abandono, de desassistência, de sucateamento dos serviços públicos, exigindo a criação de novos dispositivos de saúde de base comunitária que viabilizem uma atenção integral, de qualidade e a inclusão do usuário (OLIVEIRA, 2002; OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007).

Assim sendo, para que a Reforma Psiquiátrica avance e se efetive faz-se necessário a criação de uma rede de serviços que se contraponham as práticas de isolamento e abandono, ou seja, uma rede como espaços de trocas, de sociabilidade e de subjetivação. Portanto, serviços de saúde mental capazes de construir uma atenção baseada na produção de vida, de subjetividades, de sociabilidade, de vínculos afetivos, de acolhimento à família e a pessoa com sofrimento psíquico, reconhecendo-a como ser humano e cidadão e buscando a sua reabilitação psicossocial (YASUI, 2010).

3.3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Refletir sobre a concepção de reabilitação psicossocial, no campo da saúde mental, é pensar sobre a desconstrução de práticas silenciadoras e a (re)construção de práticas voltadas para as reais necessidades do sujeito em sofrimento psíquico e sua cidadania (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007).

Afirmar a cidadania do “louco” equivale dizer “o louco é sujeito desejante”; é reconhecer “novos sujeitos de direito, novos direitos para os sujeitos, novas subjetivações daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas (AMARANTE, 1996, p. 12).

Trabalhar na perspectiva da reabilitação psicossocial implica ter o “olhar” voltado para o sujeito, e não para a doença; trabalhar com o sofrimento, a fragilidade, e não com a incapacidade; buscar a produção de novas subjetividades e não a “cura”; trabalhar com a situação de vida da pessoa e seu ambiente sociocultural e familiar, com o objetivo de possibilitar acolhimento, ao invés de internação; solidariedade, afetividade ao invés de isolamento. Procura estabelecer um acompanhamento atento do usuário nas oficinas e projetos terapêuticos e espaços da sociedade, procurando valorizar sua capacidade de intervenção no cotidiano institucional, e também, no tecido social (PITTA, 1996; OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007).

De acordo com Saraceno, Asioli e Togoni (1994), todo trabalho sobre os aspectos de incapacidade do usuário constitui reabilitação. Assim, a reabilitação atravessa todos os momentos do percurso terapêutico do usuário, incluindo desde psicoterapias individuais/grupais, medicação, aprendizagens de novas formas de convivência, até o (re)aprender a “cuidar de si”, a fazer compras, a andar de ônibus e administrar o dinheiro, etc.

Reabilitação psicossocial é um processo que aumenta a capacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e efetivas em diversos cenários: na rede social, no trabalho e em casa. É um percurso que possibilita ao usuário resgatar sua autonomia, através do aumento do poder de contratualidade psicológico e social (OLIVEIRA, 2002; OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007).

3.4 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

A partir da Reforma Psiquiátrica foram propostas novas modalidades de atenção em saúde mental como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospitais Gerais, dentre outros, todos baseados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os serviços de atenção à saúde mental que estão sendo construídos no país devem fomentar práticas criativas, afetivas e interdisciplinares, ou seja, práticas que estejam em processo de desconstrução/construção de conceitos sobre o universo da loucura, de cuidados que não se produzam apenas nos serviços, mas sejam tecidos em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes atores sociais e cuidadores. Os serviços devem estar articulados com diferentes projetos e recursos existentes no seu

território, favorecendo a reabilitação e, também, a inclusão de pessoas com histórias de longas internações psiquiátricas (LEBOSQUE, 2003; YASUI, 2010).

No Brasil, a base legal para o cuidado de sujeitos que permaneceram muito tempo internados em hospitais psiquiátricos surgiu com a publicação da Portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde (MS), que estabelece a criação dos SRT. Portanto, esses serviços fazem parte da nova Política de Saúde Mental ancorada na Reforma Psiquiátrica que, inspirada nos princípios do SUS, tem propiciado o necessário debate sobre a inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2004; OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007).

Os SRT, também conhecidos como Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia destinadas a pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar ao convívio familiar. Esses dispositivos são fundamentais no processo da Reforma Psiquiátrica, de desinstitucionalização, reabilitação e (re)inserção social de usuários na comunidade, promovendo a retomada de laços sociais perdidos e a autonomia (BRASIL, 2004).

Os SRT representam uma possibilidade de resgate da cidadania, da autonomia do sujeito em sofrimento psíquico. Autonomia é um conceito chave para a prática de saúde mental e de reabilitação psicossocial. Essa noção está diretamente ligada à ideia de circularidade, de movimento reflexivo, como também a noção de liberdade, de possibilidades de escolhas entre diversas alternativas. Assim, quanto mais oportunidades são oferecidas aos usuários/moradores como a realização de atividades da vida cotidiana, liberdade para circular nos espaços públicos, administração dos próprios recursos, mais autonomia terá esse sujeito (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007).

