

A VIDA FORA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE MORADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

LIFE OUTSIDE THE PSYCHIATRIC HOSPITAL: SOCIAL PARTICIPATION OF RESIDENTS OF A THERAPEUTIC RESIDENTIAL SERVICE

LA VIDA FUERA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LOS RESIDENTES DE UN SERVICIO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO

Rafael Lippi Nicodemos da Silva ¹

Erika Renata Trevisan ²

Como Citar:

Silva RLN; Trevisan ER. A Vida Fora do Hospital Psiquiátrico: Participação Social de Moradores de um Serviço Residencial Terapêutico. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Saúde Mental; Política de Saúde; Desinstitucionalização; Serviços de Saúde Mental; Participação social.

Descriptors:

Mental Health; Health Policy; Deinstitutionalization; Mental Health Services; Social Participation.

Descriptores:

Salud Mental; Política de Salud; Desinstitucionalización; Servicios de Salud Mental; Participación Social.

Submetido:

19/09/2023

Aprovado:

09/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Erika Renata Trevisan
E-mail: erika.trevisan@uftm.edu.br

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar a participação social dos moradores de um Serviço Residencial Terapêutico em saúde mental. Com abordagem qualitativa, a coleta dos dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi de conteúdo temática e foram definidas três categorias: (1) a construção do habitar; (2) as histórias de vida e os desejos e (3) participação social. Os resultados apontaram que a política pública de desinstitucionalização e os Serviços Residenciais Terapêuticos são importantes estratégias que contribuem para o resgate das individualidades dos moradores, a possibilidade que eles sejam protagonistas de suas histórias e expressem sua subjetividade com autonomia e independência; a construção coletiva do habitar e a participação social dos moradores. Conclui-se que a participação social dessa população é percebida com a transformação do cuidado e na apropriação dos espaços públicos no território, entretanto ainda há necessidade de ampliar as relações para além da Rede de Atenção Psicossocial.

1. Discente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: rafaellippi.to@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5698-4045>

2. Docente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: erika.trevisan@uftm.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3015-1630>

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the social participation of residents of a Therapeutic Residential Service in mental health. Using a qualitative approach, data was collected through semi-structured interviews. The data was analyzed using thematic content and three categories were defined: (1) the construction of living; (2) life stories and desires and (3) social participation. The results showed that the public policy of deinstitutionalization and the Therapeutic Residential Services are important strategies that contribute to the recovery of the residents' individuality, the possibility for them to be the protagonists of their stories and express their subjectivity with autonomy and independence; the collective construction of the dwelling and the social participation of the residents. The conclusion is that the social participation of this population can be seen in the transformation of care and in the appropriation of public spaces in the territory, although there is still a need to expand relations beyond the Psychosocial Care Network.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue investigar la participación social de los residentes de un Servicio Residencial Terapéutico en salud mental. Con un enfoque cualitativo, la recopilación de datos se realizó mediante entrevistas semi-estructuradas. El análisis de los datos se dio mediante contenido temático y se definieron tres categorías: (1) la construcción del habitar; (2) las historias de vida y deseos y (3) la participación social. Los resultados indicaron que la política pública de desinstitutionalización y los Servicios Residenciales Terapéuticos son estrategias importantes que contribuyen a la recuperación de la individualidad de los residentes, a la posibilidad de que sean protagonistas de sus propias historias y expresen su subjetividad con autonomía e independencia; a la construcción colectiva de la habitar y a la participación social de los residentes. Se concluye es que la participación social de esta población se puede ver en la transformación de la atención y en la apropiación de los espacios públicos en el territorio; sin embargo, aún es necesario ampliar las relaciones más allá de la Red de Atención Psicosocial.

INTRODUÇÃO

As políticas atuais de saúde mental desenvolvidas no SUS são resultantes do movimento da reforma psiquiátrica e têm uma relação direta com o movimento da reforma sanitária que surgiu em meados da década de 1970 e constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização do país¹. Um dos marcos legais dessas transformações foi a promulgação da Lei 10.216/01, que propõe a mudança da assistência para um modelo que privilegie o tratamento em saúde mental nos serviços abertos de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico².

Esse processo sociopolítico viabilizou diferentes e intensas transformações na atenção à saúde mental nas últimas décadas. A consolidação de mudanças significativas na forma de tratar e entender os transtornos mentais, não mais no contexto manicomial, mas com o cuidado disponível nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e na superação do modelo psiquiátrico, pautado na exclusão social, na violência e na cronificação do sujeito³.

