

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

A reconstrução do sujeito de direito e subjetividade no contexto da atenção psicossocial

The reconstruction of the subject of law and subjectivity in the context of psychosocial care

La reconstrucción del sujeto de ley y la subjetividad en el contexto de la atención psicossocial

Elitiele Ortiz dos Santos ¹, Janaína Quinzen Willrich ², Luciane Prado Kantorski ³, Carmen Terezinha Leal Argiles ⁴, Valéria Cristina Christello Coimbra ⁵, Beatriz Antunes ⁶

ABSTRACT

Objective: to know the contributions of Therapeutic Residential Service in the process of reconstruction of law and subjectivity of the subjects, ex hospitalized people of the psychiatric hospital. **Methods:** The study was descriptive and exploratory with qualitative methodology approach. Data collection was conducted in 2010 with 16 residents of Therapeutic Residential Services in the city of Caxias do Sul / RS. **Results:** The residents of the therapeutic residential are subjects protagonists of their stories and have the opportunity to produce their subjectivity in different contacts provided by the experience in residential and society. The human and material resources available on site to provide the residents the exercise and enjoyment of citizenship, and ensuring law and protection aimed to people in psychological distress. **Conclusion:** psychosocial reconstructs the subject who was institutionalized and the therapeutic residential appears as one of the main tools of this process. **Descriptors:** Mental health, Health services, Human rights.

RESUMO

Objetivo: conhecer as contribuições do Serviço Residencial Terapêutico no processo da reconstrução de direito e subjetividade dos sujeitos, ex-internos do Hospital Psiquiátrico. **Métodos:** o estudo teve caráter descritivo e exploratório com abordagem metodológica qualitativa. A coleta de dados foi realizada em 2010 com 16 moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos do município de Caxias do Sul/RS. **Resultados:** os moradores do residencial terapêutico são sujeitos, protagonistas de suas histórias e têm a oportunidade de produzir sua subjetividade nos diferentes contatos proporcionados pela vivência no residencial e na sociedade. Os recursos humanos e materiais disponíveis no local proporcionam aos moradores o exercício e o gozo da cidadania, além de garantir o direito e a proteção destinada a pessoas em sofrimento psíquico. **Conclusão:** a atenção psicossocial reconstrói o sujeito que foi institucionalizado e o residencial terapêutico aparece como uma das principais ferramentas desse processo. **Descritores:** Saúde mental, Serviços de saúde, Direitos humanos.

RESUMEN

Objetivo: conocer las contribuciones de Servicio Residencial Terapêutico en el proceso de reconstrucción de la ley y de la subjetividad de los sujetos, los ex internos del hospital psiquiátrico. **Métodos:** El estudio fue de tipo descriptivo exploratorio con enfoque metodológico cualitativo. La recolección de datos se llevó a cabo en 2010 con 16 residentes de los Servicios Residenciales Terapêuticos en la ciudad de Caxias do Sul / RS. **Resultados:** Los residentes del residencial terapêutico son sujetos protagonistas de sus historias y tienen la oportunidad de producir su subjetividad en diferentes contactos facilitados por la experiencia en el residencial y en la sociedad. Los recursos humanos y materiales disponibles en el lugar para proporcionar a los residentes el ejercicio y el goce de la ciudadanía además de garantizar el derecho y la protección destinados a las personas con dificultades psicológicas. **Conclusión:** la atención psicossocial reconstruye el sujeto que está institucionalizado y parece residencial terapêutico aparece como una de las herramientas principales de este proceso. **Palabras clave:** Salud mental, Servicios de salud, Derechos humanos.

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Endereço: Rua Marechal Deodoro, nº397; Centro. Pelotas- Rio Grande do Sul/Brasil. Cep: 96020-220. ² Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Email: janainaquill@yahoo.com.br. ³ Doutora em Enfermagem. Professora Associada I. Diretora da Faculdade de Enfermagem da UFPel. kantorski@uol.com.br. ⁴ Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Email: carmen_argiles@yahoo.com.br. ⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da UFPel. Email: valeriacoimbra@hotmail.com. ⁶ Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: biaslg@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A instituição psiquiátrica ao longo dos anos legitimou-se como um local desprovido de condições favoráveis para manter a vida de uma pessoa. Nesses espaços, os sujeitos, que na maioria das vezes foram vítimas de histórias tristes de vida, continuam na condição de vítimas, porém de um sistema de regras imposto pela institucionalização.

Durante o internamento o indivíduo não exerce a posição de sujeito, pois não está em liberdade para estabelecer relações de trocas sociais e, portanto, diferenciar-se de outros na perspectiva de criar a sua identidade.¹⁻² Dessa forma, a prática da institucionalização mortifica a subjetividade dos indivíduos³ e também impede o exercício dos direitos humanos legais, bem como os que dispõem sobre os direitos e proteção das pessoas em sofrimento psíquico.