Os serviços substitutivos devem produzir cotidianamente “os fios que tecem as novas redes de ações, constituindo alianças com os movimentos sociais, sendo parte do processo de tornar possível a construção de um novo mundo” (YASUI, 2010, p. 160).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

É importante ressaltar que este estudo teve inicialmente o propósito de investigar as ações desenvolvidas pelos Acompanhantes Terapêuticos (AT) dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) do município de Cajazeiras - PB, como também conhecer as histórias de vida dos usuários/moradores desses serviços. No entanto, o foco da pesquisa teve que ser mudado, depois da aplicação do instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada, junto aos AT. Isto se deveu ao fato de que os referidos profissionais não conseguiram responder as questões formuladas de forma que fosse possível apreender a realidade investigada, as respostas foram sintéticas, objetivas.

Sabe-se que a prática do AT constitui uma ferramenta fundamental no processo da Reforma Psiquiátrica. Esse profissional possibilita a construção de uma ponte entre o morador e a comunidade à medida que circula pelos espaços da cidade, bem como interage com os demais profissionais, usuários e cidadãos.

O novo foco da pesquisa foi direcionado para a dinâmica de funcionamento dos SRT e as histórias de vida dos usuários/moradores desses dispositivos de moradia.

4.2 TIPO DE PESQUISA

O estudo é do tipo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva, segundo Figueiredo (2007) tem como objetivo primordial a descrição de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis através de instrumentos para coleta de dados como observação, questionários e entrevistas

A abordagem qualitativa busca conhecer trajetórias de vida, experiências sociais dos sujeitos e exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência da pesquisa (COSTA; VALLE, 2000).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, histórias de vida o que corresponde a um espaço mais profundo das relações de natureza diferente da pesquisa quantitativa, que lida com variáveis, dados matemáticos, equações, estatísticas (MINAYO, 2007).

4.3 LOCAL DE PESQUISA

Os SRT (masculino e feminino), do município de Cajazeiras-PB, constituíram-se nos cenários deste estudo.

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram três profissionais de nível superior, sendo um do CAPS II (48 anos, feminino, solteira, nível superior completo com especialização em saúde mental, efetiva no serviço e com uma vasta experiência na área de 12 anos de serviço) e dois dos SRT (masculino e feminino), ambos com os seguintes dados sociodemográficos, respectivamente, (27 anos, feminino, casada, nível superior completo, 6 meses de experiência na área, prestadora de serviço, e relata não ter maior experiência na área), (23 anos, feminino, solteira, nível superior completo, 3 meses de serviço na área, prestadora de serviço, e relata não ter trabalhado antes na área). Esses sujeitos se disponibilizaram a participar desta investigação e falar sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, bem como sobre as histórias de vida dos usuários/moradores. Além disso, participaram também quatro moradores do SRT.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Com relação aos critérios de inclusão determina-se que todos os participantes:

- * Sejam profissionais dos SRT e do CAPS II do município de Cajazeiras - PB;
- * Sejam usuários/moradores dos SRT;
- * Tenham idade superior a 18 anos e tenham disponibilidade de participar da pesquisa.

Foram excluídos deste estudo os profissionais que apresentaram pelo menos um dos seguintes critérios:

- * Estejam afastados do serviço por motivo de licença de saúde;
- * Que tenham menos de três meses de experiência no serviço.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram a observação, o diário de campo para registro das observações realizadas, os documentos como prontuários e projetos terapêuticos que embasam as práticas dos serviços e um roteiro de entrevista aplicado aos coordenadores e usuários dos SRT e do CAPS sobre as histórias de vida dos moradores. (Apêndice A).

A observação é um importante instrumento que permite informar o que ocorre de verdade, na situação real. Ela tem sido uma técnica valiosa para verificação de práticas, de ações desenvolvidas em instituições (BECKER, 1997).

Em relação ao diário de campo é um instrumento de suma importância na pesquisa, serve para registrar as observações feitas no estudo de campo, possibilita o

acercamento das falas, dos comportamentos dos sujeitos, permitindo dessa forma, uma imersão nas informações colhidas e uma análise, à *priore* de sua qualidade.

A entrevista pode ser entendida no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informação sobre determinado tema científico, combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2007).

O roteiro de entrevista foi composto em duas partes, sendo a primeira voltada aos dados sociodemográficos dos sujeitos da pesquisa (idade, sexo, estado civil, tempo de serviço, escolaridade, tipo de vínculo com o serviço e experiência profissional na área) e a segunda com questões referentes à história de vida dos moradores: Como os moradores/usuários foram identificados e passaram a morar no SRT? Quais as posturas/atitudes adotadas pelos profissionais a partir da identificação desses usuários/moradores? Qual o nível de autonomia desses sujeitos?

As entrevistas ocorreram em um tempo médio de 20 minutos sendo realizadas em uma das salas dos SRT e do CAPS II e registradas no ato da entrevista pela pesquisadora.

4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) foi realizada a pesquisa de campo. Para realização de coleta de dados, foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, através da assinatura do termo de anuência, para desenvolver a pesquisa. Os participantes foram contatados e o encontro com os mesmos, agendado. Foi explicitado para os usuários e os profissionais o conteúdo e os objetivos do estudo, os mesmos foram informados sobre a participação voluntária e o direito de desistência em qualquer etapa da pesquisa. As entrevistas foram registradas pela pesquisadora a partir do consentimento dos sujeitos.

Os informantes, no momento da aplicação da entrevista, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), obedecendo aos aspectos éticos e legais da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos.