A superação do modelo manicomial vai além da saída do hospital psiquiátrico, a proposta de

desinstitucionalização exige mudanças nas formas de entender e tratar a loucura, requer o cuidado de saúde na comunidade, de modo a entender o sujeito, não apenas pelo seu diagnóstico, mas pelas suas demandas e peculiaridades, relacionadas aos direitos à moradia, ao trabalho, à participação social, ao lazer, às relações afetivas, entre outros aspectos fundamentais à vida.

Uma das estratégias de desinstitucionalização das pessoas que estavam nos hospitais psiquiátricos, sem referência social de saída, foi a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), assim como os demais serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visam superar a lógica manicomial, pautada na exclusão social, na violência e na cronificação do sujeito.

Os SRT são novas formas de habitar e viver as cidades, são estratégias ou dispositivos que permitem maior porosidade ao tecido urbano. É preciso que se pense na relação da sociedade com a loucura sem ignorar a diferença existente entre os sujeitos, mas valorizando a subjetividade e a potencialidade dos encontros, lutando contra a discriminação e pela heterogeneidade de cada ser, construindo redes de acolhimento e apoio, nas quais o diálogo e o convívio com a diversidade ganhem espaço^{4,5}.

Os SRT têm relação íntima com o resgate da

autonomia, o poder de contratualidade, a capacidade de realizar trocas, nas relações afetivas sociais e produtivas. Essa construção, entrelaçada em meio às vivências possibilitadas pelas incursões pelo território, abre espaço à inserção do indivíduo nos mais variados contextos de vida. A rotina manicomial que oferecia limitações de espaço e da individualidade se transforma em possibilidades de sair do seu mundo interior, conviver com pessoas, trocar experiências, aprender com o outro e com o mundo que o cerca e, sobretudo, ser reconhecido pelos vizinhos, colegas e ter legitimados seus direitos⁶.

Esse envolvimento das pessoas em grupos sociais e/ou nos espaços públicos e comunitários, segundo Silva e Oliver (2019), é o conceito de participação social entendido como a transformação do cotidiano e das condições de vida que foram marcados pelo adoecimento, violência, sofrimento mental e/ou psíquico, injustiça social e ocupacional, desigualdade, preconceitos, exclusão e opressão. Essa definição do campo da sociologia e da terapia ocupacional pode ser compreendida como uma prática política e emancipatória, que acontece nos contextos sociais, políticos, econômicos e culturais, e também nos níveis micro e macrosociais⁷.

Nesse sentido, essa pesquisa teve como objetivo investigar a participação social dos moradores de um SRT em saúde mental.

METODOLOGIA

A pesquisa teve abordagem qualitativa, foi realizada em um SRT do tipo II de um município na região do triângulo mineiro, em funcionamento há cinco anos e cinco meses. Foram convidados para participarem da pesquisa todos os dez moradores dessa casa. Essa pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) n. CAAE: 64327922.5.0000.5154.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada que abordou as seguintes informações: idade, estado civil, profissão, religião, local de nascimento, procedência, há quanto tempo mora no SRT, se possui familiares e recebe visitas, relações afetivas e sociais dentro e fora da casa e a independência nas Atividades de Vida Diária (AVD).

A residência tem uma boa estrutura física, com seis quartos, e os moradores foram divididos nos cômodos por afinidades, sala ampla com sofás e televisão, duas garagens, quatro banheiros, closet,

banheira de hidromassagem, cozinha e copa amplas, varanda com churrasqueira, pia e fogão com uma grande mesa, o que proporciona um espaço de socialização durante as refeições e momentos de convivência, jardim amplo com árvores frutíferas e outras plantas ornamentais que são mantidas pelos moradores com apoio dos cuidadores.

Os pesquisadores fizeram uma primeira visita para explicar e solicitar a permissão para a realização da pesquisa, a casa foi apresentada pelos próprios moradores e coordenador do SRT e ao final, todos sentaram-se à mesa e conversaram sobre os objetivos da pesquisa e a importância da participação deles. Foi garantido pelos pesquisadores o sigilo das informações, o anonimato e o não prejuízo de qualquer espécie para os moradores que decidiram participar da pesquisa. No segundo encontro, foi dado início à coleta dos dados por meio da entrevista. Antes de iniciar cada entrevista, era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada morador e, quando havia a concordância em participar, eram assinados, um pelos entrevistados e outro pelo coordenador da casa. Seis moradores desejaram participar da pesquisa.