O período pós Segunda Guerra Mundial foi um marco na vida do sujeito institucionalizado, visto que a sociedade ficou fragilizada com as mortes e violência e passou a debater questões referentes aos direitos humanos,⁴ sendo o hospital psiquiátrico reconhecido como potencializador da doença mental. Por esse contexto, em 1948 foi promulgada a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

No Brasil a Reforma Psiquiátrica teve início na década de 70 com influência do modelo italiano, considerando que foi o único modelo que negou a instituição psiquiátrica e propôs a construção de saberes capazes de privilegiar a subjetividade, autonomia, e o exercício da cidadania das pessoas.⁵

Nesse sentido, percebe-se a importância do movimento da Reforma Psiquiátrica, bem como a responsabilidade de suas propostas em substituição ao hospital psiquiátrico. É importante, pois tem a capacidade de cuidar do sujeito, de suprir suas necessidades de saúde mental e manter sua qualidade de vida. A responsabilidade da Reforma é por romper com o histórico de práticas manicomiais no sistema de saúde e, sobretudo, nas ações dos profissionais, que precisam desfazer as cronicidades e dar conta de promover reconstrução de vida dos sujeitos maculados por instituições psiquiátricas.

Para garantir a efetividade das propostas desse movimento, foi necessária a construção de uma rede de atenção psicossocial com serviços e práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico de atenção. Serviços inseridos no território, próximos de espaços promotores de inclusão social. É nessas relações concretas que o sujeito vai ser capaz de se reconstruir, produzir suas subjetividades e exercer sua cidadania.

Na prática da Reforma Psiquiátrica, vivenciaram-se as experiências de implementação dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, entre eles, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) que se caracterizam como casas na comunidade, disponíveis aos indivíduos que saíram de instituições psiquiátricas e não contam com o apoio familiar para recebê-los. Essas moradas promovem a liberdade, visam a um processo de autonomia, construção de direitos, de cidadania e novas possibilidades de viver.⁶

Dessa forma, a atenção psicossocial proporcionada pela articulação da rede de serviços substitutivos com uma rede comunitária tem o potencial de construir as soluções

para as necessidades de saúde dos sujeitos, garantindo a resolutividade no cuidado, a promoção de autonomia e gozo de direitos, além de contribuir para uma sociedade sem manicômios internos e externos.⁷⁻⁸

Nessa perspectiva, o estudo tem por objetivo conhecer as contribuições do Serviço Residencial Terapêutico no processo de reconstrução de direitos e subjetividade dos sujeitos, ex-internos de Hospitais psiquiátricos.

MÉTODO

Este estudo é parte do trabalho monográfico intitulado “A atenção psicossocial e a reconstrução do sujeito (de direito)”, desenvolvida com dados da pesquisa denominada “Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)”,⁸ a qual teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFPel sob ofício nº 073/2009. Foram respeitados os princípios éticos contidos na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da saúde, especialmente no que se refere ao Consentimento Livre e Esclarecido, em que o entrevistado tem a liberdade para participar, recusar-se ou desistir sem nenhum prejuízo para si e para o pesquisador.

A investigação do REDESUL foi desdobrada em um estudo de avaliação quantitativa de cinco municípios do Rio Grande do Sul, Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Porto Alegre e Viamão e outro de avaliação qualitativa de dois municípios do RS, Alegrete e Caxias do Sul.

O presente estudo caracteriza-se por ser qualitativo com caráter descritivo e exploratório. A metodologia de pesquisa qualitativa busca compreender um universo de significados, que correspondem as relações, percepções, opiniões e interpretações das pessoas referentes a sua forma de se posicionar, pensar, sentir e viver.⁹

O estudo de avaliação qualitativa de experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial se desenvolveu com a avaliação de quarta geração¹⁰⁻¹¹ readaptada¹² e da metodologia de análise de redes do cotidiano.¹³

Utilizou-se para coleta de dados, a observação de campo, entrevistas e grupo focal. A coleta de dados foi realizada em 2010 nos dois residenciais terapêuticos (SRTs) do município de Caxias do Sul. Logo, selecionou-se um total de 16 sujeitos moradores dos dois residenciais, os quais foram identificados por morador 1 (Mor. 1) e morador 2 (Mor. 2) consecutivamente.

Duas questões obtidas nas entrevistas semiestruturadas desses moradores foram objetos de análise, a seguir: Como é viver no Serviço Residencial Terapêutico (dia-a-dia, relacionamento com as pessoas, como se sente)?; De que modo viver em liberdade se materializa neste local?