4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se pautou entre os dados empíricos e o teórico, nessa transição constante entre a teoria e os dados, fundamentada em autores que respaldam

essa pesquisa, buscando apreender a dinâmica de funcionamento dos SRT e as histórias de vida dos usuários/moradores desses serviços.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme preconiza o Conselho Nacional de Saúde – CNS, pela Resolução N° 466/2012. Esta resolução regulamenta as pesquisas em seres humanos e assegura aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como o anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência.

Pesquisa com seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletiva, envolve o ser humano, de forma direta e indireta, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais. Nesse sentido, a eticidade da pesquisa implicou na leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte do entrevistado (a) para autorização da coleta de dados, este termo assegurou a não identificação do sujeito, assim como a manutenção do caráter confidencial das informações. Corrobora-se com Costa e Valle (2000) quando afirma que a resolução incorpora os referenciais básicos da bioética, bem como os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Pretende-se aqui, ultrapassar o nível historiográfico do funcionamento dos SRT. Dessa forma, parte-se do pressuposto que qualquer instituição deve ser percebida como ponto de convergência das instâncias econômica, política e ideológica, ponto de junção simbólica e ideológica entre infra-estrutura e superestrutura de uma formação social. Portanto, os SRT têm, neste trabalho, o significado de uma célula simbólica que concorre para as relações sociais (saberes e práticas) com uma dinâmica dialética instituída e instituinte, inserida no contexto histórico. Vista deste ângulo, o serviço passa a ser concebido como um produto das contradições sociais.

As Residências Terapêuticas enquanto células simbólicas são oriundas da consciência e luta dos profissionais de saúde mental que tentam concretizar na prática moradias para pessoas com sofrimento psíquico e que perderam seus vínculos sociais e familiares. A função primordial e simbólica da casa é abrigar e proteger, pois o homem só pode ser verdadeiramente um ser humano quando tem um lar, uma casa.

Nesse sentido, a desinstitucionalização e a efetiva (re)inserção das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade, por meio de moradias, são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. A implementação e o funcionamento de SRT surgem neste contexto como componentes decisivos da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospício (BRASIL, 2005).

Os SRT ou Residências Terapêuticas têm como foco central a (re)inserção social e o morar. O morar é uma experiência fundamental para o ser humano, relaciona-se com a possibilidade de um elo consistente com o ambiente ou com uma pessoa que estabelece o acolhimento, o suporte. A moradia favorece a construção de laços sociais e familiares (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Os dispositivos de moradia apresentam duas dimensões importantes: o morar a casa e o “morar” o serviço. Dessa forma, o morador experimenta uma dupla inserção, sendo usuário de um serviço, comumente o CAPS, que recebe os devidos cuidados, e, ao mesmo tempo, um sujeito que na casa deve imprimir significados a essa nova experiência e ser um morador da casa e da cidade (WEILER; FERNANDES, 2005).

De acordo com esses autores, corre-se o risco de a moradia se consubstanciar como um lugar onde o dia-a-dia, os ritmos e parte das ações necessárias para a

manutenção do seu funcionamento sejam construídos com pouca participação dos usuários/moradores. Os profissionais ao invés de possibilitarem que a casa funcione de acordo com os ritmos, os hábitos, os tempos, os desejos, as necessidades do usuário/morador, podem fazer com que ela funcione de acordo com os seus interesses.

No tocante aos SRT (masculino e feminino) do município de Cajazeiras – PB foram criados respectivamente em 2 de Abril de e 3 de junho de 2013, sendo coordenados por duas enfermeiras e funcionam 24 horas. Constituem-se em espaços físicos pequenos, comportam no máximo seis moradores, acomodados na proporção de até três moradores por dormitório, devidamente equipados com cama e armário. Possuem também sala de estar com mobiliário adequado e televisão, copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com equipamentos como geladeira, armários, mesas, etc, estando, portanto, de acordo com as recomendações da Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Cada serviço atualmente dispõe de 13 profissionais: um técnico em enfermagem e uma assistente social (que atendem os dois SRT), uma enfermeira, um assistente administrativo, duas cozinheiras, dois auxiliares de serviços gerais, dois vigilantes e três AT, sendo que os cuidadores que trabalham à noite o fazem em esquema de plantão - trabalha um dia e folga dois, entra às 15:00h e sai às 7:30h do dia seguinte.

A partir dessa composição da equipe, questiona-se: há necessidade desse grande número de profissionais nessas Residências Terapêuticas?

Atualmente os SRT têm, respectivamente, dois moradores, ou seja, dois homens e duas mulheres, numa faixa etária de 39 a 51 anos. Todos considerados “portadores de transtornos mentais graves” e com histórias de internações psiquiátricas . Esse grupo de moradores é atendido diariamente pelo CAPS II. A maioria não dispunha de documentos como carteira de identidade, CPF, entre outros.

Vale questionar: Os SRT do município de Cajazeiras desenvolvem um trabalho que favorece a construção da autonomia do usuário/morador? Os usuários/moradores estão sendo estimulados a participar de atividades de socialização? Essas atividades de socialização favorecem a inserção social dos usuários/moradores? Como cuidar pra garantir a construção da vida livre desses sujeitos e não para cerceá-los?