As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Cada morador foi identificado por um código – Participante 1 (P1) até P6. Para a análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo temático, a partir da transcrição, seguido de uma leitura flutuante para que fosse feita a comparação da distribuição dos dados em unidades de sentidos, que permitiram a categorização e domínio de ideias. Posteriormente, realizou-se a releitura, em seguida iniciou-se a codificação, categorização e a inferência, respectivamente, sendo a última a interpretação dos resultados e elaboração da discussão dos resultados⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa seis moradores apresentados na Tabela 1, segundo o sexo, idade, tempo de moradia na residência, se recebe ou não visitas, a escolaridade, se tem ou não desejo de trabalhar, se possuem algum tipo de dependência para realização das AVD, considerando Totalmente Independente (TI) se o morador realiza todas AVD sem nenhum auxílio; Dependência Mínima (DM) se há necessidade de algum auxílio, como comandos verbais e Moderada (M) se refere à assistência parcial para realizar alguma atividade específica. Quando o

morador não conseguir informar será utilizado a sigla NSI (Não Sabe Informar).

Tabela 1. Caracterização dos moradores participantes da pesquisa.

Participante	Sexo	Idade	Tempo no SRT	Recebe visitas	Escolaridade	AVD	Desejo de trabalhar
P1	Feminino	59	5 anos e 5 meses	sim	Não sabe informar (NSI)	M	Não
P2	Feminino	43	7 meses	Não	Médio completo	TI	Sim
P3	Masculino	58	5 anos e 5 meses	Sim	Fundamental incompleto	TI	Não
P4	Masculino	35	5 anos e 5 meses	Não	Fundamental incompleto	TI	Sim
P5	Feminino	37	5 anos e 5 meses	Não	Médio completo	TI	Sim
P6	Feminino	NSI	2 anos e 10 meses	Não	Analfabeta	DM	Sim

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

O perfil sociodemográfico dos moradores da SRT que participaram da pesquisa demonstrou que eles têm entre 35 e 59 anos, a maioria é do sexo feminino (4/6) e está no SRT desde o início, destes apenas dois recebem visitas de familiares. Quanto ao grau de escolarização, dois relatam ter ensino médio completo; dois tem ensino fundamental incompleto; uma não foi alfabetizada e uma não soube responder. Quanto ao nível de assistência foi observado que quatro são totalmente independentes para realização das suas AVD, um apresenta dependência mínima e outra moderada. Quatro participantes relataram que tinham vontade de trabalhar, enquanto dois não possuem nenhuma vontade, e dentre os que tem interesse, uma tem um trabalho voluntário e um relata que trabalharia dependendo da proposta.

A partir da análise de conteúdo, foram separados qualificadores capazes de responder aos questionamentos da pesquisa, os quais foram apresentados nas seguintes categorias de análise: (1) a construção do habitar; (2) as histórias de vida e os desejos e (3) participação social. Por meio destas categorias foi possível tecer a relação entre a teoria dos serviços substitutivos e se, na prática, o SRT é capaz de promover a participação social. Foram selecionadas algumas falas dos entrevistados que serão dialogadas com a literatura.

A construção do habitar

A desinstitucionalização é o processo de desconstrução dos saberes e práticas manicomialis que colaboram para romper com os antigos

paradigmas, as práticas de cuidado e as estruturas físicas, promovendo a reabilitação psicossocial e a inclusão social, a promoção do valor e do contrato social, o acesso ao lazer, liberdade, autonomia, trabalho e renda⁹.

Os serviços de saúde que compõem a RAPS têm o pressuposto da desinstitucionalização muito presente no cuidado dispensado, mas os SRT são os equipamentos que permitiram a transição das pessoas que ocupavam os hospitais psiquiátricos, como espaço de moradia para o cuidado na RAPS. Essa política pública de saúde mental deve ser avaliada permanentemente para compreender as possíveis dificuldades e potencialidades, visto que as mudanças propostas não são meramente estruturais e organizacionais, mas envolvem a disposição de todos os indivíduos envolvidos, desde o morador, os profissionais dos serviços e os cidadãos pertencentes às trocas cotidianas. Essas trocas iniciam na convivência, no sentimento de pertencimento à casa e nas relações construídas com os outros moradores.