O SRT 1 de Caxias do Sul é um sobrado independente, onde vivem cinco moradores na parte superior e quatro na parte inferior. É uma morada que recebe indivíduos com mais autonomia em seu cotidiano, por isso a equipe de saúde se faz presente apenas em alguns momentos para realizar a supervisão na casa e auxiliar os moradores, sendo desnecessária

uma equipe 24h. No SRT 2 de Caxias do Sul os moradores precisam de um maior acompanhamento da equipe nas tarefas diárias, que os impulsionem à reabilitação psicossocial.⁸

Com relação ao perfil dos sujeitos entrevistados, foi possível identificar quatro participantes do sexo feminino de uma faixa etária que varia de 28 a 60 anos. No histórico de vida dos moradores, percebem-se familiares (pais ou irmãos) com diagnóstico de sofrimento psíquico, há também relatos de abandono familiar e ou morte de familiar e o envolvimento com o uso de drogas. As internações psiquiátricas foram frequentes no grupo, na média de uma a 65 internações e o tempo de moradia no residencial totalizou de um ano a seis anos. No SRT de Caxias do Sul, os moradores participam de programas de alfabetização, atividades de equoterapia e frequentam o Centro de Atenção Psicossocial. Muitos têm saídas livres do residencial e outros necessitam de acompanhamento.⁸

O município de Caxias do Sul, situado na região nordeste do Rio Grande do Sul, foi escolhido para análise, pois teve uma importante representação no estado com relação aos avanços nas questões de saúde mental, considerando que era uma das cidades com tradição hospitalocêntrica e com concentração de leitos psiquiátricos em instituições manicomiais. Por esse contexto, os moradores dos SRTs ficaram por muito tempo institucionalizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Serviço Residencial Terapêutico de Caxias do Sul, residem moradores com histórias de vida e experiências diversas, as quais confirmam que o sofrimento psíquico é mais um fato em suas vidas ao longo de um caminho percorrido. Além disso, a institucionalização em hospital psiquiátrico, fator que é comum a todos os moradores, evidencia a necessidade de uma terapêutica qualificada e articulada com outros serviços de atenção em saúde mental e espaços sociais, que tenham capacidade de suprir as necessidades físicas e mentais e assim reconstruir o sujeito, proporcionando e priorizando o gozo de seus direitos e produção de subjetividade.

No sentido de valorizar esses aspectos, as falas dos moradores foram agrupadas em dois tópicos por similaridade de conteúdo: O reconhecimento do indivíduo como sujeito e a garantia da produção de subjetividade no Serviço Residencial Terapêutico; e o sujeito de direito reconstruído pela atenção psicossocial no Serviço Residencial Terapêutico.

O primeiro aborda aspectos que definem o indivíduo como sujeito e analisa as estratégias utilizadas pelo residencial que proporcionam a produção de subjetividade. O outro tópico refere-se à retomada dos direitos, no sentido de um sujeito que vive em um ambiente terapêutico inserido na rede de atenção psicossocial, que garante o exercício e o gozo da cidadania.

O reconhecimento do indivíduo como sujeito e a garantia da produção de subjetividade no Serviço Residencial Terapêutico

Pela análise das entrevistas realizadas com os moradores do SRT de Caxias do Sul, constataram-se diversas ações, proporcionadas pela Rede de Atenção Psicossocial, especialmente pelo SRT, as quais contribuem no processo de reconstrução do sujeito e produção de subjetividade.

Entende-se que o sujeito se constitui nos dados da experiência, nos acontecimentos, dos diferentes encontros vividos com o outro, rompendo com a noção de um ser prévio que permanece e se estabiliza de maneira definitiva, e indo de encontro a um ser que se define por e como um movimento de desenvolver-se a si mesmo.²

Existem forças que afetam os sujeitos de diferentes maneiras e perturbam uma organização que chamamos de “eu”. Essas forças caracterizam-se pela força de imaginar, força de recordar, de conceber, de querer. A potência de ação dessas forças é variável diante das experiências vividas. Por esse motivo, o sujeito não pode ser concebido como uma entidade pronta, mas se constitui à medida que entra em contato com essas forças.¹⁴

É dessa forma que o processo de reconstrução do sujeito ocorre, de modo que atenção psicossocial tem como propósito desfazer as amarras físicas e mentais, que aprisionavam o sujeito à instituição, e oferecer apoio para construção de sua vida, incluindo a possibilidade de conviver com conflitos e construir relações sociais.¹⁵

A convivência com conflitos é evidenciada nas falas dos moradores. Essa experiência é muito importante para o sujeito, pois possibilita certo conhecimento, a percepção de suas potencialidades e dificuldades, e estimula a capacidade de agir da maneira que achar necessário para vivenciar as situações.