A partir da observação realizada percebeu-se que os usuários/moradores dos SRT de Cajazeiras passam a maior parte do tempo no CAPS: tomam café da manhã, fazem uso da medicação, participam das oficinas e terapias oferecidas, almoçam, descansam e somente retornam à residência às 15:30min. Observou-se também que a enfermeira do SRT feminino às vezes vai até o CAPS e faz uma caminhada com uma

das usuárias/moradoras dentro do próprio serviço. Na verdade em nenhum momento observou-se os AT ou outro profissional do serviço em circulação com os moradores pelos espaços da cidade. Essa constatação talvez decorra do fato de que essas observações realizadas pela pesquisadora foram em um exíguo espaço de tempo, apenas duas semanas, portanto, não sendo possível fazer uma inferência mais incisiva com relação à circulação dos cuidadores com os moradores dos SRT pelos espaços da cidade.

Além disso, no cotidiano dos serviços os usuários/moradores são pouco estimulados pelos profissionais para o desenvolvimento das atividades de vida diária como cuidar da limpeza da casa, lavar, passar, ir à missa. Isso compromete a construção da reabilitação e da autonomia dos moradores.

Sendo assim, os SRT do município de Cajazeiras, de certa maneira, vai de encontro aos princípios norteadoras da Reforma Psiquiátrica quando propõe que esses dispositivos de moradia devem se constituir como espaços de inclusão social, de resgate da autonomia perdida pela tutela do hospital e pelo afastamento do contexto familiar, por meio da convivência com outros moradores, AT, técnicos de referência e comunidade. Isso possibilita agenciamento de experiências subjetivas, como também o processo de reaprendizagem na realização de atividades de vida diária (SILVA; AZEVEDO, 2011).

Ainda de acordo com estes autores esse (re)aprendizado é considerado fundamental para a (re)socialização do morador no contexto social. Os moradores devem ser estimulados e orientados para realização do autocuidado, de compras e na administração do próprio dinheiro, exigindo dos profissionais a realização de atividades que ultrapassam sua formação profissional.

Entende-se que o trabalho desenvolvido nos SRT de Cajazeiras devem se pautar, em outra perspectiva, fundamentalmente, em proporcionar instrumental ao morador para que obtenha uma leitura crítica e operativa da realidade, ou seja, estabeleça uma relação mutuamente modificadora com o meio social. Isto é possível, na medida em que, no bojo das propostas das residências terapêuticas introduzem-se múltiplas atividades de socialização que orientadas criticamente para a realidade de nosso meio, favoreçam a maior vinculação dos moradores com a comunidade e com os elementos constituintes de sua cultura (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2010; YASUI, 2010).

A rigor, as práticas e os saberes que se estabelecem no interior de um serviço estão permeados por uma luta incessante entre o velho e o novo, o permanente e o transitório, a ordem e a “desordem”, sendo, portanto, no domínio da vida social, o ponto

de encontro de relações contraditórias e complexas (MORIN, 2001).

Pode-se afirmar que os SRT, objeto deste estudo, caminham numa linha tênue entre a repetição da lógica manicomial e a forma não excludente de cuidar do usuário/morador.

5.2 HISTÓRIAS DE VIDA: PERDAS, (DES)CONSTRUÇÃO, (RE)CONSTRUÇÃO

5.2.1 HISTÓRIA DE VIDA I

As histórias de vida a seguir foram construídas a partir de dados obtidos no prontuário dos usuários, entrevistas realizadas com as coordenadoras do CAPS e dos SRT masculino e feminino de Cajazeiras, bem como com os usuários/moradores desses serviços.

Atualmente, os SRT masculino e feminino, do município de Cajazeiras – PB têm quatro moradores, sendo dois do sexo feminino e dois do masculino.

A seguir serão relatadas as histórias de vida dos moradores.

M.S.D., portadora do transtorno mental F21, tem 50 anos, solteira, não alfabetizada. Órfã de pai e mãe, tem três irmãos, dois residem em São Paulo e uma irmã em Cajazeiras. Atualmente é moradora do SRT feminino. Morava com sua irmã, seu cunhado e dois sobrinhos. Já esteve internada algumas vezes em Hospitais Psiquiátricos.

No dia 13 de Abril de 2013 M.S.D foi encontrada em uma calçada em frente ao CAPS II, portando em mãos alguns de seus documentos pessoais, exceto o CPF. Quando indagada relatou que foi expulsa de casa.

Em 15 de abril do mesmo ano, a assistente social realizou visita a casa da irmã de M.S.D, procurando saber o real motivo de encontrá-la sozinha na rua. Na ocasião a irmã relatou que M.S.D. pegou seus documentos e foi embora. Mostrou-se todo tempo indiferente e não esboçou nenhuma preocupação com a situação de M.S.D. e pediu que a assistente social procurasse um local para abrigar sua irmã, pois não permitia que ela voltasse a morar em sua casa.

Em seguida a coordenadora do CAPS II juntamente com Assistente Social foram até a promotoria relatar o caso. Ao tomar ciência da problemática de M.S.D., o Promotor de Justiça determinou que a mesma ficasse no SRT. Naquele momento só existia no município de Cajazeiras o SRT masculino, sendo a usuária conduzida para lá. Foi providenciada toda a documentação de M.S.D. para dar entrada na curatela.