Alguns participantes relataram suas percepções e sentimentos sobre a casa e a forma como habitam esse espaço: “Eu gosto muito daqui. [...] Eu considero que aqui é minha casa, sim!” (P2) e “aqui tá muito bom, porque você tem as coisas [...] você faz seu lugar, tu faz um bolo, come, tem estudo, eu saio pra comprar cigarro” (P4).

A construção da autonomia e independência é demonstrada pela possibilidade de realizar funções na casa de maneira independente, tem liberdade de ir até o comércio local, gerenciar o dinheiro para

fazer algumas compras e retornar à residência, também desconstruindo a concepção da incapacidade e periculosidade do usuário dos serviços de saúde mental.

Os níveis de autonomia na residência terapêutica são superiores quando comparados pelos próprios moradores e profissionais de referência, ao período em que estavam nas instituições asilares. Essa autonomia se caracteriza pela construção da interdependência em relação as diversas pessoas e dispositivos da rede, no território e, o mais importante, pela redução da dependência de uma única instituição – o hospital psiquiátrico. No processo de desinstitucionalização, os indivíduos se tornaram mais livres na medida em que estabeleceram maior número de relações, foram se habilitando a partir da ampliação dessa rede mais complexa de dependências. A possibilidade de fazerem escolhas viabiliza a reconstrução e a ressignificação dos sentidos de sua vida, construindo um ciclo virtuoso, com melhores escolhas, mais adaptadas para si e sobre o contexto¹⁰.

Outro ponto observado entre os participantes da pesquisa foi a independência dos moradores na realização das AVD, apenas dois entrevistados relataram necessidade de ajuda, como um exemplo dado pela moradora que requer ajuda moderada, a necessidade pontual para pentear o cabelo, porém os outros quatro participantes relataram que realizam todas as atividades de forma totalmente independente e participam do cuidado e da organização da casa.

Além de perceberem que a casa é sua e dos demais moradores, os participantes da pesquisa também falaram de forma positiva que desempenham muitas atividades para contribuir com a limpeza e a organização da residência, reconhecendo a importância para si e para o coletivo.

A autonomia na realização das atividades do cotidiano promove aos moradores o sentimento de prazer e de bem-estar, que resulta também no sentimento de felicidade. A realização das atividades cotidianas e a valorização que o morador tem sobre as AVD é o resultado do resgate da autonomia que a residência proporciona após longos períodos de internação¹¹. Essa é uma das possibilidades do processo de construção do habitar a partir das políticas públicas de desinstitucionalização.

Na residência, as relações se dão pelas atividades desempenhadas no cuidado e manutenção da casa, como cuidar das plantas e animais, assistir programas de televisão, preparar lanches, limpar a

casa, tirar o lixo, entre outras tarefas cotidianas. A realização dessas atividades estimula os indivíduos a construir de forma progressiva e gradual a autonomia e melhorar a autoestima¹².

Assim como o cuidado da casa e de si são importantes para os moradores, outra questão abordada foi a construção das relações afetivas entre eles. A residência pode ser um espaço propício para a ampliação das relações afetivas e sociais. Prova disso são os seguintes comentários: *“Eu considero aqui! (minha casa) Porque eu tenho amigos, né moço? Que gostam de mim” (P5)* e *“aqui todo mundo é amigo, se dá bem, sabe? mas as vezes tem fofoca [...] não, eu não quero fazer fofoca, sabe? Mas, um fofoca do outro, outro fofoca do outro [...]” (P2)*.

As relações de afetividade e cuidado construídas no SRT são potências simbólicas, subjetivas e estimas estabelecidas entre os moradores e também os profissionais. Um dos eixos de ampliação da capacidade contratual, que pressupõe as trocas sociais, afetivas e produtivas, segundo a Reabilitação Psicossocial, se dá pela apropriação material, simbólica e simpática dos espaços da casa pelos seus moradores, portanto habitar a casa faz parte de um conjunto de estratégias para aumentar as possibilidades de troca de recursos e afetos entre as pessoas¹³.

Os moradores reconhecem a casa não apenas como sua, mas como uma propriedade do coletivo abrangendo também os demais moradores, e isso demonstra a construção de relações sociais e afinidades. Outro ponto importante foi o reconhecimento que o SRT é a sua casa, pois quando perguntados onde moravam, a maioria respondeu que era ali, o que parece ser muito significativo esse sentimento de pertencimento e de habitar o espaço.