Eu me sinto bem (na casa). De vez em quando eu fico meio agitado, mas daí eu peço pra mulher (profissional) uma água doce daí eu me acalmo. (Mor. 3)

Às vezes é meio chato morar aqui, porque eu tenho ciúmes das enfermeiras, e daí eu acabo ficando emburrada comigo mesma, mas depois eu peço desculpas e fica tudo bom de novo, é assim que é ficar nessa casa[...]. As pessoas que tem aqui são meio complicadas. Às vezes um quer uma coisa e eu às vezes quero outra, daí as vezes a gente discute, às vezes a gente briga, mas depois a gente acaba se acertando e fica tudo legal. (Mor. 11)

As experiências vividas pelos moradores no SRT, muitas vezes causam estranhamento e conflitos, o que faz parte do viver em coletivo, entretanto, cada morador cria seus artifícios para enfrentar as circunstâncias. “O sujeito inventa, ele é artificioso. Em resumo criar e inventar, eis o que faz do indivíduo ser reconhecido como sujeito”.^{2:94}

O sujeito também se caracteriza por ser normativo: ele cria normas ou regras gerais. Isso quer dizer que ele tem que encontrar fundamento para suas ações.² Esse

significado se assemelha ao conceito de autonomia, o qual é entendido como uma capacidade de um indivíduo gerar regras e normas para sua vida conforme as situações que enfrenta. Não significa confundir autonomia com independência. Todos somos dependentes, porém os indivíduos em sofrimento psíquico dependem excessivamente de poucas relações e coisas. Quanto mais dependência de tantas coisas, mais autônomo será, por isso amplia-se as possibilidades de estabelecer novos ordenamentos para a vida.¹⁶

No SRT esse aspecto é evidenciado quando os moradores vivenciam algumas atividades de rotina, desenvolvendo ações que organizam suas vidas, e muitas vezes são impostas por eles mesmos, que também têm autonomia para mudar ou se organizar de outra forma:

[...] aqui [no residencial] tem que trabalhar, tem que arrumar cama, tomar banho. (Mor. 10)

Aqui nós lavamos roupa, nós secamos roupa, nós fazemos comida, nós limpamos a casa, limpamos banheiro, limpei a cozinha hoje, no demais tudo bom né. (Mor. 4)

São rotinas de organização do espaço da casa, da qual todos os moradores participam, a fim de garantir uma vivência harmônica no espaço coletivo e contribuir para higienização dos locais que serão utilizados por eles mesmos.

Outra questão importante que garante o reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito são as relações interpessoais, ou seja, o sujeito é recorrentemente produzido nos encontros intensivos com o outro, exercitando a potencialidade de diferenciar-se de si e daqueles que o cercam.² Nesse contexto, o SRT potencializa tais situações, pois se localiza no território, promove um espaço coletivo de morada, e é ligado aos outros dispositivos da rede de saúde, oferecendo possibilidades de trocas sociais diversas na casa e na comunidade:

Aqui é bom, o cara é tratado bem, tem os colegas. (Mor.15)

Hoje de manhã fiquei ali conversando com ela [enfermeira], eu me dou com bem com ela. (Mor 9)

Quando (meu amigo) tem dinheiro, a gente vai ali naquela lancheria da Marisa em frente ao Residencial, sabe, ele paga pra mim, eu pago pra ele [...]. (Mor. 16)

Daí depois [do CAPS] eu venho embora, pego o ônibus e venho. (Mor. 2)

Certamente que na troca desigual se abrem os espaços de escuta, olhares, vínculo, diálogo, produção de sentimentos, divergências, de um contrato que permanece também

como motor de contradições e instrumento de luta. Um sujeito reinventado e colocado fragilmente na história real surge.¹⁷

Entende-se que a impossibilidade do indivíduo em exercer a posição de sujeito torna-o incapaz de produzir subjetividade, ou seja, uma condição é dependente e potencializadora da outra. Portanto, destaca-se que os espaços de trocas sociais, além de serem imprescindíveis para o processo de construção do sujeito, também são determinantes para a produção de subjetividade, que não é passível de totalização, posse ou de centralização no indivíduo, trata-se de uma produção que se verifica a partir dos encontros vivenciados com o outro social, com a natureza, com os acontecimentos, as invenções, enfim, aquilo que produz efeitos no sujeito e nas maneiras de viver. Os múltiplos componentes da subjetividade estão em circulação no campo social, de forma que os valores, ideias e sentidos ganham um registro singular, tornando-se primordial para expressão dos afetos vividos nesses encontros.¹⁸

A subjetividade não é dada e nem está interiorizada no sujeito. É produzida mediante os valores mais diversos presentes na coletividade e conta com a participação das instituições, da linguagem, da tecnologia, da ciência, da mídia, do trabalho, do capital, da informação, enfim, de muitas características que podem ser permanentemente reinventadas e postas em circulação na vida social. Assim, esses componentes são atualizados de diferentes maneiras no cotidiano de cada um. Por isso mesmo, eles podem ser abandonados, modificados e reinventados em um movimento de misturas e conexões que não cessam.¹⁸

Percebe-se que a subjetividade é algo dinâmico, coletivo. Parece colocar a vida dos sujeitos em movimento. Esse aspecto é evidenciado pelos moradores do residencial de Caxias do Sul. Muitas falas expressam contato com espaços sociais, como ir ao mercado, visitar um amigo, participação em relações sociais com os familiares e os vizinhos, ou seja, condições que possibilitam ao morador o pertencimento às situações e a produção de subjetividade.