Com a implantação do SRT Feminino, em 3 de Junho de 2013, M.S.D. foi transferida para o referido serviço, ficando assim sobre a responsabilidade da enfermeira/coordenadora dessa instituição.

Em 29 de agosto do corrente ano, a assistente social juntamente com a coordenadora do SRT feminino realizou uma nova visita a casa da irmã de M.S.D. Na ocasião a mesma deu a sua versão sobre o real motivo de M.S.D ter saído de casa e ido morar na rua. Segundo ela M.S.D. sempre apresentou problema de comportamento, principalmente, a partir da adolescência, não obedecia à mãe e nem tão pouco aos irmãos. Viajava constantemente com os caminhoneiros para diversos estados do país. Após a morte da genitora, M.S.D. foi morar com ela, ficando apenas cinco meses, a convivência com a irmã se reflete na fala seguinte:

“Ela era muito trabalhosa, não cuidava de sua própria higiene pessoal e não me ajudava nas tarefas domésticas. Isso com o decorrer do tempo foi me irritando e achei melhor que ela fosse embora, pois estava atrapalhando minha família, pois sou casada e tenho dois filhos e faço uso de medicamentos controlados também”(Prontuário da usuária).

A irmã de M.S.D. relatou também que a levou para o Hospital Psiquiátrico de Cajazeiras, ficando internada por um determinado tempo, posteriormente, foi encaminhada para tratamento no CAPS II.

Por último, relatou não ter condições emocionais de cuidar de M.S.D., pois sofre de “uma forte depressão, por isso não aceita mais a irmã em sua casa”. Acrescentou ainda que seus “dois irmãos não querem também cuidar da irmã, pois sabem que ela apresenta muitos problemas”.

Sendo assim, M.S.D. passou a ser moradora do SRT Feminino. Em muitas ocasiões a mesma falou “não sou nada, tô morta, não presto pra nada”. Já tentou fugir várias vezes do CAPS.

Em relação ao SRT, M.S.D. relata:

“Eu sou muito satisfeita com essa nova casa, aqui é muito bom e o povo que cuida de mim é todos ótimos demais, eu gosto muito daqui, de manhã eu vou pro CAPS e depois venho pra casa, tomo banho e assisto televisão, fico me balançando na cadeira e depois vou dormir”.

A partir da observação realizada no SRT feminino constatou-se que M.S.D. é pouco estimulada pelos profissionais a realizar algumas atividades de vida diária

importantes como lavar, passar a roupa e cuidar da limpeza da casa, permanecendo a maior parte do tempo no CAPS II.

Percebe-se, por um lado, que a usuária/moradora do SRT tem uma moradia adequada, foi estabelecido um vínculo, por outro, falta um investimento efetivo por parte dos profissionais dos SRT para que a moradora/usuária possa ter autonomia, melhor qualidade de vida e potência de vida “alegre”. O objetivo da (re)inserção social é possibilitar “novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 2006).

5.2.2 HISTÓRIA DE VIDA II

M. R. C., portadora do transtorno mental F20.1 F71.1?, 51 anos, solteira, órfã de pai e mãe, cinco irmãos, todos apresentam transtornos mentais. É natural de Bonito de Santa Fé – PB. Atualmente é moradora dos SRT feminino. A mesma foi internada no Complexo Hospitalar Juliano Moreira (CHJM) aos 14 anos de idade e só saiu aos 51 anos, onde viveu lá durante 37 anos de sua vida.

Foi realizada uma visita aos familiares de M.R.C. pelas coordenadoras do CAPS II e do SRT Masculino e um cuidador desse último serviço, sendo constatado que os familiares não têm suporte nenhum para cuidar da mesma, pois todos os irmãos da usuária sofrem de transtornos mentais.

Em seguida a coordenadora do CAPS II juntamente com assistente social foram até a promotoria relatar o caso. Ao tomar ciência da problemática de M.R.C., o Promotor de Justiça determinou que a mesma ficasse no SRT. Naquele momento só existia no município de Cajazeiras o SRT masculino, sendo a usuária conduzida para lá. Foi solicitada toda a documentação da mesma para a curatela, visto que ela chegou até o SRT sem portar nenhum documento. Até o presente momento ainda não foi solucionado o problema.

Com a implantação do SRT Feminino, em 03 de Junho de 2013, M.R.C. foi transferida do CHJM para o referido serviço, ficando assim sob a responsabilidade da enfermeira/coordenadora dessa instituição. Isso foi ocasionado pelo fato de M.R.C. ser natural de Bonito de Santa Fé, município pertencente à macrorregião de Cajazeiras. Ao tomar conhecimento da abertura do SRT a equipe do CHJM encaminhou a referida usuária para o SRT.

M.R.C. ao chegar ao SRT e ao CAPSII, desde o início, apresentou comportamento estereotipado como: permanecer deitada no canto da parede ou andar

sem parar em forma de círculo, andar e ao mesmo tempo fazer movimentos grotescos com a boca, comer papel ou outro objeto não comestível, gritar principalmente quando alguém faz um toque nela. Além disso, apresentava comportamento agressivo e vazio de propósito, dificultando o estabelecimento de relações interpessoais e de participação nas oficinas e atividades terapêuticas do CAPS II.