Segue falas de alguns pacientes a respeito: *“Eu tô em casa, tô gostando daqui, eu tava dormindo na rua aí, ô” (P1)*; *“A casa é nossa” (P3)* e *“a casa é de todo mundo aqui, não é minha não, é de todo mundo” (P6)*.

O significado de moradia para as pessoas com sofrimento psíquico é um elemento fundamental para a sustentação do bem-estar físico e psíquico, que possibilita a retomada dos direitos de cidadania e a vida em liberdade. A casa é um espaço de acolhimento, de conforto e intimidade, e nesses espaços são vivenciadas as trocas e valores sociais, experiências complexas e concretas de compartilhar o tempo e o espaço no cotidiano doméstico e afetivo, centradas na particularidade dos indivíduos. Além disso, é um espaço de apropriação, de inserção e de

integração onde as relações afetivas e interpessoais são legitimadas pela contratualidade cotidiana com o resgate da dimensão subjetiva das formas de morar e de pertencer a um espaço que se chama “seu”¹⁴.

As histórias de vida e os desejos

Na prática do cuidado em saúde mental, um dos fios condutores deve ser as histórias de vida dos sujeitos, que podem sinalizar importantes caminhos das suas habilidades, interesses e limitações¹³.

As histórias de vida dos moradores apareceram nas entrevistas como expressão de desejo, desejo por reencontros com pessoas, lugares, animais de estimação, entre outras possibilidades de resgate das relações afetivas vivenciadas ao longo da vida. Um dos desejos comuns, quando perguntado se havia algum lugar que gostariam de visitar, muitos responderam os locais que habitaram antes da internação psiquiátrica. Desejos de reencontros com suas casas, amigos, familiares, revisitar igrejas que frequentavam, padarias, mercadinhos e bares do seu bairro ou cidade natal. Como, por exemplo: *“Sinto falta de ir lá na Abadia (bairro), lá onde eu morava, lá está bom, construiu um restaurante perto da minha casa” (P3)* e *“sinto falta de ir na minha rua, tô com vontade de pedir (ao coordenador do SRT) para me levar na minha rua, pra mim ver minha casa, sabe? E eu tenho vontade de voltar lá” (P2)*.

Os moradores, durante a vida, habitam diversas moradias e têm múltiplas vivências que não se concentram em apenas uma casa, entretanto a habitação anterior à internação é a que possui maiores vivências e estas são as que remontam suas histórias de vida. Para além do espaço físico, a casa é um local a ser conquistado, para que ocorra o desenvolvimento de desejos, habilidades e emoções sobre o habitar. Para a Reabilitação Psicossocial são fundamentais as conquistas concretas, como uma casa, a obtenção de desejos e, principalmente, o habitar. Portanto, o desejo de retorno a antiga casa está relacionado às vivências do habitar e suas histórias de vida, localizadas no inconsciente, sendo possível acessá-las e reviver momentos de felicidade e proteção¹⁵: *“Estou com vontade de ir no Estados Unidos (antigo bairro do SRT) ver minha cachorra, a Gabriela, faz dois anos que ela está lá, e eu não vejo ela” (P3)*.

Segundo a percepção dos moradores, o SRT é visto como o próprio lar, um espaço de proteção e está associado à ideia de um lugar de direitos e de respeito à individualidade, entretanto, sua história

de vida e suas relações significativas pregressas devem ser consideradas. Os SRT funcionam através de um movimento de conexão e apropriação das subjetividades e espaço de valorização da autonomia, que os conduz ao processo de retomada de decisões, enquanto sujeitos de direito e de desejos, e de resgate da livre circulação e empoderamento de seus moradores¹⁶.

Participação social

A participação social é definida como o acesso e envolvimento nas atividades desenvolvidas no cotidiano e podem estar relacionadas também com o exercício da cidadania, como o estudo, o trabalho, as atividades de lazer e culturais, as atividades políticas, entre outras. Além disso, as relações sociais, sejam com os familiares, os amigos, os relacionamentos afetivos também são entendidas como participação social¹⁷.