Eu vou para a fisioterapia, de vez em quando eu vou ali buscar o rancho, daí eu vou lá no centro, no meu amigo. A gente pode buscar refri, comer um lanche, pode comprar, ir lá no mercado de vez em quando só comprar. (Mor. 7)

Aqui eu tenho um monte de atividade eu vou pro CAPS todo dia, só não vou na quinta e na sexta-feira, lá eu faço atividade[...]. Eu acho que é bom pra mim porque daí eu não fico só pensando bobagens. (Mor.12)

Tem dias que nós brigamos, com meu marido com meu sogro com o vizinho, mas nós conversamos e se entendemos. (Mor.16)

A subjetividade é fabricada e modelada no registro social, ou seja, ela só ganhará significado no coletivo, nas diversas relações que se estabelecem.¹⁸ Por isso, ela existirá verdadeiramente quando o indivíduo sair do manicômio e lhe forem atribuídos os recursos e

condições materiais, sociais, culturais que tornem possível o efetivo exercício de sua subjetividade.¹⁹

No cotidiano dos moradores do residencial, também há produção de subjetividade, através dos ambientes de convivência da casa, do contato interpessoal com os colegas e profissionais. De forma que não apenas o conteúdo cognitivo da subjetividade se encontra, mas igualmente todas as suas facetas afetivas, perceptivas, volitivas.²⁰

A fala a seguir evidencia a rotina de um morador, com destaque para o termo coletivo que ele usa ao expressar os espaços e atividades grupais da casa:

Porque dá pra gente ficar na sala, deitar, ficar no pátio, olhar os amigos, olhar o movimento. A gente pode tomar refri, comer lanche [...]A gente conversa pouco, mas fica junto [...] é bom aqui. É bom de ficar. (Mor. 7)

Converso um pouco com um [colega], um pouco com outro, um pouco de cada vez. Eu me sinto bem aqui. (Mor. 2)

Nesse sentido, a casa passa a ser entendida como um dispositivo que interfere nos modos de vida de seus habitantes, dos cuidadores, dos vizinhos, do bairro, da comunidade e da cidade. Uma possibilidade estratégica que perpassa por relações de força heterogêneas que podem colocar em funcionamento práticas de liberdade.

A produção de subjetividade funciona forjando modos de existência, que modelam os sujeitos. Na vivência do residencial terapêutico a partir de uma crença manicomial, não é possível dizer que a tutela e o isolamento continuam sendo reproduzidos. Esses locais valorizam os mínimos acontecimentos cotidianos, que ganham espaço de fala, nos gestos, nas brincadeiras e nos silêncios daqueles que ali experimentam o viver.²¹

Acredita-se que o sujeito reconstruído pela rede de atenção psicossocial de Caxias do Sul é morador de uma casa, tem a possibilidade de dividir os espaços comuns do cotidiano, instituir ações no seu dia a dia, estabelecer acordos, mediar conflitos internos e externos, relacionar-se com a vizinhança, frequentar os serviços de saúde e inserir-se em espaços de lazer da comunidade.

Nessa perspectiva, é possível afirmar que os moradores do SRT de Caxias do Sul são sujeitos, protagonistas de suas histórias e têm a oportunidade de produzir sua subjetividade nos diferentes contatos proporcionados pela vivência no residencial e na sociedade, ou seja, as relações que se estabelecem são as bases reconstituidoras da subjetividade.

O sujeito de direito reconstruído pela atenção psicossocial no Serviço Residencial Terapêutico

Um fator importante que deve ser assegurado nos serviços substitutivos são os direitos humanos legais, que historicamente foram transgredidos e violados pelas instituições manicomiais. Entretanto, essas práticas ainda continuam presentes, talvez não tão visíveis, mas mantidas pelo fato de existirem instituições psiquiátricas ou mesmo em

serviços substitutivos, na assistência de profissionais não sensibilizados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

No sentido Jurídico, a definição de pessoa é sinônimo de sujeito de direito. Sendo assim, sujeito de direito será toda pessoa natural ou jurídica capaz de manifestar-se juridicamente. Ao nascer com vida a pessoa adquire automaticamente essa capacidade, que lhe permite ser detentor de direitos e obrigações.²³

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948, garantiu direitos legais a todas as pessoas, tais como a igualdade perante a lei; garantia de direitos e capacidade de gozá-los; direito à liberdade, à segurança pessoal, à liberdade de locomoção de opinião e expressão; direito ao repouso e lazer; e o direito de participar da vida cultural da comunidade. “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante”.²⁴

No Brasil o século XXI foi marcado por avanços e na implementação de políticas sociais em torno dos direitos humanos, especialmente em 2001 com a lei nº10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e o redirecionamento do modelo de atenção nessa área.²⁵

A lógica da Reforma Psiquiátrica, além de garantir essa política de apoio aos indivíduos em sofrimento psíquico, travou uma luta sem fim pelos direitos humanos dessas pessoas. Essa luta é visível e se dá no cotidiano dos moradores do residencial de Caxias do Sul, influenciando a maneira de pensar, de sentir, de agir e de viver de cada sujeito.