No modelo manicomial do qual M.R.C. é oriunda, a loucura encontra-se proibida de se expressar em linguagem e ação: o paciente é antes de tudo, um doente sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, do poder do médico, que o afastou e o excluiu da sociedade. Esse modelo, tal como na “tecnologia pineliana”, lida com o objeto e não com o sujeito, constroi, portanto, uma série de categorias jurídicas e morais, fundadas em noções como o de periculosidade e irresponsabilidade do doente (BASAGLIA, 1985).

Pode-se afirmar que esse modelo psiquiátrico ainda prevalece nas ações de cuidado de muitos serviços, os quais apenas se nomeiam como CAPS, ao invés de produzir novas subjetividades, sociabilidades, são espaços de sujeição, de produção de subjetividades enquadradas, conformadas e bem-comportadas. “Produção de afetos tristes. Renúncia à potencialidade criativa, ao desejo, à autonomia (YASUI, 2010).

Observa-se que M.R.C. tem apresentado uma melhora nas relações interpessoais com os usuários e os profissionais. Quando chegou ao CAPS e ao SRT pouco se comunicava. Hoje, quando as pessoas se dirigem a ela, a mesma responde ao cumprimento com um bom dia e diz o seu nome completo. Em duas festas realizadas no CAPS II, quando do encerramento das práticas das disciplinas Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, do curso de graduação em Enfermagem da UFCG, nos dias 18 e 24 de setembro de 2013, a usuária/moradora dançou, riu, brincou e lanchou.

Entende-se que é necessário um grande investimento por parte da equipe do CAPS e do SRT para que M.R.C. consiga aos poucos desconstruir esse comportamento estereotipado. Quanto mais grave for o usuário, maior deve ser o investimento por parte da equipe, por meio de acolhimento, escuta, estímulos a desenvolver atividades de vida diária, ações que potencializem a subjetividade, a autoestima, a autonomia e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação (AMARANTE, 2006; YASSUI, 2010).

5.2.3 HISTÓRIA DE VIDA III

F.A.F.S., portador do transtorno mental F10 e F32.3, 39 anos, alfabetizado, casado por duas vezes, no momento, encontra-se separado. Pai de quatro filhos residentes em Brasília com suas respectivas mães. Atualmente é morador do SRT masculino. O mesmo morava em Brasília com sua esposa e seus dois filhos e veio a Cajazeiras a passeio para rever seus pais e suas irmãs.

Após uma denúncia feita pelo psicólogo do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) relatando que o atual morador do referido serviço estava residindo em um local insalubre, sem as mínimas condições de higiene, a equipe do SRT masculino juntamente com a equipe do NASF e do CAPS II foi realizar uma visita, procurando saber o real motivo de o morador residir naquele local, já que o mesmo estava vivendo em condições subumanas.

No dia 25 de Abril do corrente ano foi realizada uma visita domiciliária pelas equipes citadas anteriormente, encontrando o usuário F.A.F.S. em uma casa de cômodo pequeno, deitado em uma rede, sem higiene adequada e sem alimentar-se há cinco dias, com um copo de bebida alcoólica debaixo da rede. O mesmo encontrava-se em prantos, demonstrando ter medo de ser agredido e preso. O pequeno cômodo de aluguel no qual se encontrava F.A.F.S. era de uma senhora que tinha um bar e posse do cartão de benefício do usuário, a qual vendia constantemente bebida para o mesmo. O usuário relata que:

“Eu vim pra Cajazeiras visitar meus pais e minhas irmãs, mas aí como eu bebia muito e aí minha doença se agravou e eu fiquei por aqui e minha esposa me deixou, aí arrumei esse quartinho pra ficar morando”.

“Antes de ficar doente eu trabalhava de vigilante numa empresa privada lá em Brasília, aí comecei a sentir umas crises e fui afastado do trabalho para me cuidar, e aí tive que ficar recebendo um auxílio de doença e foi minha esposa quem deu entrada e logo, logo já comecei a receber”.

De acordo com a coordenadora do SRT masculino:

“No dia do pagamento do benefício, eu vou com o usuário para o banco para que ele possa retirar o dinheiro, bem como depositar a pensão dos filhos, aí depois passamos na rua, caso ele queira comprar alguma coisa o fazemos e retornamos ao SRT”.

A partir da observação realizada no SRT masculino e em diálogo com a coordenadora do serviço foi possível perceber que F.A.F.S. é estimulado pelos profissionais a realizar algumas atividades importantes de vida diária, como cuidar da limpeza corporal, realizar movimentos bancários (saques e depósitos da pensão dos

filhos). Além disso, faz passeios pelos espaços da cidade, porém permanece ainda a maior parte do tempo no CAPS II.

5.2.4 HISTÓRIA DE VIDA IV

V.G.V., com diagnóstico F10 + F72.1, 39 anos, solteiro, não alfabetizado. Órfão de mãe, tem dois irmãos, uma reside em São Paulo, com o pai e o outro irmão reside em Cajazeiras, na casa de uma prima. O seu irmão residente em Cajazeiras foi usuário do CAPS por um tempo, posteriormente, abandonou o tratamento. Atualmente V.G.V. é morador do SRT masculino. O mesmo morava com seu pai. Já fez acompanhamento no CAPS II por algum tempo, mas depois abandonou o tratamento.