Os participantes da pesquisa mencionaram a importância para eles de se apropriarem de espaços no território da utilização concreta e objetiva, como os espaços de saúde, de lazer, de trabalho, entre outras possibilidades. Sobre isso, destacam-se: *“Eu passeio com os meninos lá no Peirópolis, na terra de dinossauro. Na segunda-feira tinha passeio, eu ia pra igreja, só da Abadia, rezar” (P3)*; *“Estou com vontade de passar na padaria, e beber um café também” (P2)* e *“saio no lugar que ele vai (coordenador do SRT), se vai no mercado, se vai no sanatório, vai em algum lugar, saio pra comprar cigarro, quase todo dia” (P4)*.

Percebe-se que há poucas oportunidades para os moradores frequentarem os espaços no território, as experiências que trouxeram estavam relacionadas às atividades desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que frequentam ou com o acompanhamento dos trabalhadores do SRT.

O processo de desinstitucionalização exige, essencialmente, uma mudança da relação social com o fenômeno da loucura. É na apropriação dos espaços no território que acontece a produção de novos sentidos para a vida, porque nesses locais há trocas, autocriação permanente e diversidade de encontros, tudo o que é oposto à internação que tinha por única finalidade o isolamento e produção de relações dependentes, violentas e excludentes. Viver na cidade é fundamental não por se tratar de uma adaptação da loucura à ordem social, mas de produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização dos espaços coletivos e de convivência^{18,19}.

Portanto, a reabilitação psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico passa pelo território, pela autonomia do ir e vir, pelas relações que se estabelecem nesses caminhos e pela participação social. Entretanto, apenas uma das participantes relatou que se desloca pela cidade sem acompanhamento, utiliza o serviço de transporte público e serviços de motorista por aplicativo para exercer sua liberdade e seus interesses em meio ao ambiente social: *“Eu vou na feira do bairro, aí gasto meu dinheirinho lá. Hoje eu fui em duas praças, e eu tô fazendo caminhada. Eu dou conta, dou conta de ir e voltar, pegar ônibus, pegar Uber” (P5)*. A moradora também relata de forma positiva sobre sua atividade de trabalho voluntário numa creche, a dizer: *“Eu fui lá pedir um emprego, lá dentro como voluntária da creche. Eu gosto de trabalhar com as crianças” (P5)*.

A plena contratualidade nos três grandes cenários do indivíduo, o território, a rede social e o trabalho, são fundamentais para expressão da cidadania necessária no processo de Reabilitação Psicossocial, portanto, é necessário um processo de readaptação do indivíduo que foi estigmatizado e isolado da comunidade, do trabalho, da vida social e da família²⁰.

Para além do viver na sociedade, a inclusão social também é acessar recursos indisponíveis nos hospitais psiquiátricos que possibilite a condução e experimentação da vida, de maneira a promover direitos e indissociando-se à participação e autonomia. Ocorre uma dificuldade com os moradores da residência devido à internação prolongada nos hospitais psiquiátricos, na qual a participação social acaba sendo inexistente e quando acontece é sob a tutela dos profissionais que atuam por meio de uma perspectiva definitiva quanto às limitações previamente concebidas desse sujeito¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SRT é um equipamento da RAPS que supera a lógica da exclusão social nos hospitais psiquiátricos, com o funcionamento na comunidade e propulsor da autonomia, da independência da construção das identidades, subjetividades e participação social de seus moradores. O cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico tem como foco a ampliação das relações sociais, afetivas e produtivas nos territórios, produzindo possibilidades de existência na comunidade.

Esse estudo evidenciou que o SRT é uma estratégia

potencializadora e fundamental no processo de construção do habitar, relacionado à ocupação dos espaços onde se vive com apropriação simbólica, material e emocional crescentes²¹. A casa é percebida pelos moradores como sua própria residência e também do coletivo.

Entretanto, observou-se contraditório o fato de que a maioria dos moradores era totalmente independente nas AVD, entretanto não tinham o hábito de saírem desacompanhados e participarem ativamente no seu território, sendo protagonistas de suas próprias histórias, com autonomia e independência. Os moradores relataram que participam das oficinas e passeios que são desenvolvidos pelo CAPS, todos realizados em grupos com indivíduos semelhantes, em horários estabelecidos, em locais limitados e tutelados por outro grupo. O cuidado constante deve ser no sentido de não produzir um processo de ‘reinstitutionalização’ nos serviços criados para a desinstitucionalizar.

Em suma, a residência terapêutica evidencia avanços na melhoria de condições de vida, autonomia e independência dos seus moradores, entretanto para atingir o real objetivo de desinstitucionalização e participação social, ainda são necessárias maiores articulações da rede e de políticas de participação social dos usuários de saúde mental na comunidade de forma viva e ativa.

Ressalta-se a limitação desse estudo por ter sido realizado em apenas um SRT que retrata um recorte da realidade, sendo necessário a ampliação das pesquisas nesse sentido para uma compreensão geral do fenômeno. No entanto, essas limitações não comprometeram a qualidade dos dados obtidos.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet]. junho de 2018 [cited 2023 Ago 21];23:2067–74. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
2. Brasil. Lei nº 10.216. 10.216 abr 6, 2001 p. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001, página 2.
3. Trevisan ER, Castro SS. Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas: perfil dos usuários. Saúde Em Debate [Internet]. 5 de agosto de 2019 [cited 2023 Ago 21];43:450–63. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912113>

4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088. Diário Oficial da União 2011; dez 26. dez 23, 2011.
5. Paulon SM. Quando a cidade “escuta vozes”: o que a democracia tem a aprender com a loucura. Interface - Comun Saúde Educ. [Internet]. dezembro de 2017; [cited 2023 Set 5];21:775–86. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0845>
6. Matos BG, Moreira LHO. Therapeutic residential service: the user’s perspective. Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2013 [cited 15 de setembro de 2023];17(4). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20130010>
7. Silva ACC, Oliver FC. Participação social em terapia ocupacional: sobre o que estamos falando? Cad Bras Ter Ocupacional [Internet]. 2019; [cited 2023 Ago 29];27(4):858–72. Available from: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1883>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. Nascimento MS, Silva MBB. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. Saúde em Debate [Internet]. 13 de agosto de 2021;44:33–44. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E305>
10. Silva GA da, Cardoso AJC, Bessoni E, Peixoto AC, Rudá C, Silva DV, et al. Modos de autonomia em Serviços Residenciais Terapêuticos e sua relação com estratégias de desinstitucionalização. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 17 de janeiro de 2022 [cited 2023 Ago 7];27:101–10. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19872021>
11. Massa PA, Moreira MIB. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. Interface - Comun Saúde Educ [Internet]. 18 de fevereiro de 2019; [cited 2023 Ago 7];23:e170950. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.170950>
12. Monteiro CFS, Vieira TS, Rodrigues IS, Parente ACM, Fernandes MA. O viver e o morar: relações interpessoais de moradores dos serviços residenciais terapêuticos. Rev enferm UERJ [Internet]. dezembro de 2012 [cited 2023 Set 21];20 (1,n.esp):637–41. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermaguerj/article/view/5963>
13. Vieira FR, Lussi IAO. Participação e autonomia de pessoas que moram nos serviços residenciais terapêuticos: contribuições da terapia ocupacional. Cad Bras Ter Ocupacional [Internet]. 11 de março de 2022 [cited 2023 Set 4];30:e3006. Available from: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoA022773006>
14. Stracini MM, Moreira MIB. Os sentidos do morar sob a ótica dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial: experimentações do viver na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. janeiro de 2022 [cited 2023 Ago 21];27(1):69–78. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19462021>
15. Capucho MC, Constantinidis TC. O lar e o habitar para moradores de Serviço Residencial Terapêutico. Psicol Em Pesqui [Internet]. agosto de 2019 [cited 2023 Ago 8];13(2):107–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.26058>.
16. Nóbrega M do PSS, Veiga TF de M. O significado de morar em um serviço residencial terapêutico. Rev Enferm Cent-Oeste Min [Internet]. 8 de julho de 2017 [cited 2023 Ago 21];7. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1388>
17. Ferreira NR, Oliver FC. O cotidiano de jovens com deficiência: um olhar da terapia ocupacional a partir do método photovoice. Rev Interinstitucional Bras Ter Ocupacional – REVISBRATO [Internet]. 3 de novembro de 2018 [cited 2023 Ago 28];2(4):745–62. Available from: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto17791>
18. Basaglia F. Psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates; 1982.
19. Rotelli F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
20. Gorchinski PM, Gonçalves ALA, Rodrigues AO, Floriano LSM. Reabilitação psicossocial e saúde mental: Um enfoque na autonomia e na cidadania. Braz J Health Ver [Internet]. 13 de janeiro de 2022 [cited 2023 Ago 28];5(1):666–76. Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-056>
21. Saraceno B. Saraceno B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: TeCorá; 2001.