O município de Caxias do Sul ao dispor de SRT já garante em parte alguns dos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico, no que se refere à acessibilidade ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo com as necessidades; por garantir um tratamento de saúde mental em serviço comunitário; bem como a vivência do sujeito em um ambiente terapêutico²⁵, considerando que a efetiva consolidação da rede de atenção psicossocial requer que o hospital psiquiátrico não esteja disponível na rede de saúde, e haja uma substituição desses serviços por recursos alternativos com profissionais engajados no movimento da Reforma Psiquiátrica.

Os profissionais do SRT de Caxias do Sul desempenham papel fundamental no sentido de preservar e fazer valer os direitos dos indivíduos que ali residem. Para isso, precisam saber dosar o quanto de cuidado deverá ser oferecido garantindo que a liberdade, individualidade, sociabilidade entre outros direitos sejam preservados.

A liberdade, entendida com um direito primordial, é da ordem dos ensaios, das experiências, dos inventos, tentados pelos próprios sujeitos, que inventarão seus próprios destinos. Assim, experiências práticas de liberdades, sempre sujeitas a mudanças, nunca como algo definitivo, possibilitam ao sujeito estabelecer sua vida conforme os caminhos que decidir seguir, independentemente de aonde ele queira chegar, porque a própria escolha é que é a liberdade.²⁶

Cada manifestação de liberdade pode ser terapêutica.¹⁷ Certamente que qualquer situação que lhe restringisse a liberdade afetaria o sujeito de forma não terapêutica. Diante disso, é possível notar através das falas dos moradores do residencial que, ao serem indagados a respeito da liberdade, as respostas na maioria das vezes tendem a comparar o dia a dia no residencial com a vivência no Hospital Psiquiátrico. Percebe-se que as lembranças do Hospital remetem à situação de aprisionamento, da ausência do ar de

liberdade, no sentido de não ter contato com o mundo de fora, de não fazer as atividades prazerosas, de não tomar decisão:

Muito bom [morar no residencial], porque a gente não vive preso, a gente pode sair, a gente pode ir aonde a gente quer. Claro dizer aonde vai né, dizendo a hora que volta, dizendo aonde vai pra não deixar as pessoas preocupadas. A liberdade é melhor que no Hospital Psiquiátrico. Lá a gente não podia sair, lá a gente era uma pessoa presa, a gente não via sol a gente não via a rua, a gente não via pessoas só as que estavam lá dentro. Aqui é livre, a gente sai, vai come sorvete, aqui é muito bom. (Mor.12)

No Hospital Psiquiátrico eu ficava fechado. Aqui é melhor [...] dá pra sair [...]. (Mor.8)

Vale ressaltar que na fala do morador 12 a liberdade demanda de responsabilidade, uma vez que ele ao sair de casa precisa dizer aonde vai e a que horas volta. Essas questões estão relacionadas com a contratualidade do morar em grupo, do estabelecimento de vínculo com os outros moradores, além do exercício do papel profissional dos cuidadores ao oferecer suporte para que os moradores exerçam seus direitos com segurança.

A liberdade em algumas situações também é expressada no direito de ir e vir, como a liberdade de locomoção. Nas falas abaixo, os sujeitos relatam gostar de sair, quando, como e para onde desejarem.

Acho bom aqui, a gente pode sair a hora que quiser, fazer o que quiser, faz o que tu quer, te arruma como tu quer. Deus me livre ficar preso, Deus me livre. (Mor. 3)

Aqui a gente tem um pouco mais de liberdade né, varias vezes fico sozinho, ou saio [...], sempre tenho alguma coisa pra fazer pra bem ajudar os outros né. (Mor. 15)

Aqui a gente não pode se queixar de nada, porque aqui a gente pode ir pra praia, a piscina [...]. (Mor. 4)

Eu só saio quando eu preciso né, eu vou pra fisioterapia, de vez em quando eu vou ali buscar o rancho, vou no centro e no meu amigo. (Mor. 7)

Fazer o que quiser como, por exemplo, se arrumar e sair para lugares de seu agrado são algumas conquistas dos moradores. Elas possibilitam que eles reorganizem seu universo e construam sua liberdade de forma diferente no dia a dia, de maneira individual na lógica de desfrutar de suas possibilidades.