O usuário afirma:

“Eu bebo e tem um irmão que ele é muito ruim e bebe, bebe muito e lá em casa num tinha geladeira, aí ele botava eu pra ir pedir água gelada na casa dos vizinho”.

A coordenadora do CAPS II salienta que as informações que constam no prontuário de V.G.V. foram obtidas de uma senhora, ex-vizinha do referido usuário, quando ele morava com seu pai.

No prontuário constam as seguintes informações:

“Ele tem uma irmã que mora em São Paulo e aí ela veio esses dias aqui e vendeu a casa e levou o pai dela para morar com ela lá e agora V.G.V. vive aí largado nas ruas, sem ter onde morar, eu que dou uma comidinha a ele”.

A coordenadora do SRT masculino destaca:

“Então a gente sabendo disso, acolhi ele lá na RT masculina e hoje ele vive morando lá com a gente”.

Essas histórias de vida de usuários/moradores dos SRTs relatadas são histórias marcadas por sofrimento, fragilidades, necessidades, estigmas, perdas de (amores, trabalho, moradia, lazer, estudo, dignidade).

Questiona-se: É possível a construção de novas histórias de vida para esses usuários moradores, permeadas pela liberdade e autonomia? O que é necessário fazer para que esses usuários/moradores consigam melhorar a sua qualidade de vida e aumentar a sua autonomia?

De acordo com Oliveira (2002), Amarante (2007) e Yasui (2010) é possível a construção de novas histórias de vida para usuários em sofrimento psíquico, desde que os serviços de atenção psicossocial sejam espaços flexíveis, de acolhimento, de responsabilização, de sociabilidade, lidem com os sujeitos e não com a doença, desenvolvam o máximo suas habilidades em atuar no território. O serviço pode ser

considerado tanto mais de base territorial, quanto mais seja capaz de desenvolver diálogos, relações com os vários recursos existentes na comunidade.

A partir dessa pesquisa percebe-se que os moradores/usuários avançaram em relação à apropriação do espaço, pois ao chegarem à residência o comportamento era, sobretudo, institucionalizado, nos moldes do manicômio. Hoje já estabelecem trocas sociais, interagem com os profissionais e os demais usuários/moradores e alguns circulam pelos espaços da cidade.

A implantação de um SRT é um desafio para todos os envolvidos. Portanto, é necessário não esquecer e reconhecer que somos atores de uma prática social que tem a potencialidade, por meio dos encontros que estabelecemos no cotidiano dos dispositivos de atenção, de produzir processos de subjetivação e um modo mais autônomo de viver, de fazer a diferença. É um processo em um movimento permanente de desconstrução/reconstrução. Desconstruir conceitos e categorias, inventar novas possibilidades de compreender/lidar com o usuário e construir novas histórias de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs-se a investigar a dinâmica de funcionamento dos SRT do município de Cajazeiras – PB e a autonomia que os usuário/moradores estão adquirindo a partir do morar nesses serviços, bem como suas histórias de vida.

Sabe-se que a implantação e a dinâmica de funcionamento de SRT são atravessadas por diferentes forças que escapam da lógica dos serviços de saúde como um todo, constituindo-se um desafio para o processo de Reforma Psiquiátrica e os atores sociais envolvidos (usuários/moradores, profissionais, gestores). É preciso ser trabalhado com os moradores/usuários, no cotidiano e fora das residências, questões referentes ao vínculo, a responsabilização, a realização de atividades de vida diária, como: cuidar da higiene pessoal e da limpeza da casa; reaprender a passar, a lavar roupa, a fazer compras, a ir à missa ou a um culto religioso; e aprender a administrar os próprios recursos financeiros. Isso é ainda pouco realizado pelos profissionais nos SRT objeto desta discussão.

Os SRT, do ponto de vista de um trabalho de re(inserção) do sujeito com sofrimento psíquico, não se constituem em projetos “perfeitos”, “acabados”, “definitivos”. Eles sofrem as limitações e as contradições mais amplas e específicas do campo da saúde mental, dos interesses circunscritos da sociedade e das “questões consagradas” desse momento histórico. Eles devem se inserir historicamente enquanto células simbólicas, sempre abertos ao processo de mudança, de transformação, de maneira que os possibilitem avançar “para fora”, ou seja, desenvolvam atividades nos espaços públicos da cidade, possibilitando a desinstitucionalização, a autonomia e a construção de novas histórias de vida. Portanto, só é possível conceituá-los levando-se em consideração todas as contradições que os permeiam, especialmente, a falta de capacitação dos profissionais para atuarem no campo da saúde mental.

As trajetórias seguidas pelos SRT são uma das vias possíveis, porém tímidas para a construção da Reforma Psiquiátrica, da autonomia, da re(inserção) social e de novas histórias de vida de pessoas que foram excluídas e estigmatizadas socialmente. Outros caminhos, necessariamente deverão ser construídos, como a educação permanente e continuada para os trabalhadores dos SRT desse município. Os SRT constituem-se desafios em busca de novos caminhos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NOCAM, F. (orgs). **Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates**. São Paulo: Zagodoni, 2012.

AMORIM, A. A. K. M.; DIMENSTEIN, M. Implicação e prudência na pesquisa em saúde mental: cartografias do serviço residencial terapêutico. IN: **Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação em fazer pesquisa em psicologia**. Natal, RN. Editora da UFRN. 2009. p. 191-217.