O fato de frequentar a praia, a piscina e outros espaços garante que o morador exerça o direito de participar na vida cultural da comunidade. Através desses instrumentos do lazer, os moradores conseguem estabelecer relações afetivas de outra ordem, diferentes daquelas do mundo asilar.²⁷

Dessa forma, a comunidade passa ser compreendida como espaço fundamental para a expansão do viver, para a produção de vida e de um novo sentido do ser.²⁸ Além disso, ao propor e facilitar essa relação com a comunidade, o residencial oportuniza aos moradores alcançar um ótimo nível de independência social, cumprindo o processo de reabilitação psicossocial, um dos objetivos principais dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.²⁹

No SRT de Caxias do Sul, os moradores também demonstram ter o direito de serem reconhecidos como pessoas perante a lei, com respeito e um tratamento pessoal adequado, além de não serem submetidos à tortura, nem a um tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante:

Aqui eu me sinto bem, melhor que no Hospital Psiquiátrico. Aqui eles não maltratam, não é igual ao Hospital Psiquiátrico. Aqui eles [os profissionais] cuidam da gente bem, aqui eles ajudam a gente, e aqui eles dão força pra gente se levantar e ser uma pessoa igual aos outros, uma pessoa assim igual como os outros que estão nas outras casas, que são normal. (Mor. 12)

Observam-se duas palavras opostas que compararam o tratamento no Hospital Psiquiátrico com o tratamento recebido Residencial Terapêutico. O primeiro local é caracterizado pelo morador como um espaço de maltrato, já o SRT um ambiente de cuidado. Além disso, acrescenta que no residencial ele recebe ajuda e força. O SRT é um espaço de cuidado, portanto, o sujeito que ali reside precisa ser cuidado. O cuidado dispensado no SRT é centrado no indivíduo e suas singularidades e não na doença.

O SRT deve cuidar no sentido de oferecer condições amplas de recuperação dos sujeitos, através da utilização de recursos familiares, individuais e comunitários.³⁰ Além disso, auxiliar o indivíduo em ultrapassar suas limitações e promover o autocuidado com o objetivo de elevar-lhe a autoestima, oportunizando a restituição da identidade social, e sua autonomia.³¹

Uma ferramenta básica do cuidado, e também está incluída nos direitos humanos, é o respeito. Respeitar o sujeito vai além de uma questão de boa educação, mas consiste em acreditar que ele é único e por isso deve receber um tratamento respeitoso singular.

Atitudes respeitadas são observadas no residencial, elas são valorizadas pelos moradores, que associam tais atitudes a um resultado de bom relacionamento e boa vivência no local.

Viver aqui nessa casa é bom, o cara é tratado bem, é respeitado, tem os colegas. É bom, o cara é tratado é melhor [...]. Me dou bem com os meus amigos, meus irmãos, sou respeitado né. (Mor. 15)

Ter um tratamento adequado está relacionado com o fato de ser bem tratado. Essas ações garantem que o morador permaneça no residencial e sinta-se à vontade nesse espaço, garantindo relações e vínculos saudáveis.

Todos têm o direito de recomeçar como sujeito, de ter propriedade, sozinhos ou na associação com outra pessoa, tem direito à liberdade de opinião e de expressão, direito ao descanso, ao lazer e a fazer uso apropriado do tempo.³²

Os recursos humanos e materiais disponíveis no SRT de Caxias do Sul têm a capacidade de garantir o direito dos moradores. Entretanto, a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico deve ir além do exercício dos direitos e deveres. Ela deve ser entendida como uma medida de convivência social que remete ao sujeito o sentimento de pertencimento nos espaços, situações e relações que ele vivencia.

Ressalta-se que, ao ostentarmos ênfase na observação dos direitos humanos em cada aspecto de cuidado em saúde mental, aliamos maneiras de contra atacar o estigma e a discriminação.³³ Fatores que limitam muitas vezes que o sujeito exerça de forma plena seus direitos humanos básicos e de saúde mental.

CONCLUSÃO

Durante a institucionalização, o indivíduo não exerce a posição de sujeito, pois não vai conseguir estabelecer relações de trocas sociais, organizar sua vida conforme suas escolhas, e, portanto, modificar-se no espaço de aprisionamento da instituição.

O Residencial Terapêutico do município de Caxias do Sul cumpre o seu papel terapêutico, fornecendo suporte para que os moradores exerçam seus direitos humanos e produção de subjetividade, tanto no espaço da casa, como na comunidade. Portanto, a atenção psicossocial reconstrói o sujeito que foi institucionalizado e o residencial terapêutico aparece como uma das principais ferramentas do processo.

Evidencia-se que os serviços do tipo Residencial Terapêutico fazem-se necessário na rede de atenção psicossocial de municípios, principalmente dos que dispõem de Hospitais Psiquiátricos e estão em processo de diminuição progressiva desses leitos para efetiva consolidação da rede de atenção psicossocial.

Reconhece-se a importância de considerar a trajetória da reconstrução do sujeito institucionalizado, assim como os avanços da Reforma Psiquiátrica nesse contexto. A partir dessas questões, desenha-se um olhar de entendimento referente à luta por uma sociedade que supere o cumprimento de normas e condutas, mas reconheça o indivíduo como sujeito, com seus direitos e produção de subjetividades preservadas no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. *Estratégia, Poder e Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.
2. Deleuze G. *Empirismo e Subjetividade: ensaio sobre a natureza humana segundo Hume* (L. B. L. Orlandi, trad.). São Paulo: Editora 34; 2001.
3. Amarante P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
4. BIRMAN J, COSTA JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 41-71.
5. Duarte MLC. *Avaliação da atenção aos familiares num centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa [dissertação]*. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
6. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Cien saúde colet* [periódico na Internet]. 2009 Jan-Fev [acessado 2011 nov 12]; 14(1): [cerca de 9p.]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63014121.pdf>
7. Fagundes VLD, Bastos O, Vasconcelos MGL, Lima Filho IA. Atenção à Saúde Mental em Pernambuco: Perspectiva Histórica e Atual. *Rev neurobiol* 2010; 73(1):183-205.
8. Kantorski LP. *Redes que reabilitam- avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)*. Relatório final. Pelotas (RS), 2011.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ªed. São Paulo: Hucitec; 2008.
10. Guba E, Lincoln YS. *Effective evaluation*. San Francisco: Jossey Bass Pub. 1988.
11. Guba E, Lincoln YS. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
12. Wetzel C. *Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo [tese]*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
13. Martins PH. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: Pinheiro R, Martins, PH, organizadores. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009.
14. Deleuze G. *Foucault* (CS Martins, trad.). São Paulo: Brasiliense, 1988.
15. Jardim VMR. *Avaliação da política de atenção à saúde mental nos CAPS da região sul do Brasil [tese]*. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
16. Tikanori RK. *Contratualidade e Reabilitação Psicossocial*. In: Pitta A, organizador. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-59.
17. Rotelli F. *A instituição inventada*. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
18. Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.
19. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. *Desinstitucionalização, uma outra via- A reforma Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos Países avançados*. In: Nicacio MFS, organizador. *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001, p. 17-59.
20. Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. (AL Oliveira e LC Leão, trad.). Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.

21. Machado LD, Lavrador MCC. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. *Revista Vivencia* 2007; 32:79-96.
22. Torre EHC, Amarante P. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde. *Cien saúde colet [periódico na Internet]*. 2001 [acessado 2012 mai 17]; 6(1): [cerca de 12 p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf>
23. Diniz MH. Código Civil anotado. 13 ed.; São Paulo: Saraiva, 2008.
24. BRASIL. Resolução nº 217 A(III) de 10 de dezembro de 1948 da Assembléia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos direitos humanos. *Diário Oficial da União* 1948; 10 dez.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 6 abr.
26. Souza Filho, A. O cuidado de si e a liberdade ou a liberdade é uma agonística. In: Albuquerque Junior DM, Veiga-Neto A, Souza Filho A. *Cartografias de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 13-26.
27. Aquino MB, Cavalcanti MT. Os dispositivos do lazer no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: o Clube de Lazer e Cidadania Colônia, um estudo de caso. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [periódico na Internet]*. 2004 [acessado 2012 jun 10];6(4): [cerca de 36p.]. Disponível em: http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume07/n4/os_dispositivos_de_lazer_no_contexto_da_reforma_psiquiatica_brasileira.pdf
28. Moreira MIB, Castro-Silva CR. Residências terapêuticas e Comunidade : a Construção de Novas Práticas antimanicomiais . *PsicolSoc [periódico na Internet]*. 2011[acessado em 2012 nov 11]; 23(3): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n3/12.pdf>
29. Hirdes A, Kantorski L. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. *RevEnferm UERJ* 2004; 12:217-21.
30. Kantorski LP, Souza J, Willrich JQ, Mielke FB. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. *Rev enferm UERJ [periódico na Internet]*. 2006 Jul-Set [acessado em 2012 jun 13]; 14(3): [cerca de 3p.]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a06.pdf>
31. Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Rev bras enferm [periódico na Internet]*. 2006 Nov-Dez [acessado em 2012 jun 12]; 59(6): [cerca de 5p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a03.pdf>
32. Vietta EP, Saeki T, Santa RD, Ferreira L. Halfway house: an alternative to rescue the rights and citizenship of the mentally ill person. *International JourPsychosocialRehabilitation [periódico na Internet]*. 2000 [acessado 2012 mai 10]; 5 [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.psychosocial.com>
33. Thornicroft G, Tansella M. *Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária*. Editora Manole, 2010.

Recebido em: 15/07/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 06/01/2014
Publicado em: 01/10/2014

Endereço de contato dos autores:
Elitiele Ortiz dos Santos
Endereço: Rua Marechal Deodoro, nº397; Centro. Pelotas- Rio Grande do Sul/Brasil. Cep: 96020-220.