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

BAPTISTA, L. A. **Dispositivos residenciais e máquinas de morar**. IN: CERREZZO Jaco –Vilela, A. M e H. C Rodrigues.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. 3 ed. São Paulo: Brasil Debates, 1985. p.158.

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa**. Terceira edição. São Paulo: Hucitec, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2004.

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.

COSTA, S. F.; VALLE, G. **Metodologia da pesquisa: Coletânea de termos**. João Pessoa: Ideia, 2000.

DESVIAT, B. D. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1999.

Disponível em

<http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CA P%2010_FRANCISCA%20BEZERRA_E MARIA%20LUCINETE.pdf>

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa em qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 2007.

MORIN, E. **A religião dos saberes**. O desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2001.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: Editora Univeristária/UFPB, 2002.

OLIVEIRA, F. B. de. et al. **Saúde mental no contexto da saúde da família**. In: OLIVEIRA, F. B. de; LIMA JÚNIOR, J. F.; MOREIRA, M. R. C. **Resgatando saberes e ressignificando práticas: interfaces no campo da saúde coletiva**. 1 ed. Campina Grande, PB: EdUFCG, 2012. p. 81-97.

OLIVEIRA, F. B. de; FORTUNATO, M. L. **Reabilitação psicossocial na perspectiva da Reforma Psiquiátrica**. Vivência, EDUFRN, nº 32, 2007.

OLIVEIRA, F. B. de; FORTUNATO, M. L.; DANTAS, R. M. **Residência terapêutica: um espaço de inclusão social**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 34, n.86, p. 566-575, jul./set., 2010.

PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

RESOLUÇÃO 466/2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 de julho de 2013.

WEYLER, A. R. FERNANDES, N. I. A. **Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos**. São Paulo. Vínculo v.2, n.2, p. 80-88, 2005.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ANEXOS

ANEXO III**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAUDE**

Ao COORDENADOR DA RESIDÊNCIA TERAPEUTICA
FEMININA E MASCULINA

Encaminhamos o (a) pesquisador (a) FLAVIANA DÁVILA DE SOUSA SOARES, para a realização de coleta de dados da pesquisa intitulada "O PAPEL DOS CUIDADORES EM SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS". Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas neste serviço, subscrevo-me.

Cajazeiras, 08 de Agosto de 2013

Atenciosamente,

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola/Programa Saúde na Escola
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAUDE

ANEXO II – TERMO DE ANUÊNCIA**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE EDUCACAO EM SAUDE****TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “O PAPEL DOS CUIDADORES EM SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.”, a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador (a) FLAVIANA DÁVILA DE SOUSA SOARES, sob orientação de Dra FRANCISCA BEZERRA DE OLIVEIRA está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outros sim informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola/Programa Saúde na Escola

DEPARTAMENTO DE EDUCACAO EM SAUDE

APÊNDICES



APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Sexo: M () F ()

Escolaridade: _____

Estado civil: Casado () Solteiro () União estável () Viúvo ()

Tempo de serviço: _____

Tipo de Vínculo:

() Concursado () Prestador de Serviço

Experiência Profissional na Área: _____

II QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como é a dinâmica de funcionamento deste serviço?
2. Os SRT possibilitam a autonomia dos moradores que neles moram?
3. Como se dão as histórias de vida dos moradores desses dispositivos?



APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O papel dos cuidadores em serviços residenciais terapêuticos

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário em uma pesquisa que avalia os aspectos emocionais de professores federais no período de transição para a aposentadoria. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

1. Qual o objetivo desta pesquisa?

Conhecer as práticas de cuidadores profissionais de serviços residenciais terapêuticos.

2. Quais os critérios para participar?

Você deve ter idade superior à 18 anos de idade e ser trabalhador do SRT do município de Cajazeiras-PB.

3. O que acontecerá neste estudo?

A avaliação citada acima será realizada através da aplicação de questionários auto-aplicáveis com duração aproximada de 20 minutos. O mesmo será entregue a você e, depois de respondido, deverá ser devolvido e lacrado em um envelope, sem identificação.

4. Quais as implicações em participar deste estudo?

Este Projeto não oferece qualquer tipo de risco para os participantes. A sua colaboração neste estudo poderá proporcionar, no âmbito pessoal e no âmbito coletivo, a compreensão dos aspectos emocionais e sociais,

5. Quais os inconvenientes em participar deste estudo?

Este projeto não acarretará gastos para você, nem haverá qualquer tipo de benefício financeiro para que você participe dele. Os Pesquisadores envolvidos também não serão remunerados.

6. Quais as garantias ao participar deste Estudo?

Suas informações serão tratadas confidencialmente e o consentimento, contendo seu nome, será arquivado independente do questionário. Os resultados poderão ser publicados, mas você não será identificado por nome.

7. Esclarecimentos.

Em caso de dúvidas você pode falar com a pesquisadora: Francisca Bezerra de Oliveira, pelo telefone (088) 97334447. Se houver dúvidas quanto aos seus direitos como participante contate o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC, Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.

CONSENTIMENTO

Eu _____ (nome completo) _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo Pesquisador sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante