

O trabalho no serviço residencial terapêutico: possibilidades na reconstrução de vidas fora dos manicômios

The work at therapeutic residential service: possibilities of rebuilding life outside the limits of a mental hospital

Trabajo en el servicio residencial terapéutico: posibilidades en la reconstrucción de vidas fuera de los asilos

Milena Hohmann Antonacci¹; Luciane Prado Kantorski²; Ariane da Cruz Guedes³; Jandro Moraes Cortes⁴

1) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora: Ministério da Ciência e Tecnologia, através do edital 33/2008 CNPq em parceria com o Ministério da Saúde; e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível superior.

2) O presente artigo foi elaborado a partir da dissertação de mestrado intitulada “Trabalhadores do Serviço Residencial Terapêutico: atores na reconstrução da vida fora dos muros do manicômio”, apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Como citar este artigo:

Antonacci MH; Kantorski LP; Guedes AC; et al. O trabalho no serviço residencial terapêutico: possibilidades na reconstrução de vidas fora dos manicômios. Rev Fund Care Online. 2017 jul/set; 9(3):831-839. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.831-839>

ABSTRACT

Objective: Comprehend the working process of professionals in Therapeutic Residential Service, their potentialities and limitations in the process of rebuilding the life of the resident outside of a mental hospital.

Method: This is a case study, with a qualitative research approach. **Results:** It was demonstrated a new conception of the object, a large arsenal of instruments based on psychosocial knowledge, and the goal is different from the healing provided by the asylum mode. **Discussion:** The subject in psychological distress, is now seen as an extended object, an active participant in the process of understanding madness as a different way of relating with the world and belonging to a territory, a family, social group, which enables social insertion according to individual needs. **Conclusion:** This perception tries to provide a substitute the mental hospitals, for the freedom to walk around on the city, in an attempt to help residents to rebuild their lives outside the asylums.

Descriptors: Work, Health Care Reform, Mental Health Services, Mental Health, Psychiatric Nursing.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora do Colegiado de Enfermagem do Instituto Federal do Paraná – Campus Palmas. E-mail mhantonacci@gmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: kantorski@uol.com.br.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: arianecguedes@gmail.com.

⁴ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. E-mail: jandromcortes@hotmail.com.

RESUMO

Objetivo: Compreender o processo de trabalho dos profissionais do Serviço Residencial Terapêutico, suas potencialidades e limites na reconstrução da vida fora dos muros do manicômio. **Métodos:** É um estudo de caso, com abordagem de investigação qualitativa. **Resultados:** demonstrou uma nova construção acerca do objeto de trabalho, um amplo arsenal de meios/instrumentos utilizados baseados no saber psicossocial, e por consequência um entendimento de finalidade do processo diferente da cura prevista pelo modo asilar. **Discussão:** O sujeito em sofrimento psíquico, que agora é visto como um objeto ampliado, participante ativo na apropriação do entendimento da loucura enquanto um modo diferente de relação com o mundo e pertencente a um território, a um grupo familiar, social, que possibilita um modo de inserção social adequado às necessidades individuais. **Conclusão:** Essa percepção busca efetivar a substituição dos manicômios pela liberdade de circular pela cidade, num movimento de reconstrução da vida fora dos manicômios.

Descritores: Trabalho, Reforma dos Serviços de Saúde, Serviços de Saúde Mental, Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el proceso de trabajo de los profesionales en servicios residenciales terapéuticos, potencial y limitaciones en la reconstrucción de la vida fuera de los muros de asilo. **Métodos:** Estudio de caso con enfoque de investigación cualitativa. **Resultados:** Demostraron un nuevo objeto de trabajo, gran arsenal de instrumentos basados en conocimiento psicossocial, y una comprensión de diferentes procesos de curación. **Discusión:** El sujeto, que ahora se ve como un objeto extenso, participante activo en el entendimiento de la locura como una forma diferente de relacionarse con el mundo y la pertenencia a un territorio, una familia, grupo social, que permite el modo de inserción social para adaptarse a las necesidades individuales. **Conclusión:** Esta percepción tiene por objeto llevar a cabo la sustitución de los asilos para la libertad en la ciudad, un movimiento de reconstrucción de la vida fuera de asilos.

Descriptor: Trabajo, Reforma de los Servicios de Salud, Servicios de Salud Mental, Salud mental, Enfermería Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

A atenção em saúde mental no Brasil embora amparada pela Lei nº 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”¹ ainda é marcada pela fragmentação de posições, em que alguns grupos, insistem em polemizar acerca da manutenção de práticas e de instituições características do modo de atenção asilar. Contudo, acreditamos que esta é uma discussão superada, uma vez que, ao aprovar a lei no ano de 2001 o Ministério da Saúde, faz uma clara opção pelo modelo de atenção psicossocial. Acreditamos que este é um fato importante a ser ressaltado, especialmente no atual contexto de discussões políticas, tentativas de retrocessos da lei, no que tange a abertura de leitos em hospitais psiquiátricos, e a manutenção de práticas de atenção que reproduzem o modelo asilar.

A fim de tentar avançar nas discussões propomos, neste trabalho, discutir a respeito da reinvenção dos processos de trabalho nos serviços que compõem legalmente o arcabouço

teórico e prático do modelo de atenção psicossocial. Acreditamos, que a queda dos muros deve ser seguida de mudanças das práticas, pois pouco adianta estabelecer legalmente um cuidado em liberdade, que continue aprisionando no dia a dia dos serviços.

A importância dessa discussão se deve ao fato de que acreditamos que o trabalho se constitui como categoria central para entendimento de uma sociedade, uma vez que, é a partir dos processos de trabalho que ocorrem as transformações da realidade.^{2,3} Assim, a partir da consolidação do novo modelo de assistência à saúde mental, paralelamente à desconstrução e à desinstitucionalização das práticas psiquiátricas iniciadas com a Reforma Psiquiátrica emergem algumas questões com relação à assistência à usuários crônicos, com longos períodos de internação que foram retirados de seus “territórios usados”⁴ e por isso perderam seus vínculos sociais, afetivos e financeiros.

Nesse sentido, a Portaria nº 106/2000 regulamentou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que emergem como proposta de moradia para esse grupo de pessoas, que ao deixar o rótulo de paciente, dado pela psiquiatria, assume o papel de a ser morador, o que permite o início do processo de reaprender a viver um cotidiano, no qual ele pode desejar independente de regras institucionais.⁵ Dessa forma, os processos de trabalho dos profissionais, inseridos neste lar, devem dar conta dos carecimentos que os imprevistos do dia a dia irão gerar no processo de desmontar um modo de vida asilar e remontar um modo de vida psicossocial, que permita ao sujeito autonomia para tocar a vida diária em um mundo não protegido, extramuro.

Diante do exposto, este estudo buscou compreender o processo de trabalho dos profissionais do Serviço Residencial Terapêutico, suas potencialidades e limites para a reconstrução da vida do morador fora dos muros do manicômio.

MÉTODOS

Esta é uma pesquisa qualitativa, que como tal explora significados, variações e experiências na percepção de determinados fenômenos.⁶ E ao lançar mão de um referencial de concepção marxista, o processo de trabalho, acredita que a realidade é passível de transformação pela ação humana, e, para tanto, é importante compreender o dinamismo, a historicidade, a provisoriabilidade desta transformação. As relações de trabalho e os meios de produção têm papel fundamental nesse processo, por isso, o marxismo permitiu compreender que os fatos humanos são historicamente determinados e que o conhecimento e análise de tais fatos permitem o uso racional dessas informações na busca de melhorias da própria condição humana.^{2,7}

Especificamente quando falamos de loucura, as relações que se estabeleceram com a sociedade, ao longo dos séculos, permitem a compreensão da passagem da doença, para a existência-sofrimento. Esta mudança paradigmática é significativa, pois entende que um sujeito, mesmo após longos

anos de internação e isolamento pode voltar a caminhar na vida⁸ através da participação em trocas estabelecidas em dispositivos territoriais, como o Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

A fim de contemplar a riqueza das trocas que se estabelecem nestas relações a opção de coleta de dados foi a realização de observação e entrevistas semiestruturadas. O processo de coleta foi organizado se deu a partir do contato prévio com o campo, seguido exploração do campo de estudo, seguido visita aos serviços da rede de saúde mental, proposição do estudo e identificação dos sujeitos do estudo, agendando entrevistas. Foram realizadas 480 horas de observação, registradas em diário de campo, com as impressões obtidas durante 16 horas diárias em 3 semanas de observação. As entrevistas, semi estruturadas, foram realizadas com 6 trabalhadores, sendo registradas por equipamento de áudio e posteriormente transcritas na íntegra, possibilitando a organização dos dados coletados para análise. Optou-se por um roteiro de entrevista com cinco questões norteadoras acerca do funcionamento da rede de serviços; contribuição para a oferta da atenção psicossocial no município; dificuldades e facilidades no funcionamento da rede; o trabalho no SRT e a importância do trabalho no SRT para a vida dos moradores.

Foi respeitado o sigilo dos entrevistados, sendo estes denominados “Trabalhador”, seguido da ordem em que ocorreram as entrevistas. A transcrição dos dados de áudio foi integralmente analisada, classificando as falas de acordo com as categorias que emergiram do próprio referencial do estudo, objeto, instrumentos e finalidade do trabalho. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) sob o Parecer nº 073/2009. Acredita-se que a forma de organização dos processos de trabalho no SRT de Alegrete/RS são partes de uma totalidade que não podem ser analisada isoladamente, e não podem ser abstraídas das demais relações sociais que lhes permitem existência e que lhes dão um sentido social, ideológico, científico e técnico. Dessa forma, situa-se o presente trabalho no contexto de um país que vive intensamente discussões acerca das formas de lidar com a saúde mental, palco de lutas políticas por conquistas e/ou reconquista de espaços, para um cuidado em liberdade qualificado ao usuário do sistema de saúde. Um Sistema que se propõe a ser único, universal, integral e equânime, mas que, por vezes, ainda anda na contramão da lei e privilegia cuidados hospitalocêntricos e que valorizam especialidades. Mas também um país que conta com municípios que respeitam os princípios e leis que orientam o sistema de saúde e com uma militância importante no que tange a saúde mental, e que devem ser apresentados em cenários nacional, a fim de que possam ser pensados como possibilidades de experiências norteadoras para orientação de outras redes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Serviço Residencial Terapêutico, emerge local de práticas que constrói seus saberes a partir necessidades humanas individuais dos sujeitos, que estabelece relações coletivas e multiprofissionais, e que exercita seus saberes na vida real, estimulando a apropriação e a autonomia dos usuários. Para tanto, as construções em torno do **objeto de trabalho** exigem que este seja entendido a partir de uma visão ampliada, a fim de que o trabalhador consiga adequar seus instrumentos de trabalho e direcionar de forma compartilhada que tipo de reconstrução de vida pode ser construída, sem menosprezar ou frustrar a pessoa, com expectativas aquém ou além do que ele pode responder naquele momento.

“Cada paciente tem um problema, tem um diagnóstico, mas que ele consegue, um consegue estudar, outro consegue fazer outra coisa. [...] tem ver como qualquer outra pessoa. Claro que tem uns que são mais difíceis, mas nós estamos tentando ver, bom, se o paciente não pode fazer aquilo, se ele não pode estudar, ele pode fazer outra coisa, alguma coisa ele sabe [...] Eu acho que sempre um funcionário tem que estar colocando isso aí, nunca levar para o lado de que ele não consegue, eu acho que eles conseguem!” (Entrevistado 1)

“A gente tem que respeitar. Então a gente tem que respeitar o que a pessoa sabe fazer, e se ela não tem condições, não faz.” (Entrevistado 4)

O movimento de rompimento com antigos saberes que concebiam o objeto de trabalho em saúde mental como doença, e com isso todos classificados em determinada patologia eram iguais, pode ser evidenciado quando o trabalhador afirma que cada sujeito é diferente do outro, um “tem um problema, tem um diagnóstico”, outro consegue fazer outra coisa, mas que isso não pode ser maior do que a potencialidade de cada sujeito. Nesse momento, reconhecer existe um “problema” e que ele não anula a potencialidade da pessoa, permite ao trabalhador colocar a doença entre parênteses⁹ e trabalhar somente com o sujeito e todas as possibilidades a serem desenvolvidas individualmente.

Essa mudança na visão do trabalhador sobre seu objeto de trabalho abre caminhos para a desconstrução da ideia de separação entre o estado de saúde e de doença, como se a existência de doença fosse condição para suspensão de uma vida ‘normal’, isto é, da atividade de vida diária, do trabalho, e, ao contrário, a saúde um sinal da manutenção do indivíduo no próprio papel.¹⁰ Na fala do trabalhador, a proposta é que haja a suspensão da doença e não da vida, para que o sujeito possa, de uma forma adequada à sua própria subjetividade, reassumir seu papel, sua capacidade de trocas com a sociedade, característica social de uma vida saudável. A partir desta perspectiva, a doença deixa de ser incapacitante e de propriedade médica e passa a constituir-se em existênci-

-sofrimento, redefinindo o objeto de intervenção, as práticas terapêuticas e a finalidade do cuidado.

Assim, o novo paradigma questiona e derruba as certezas clínicas da psiquiatria e propõe uma nova forma de cuidar, que é permeada de incertezas devido à complexificação do objeto de intervenção, mas que é mais rica em termos de ampliação das possibilidades dos sujeitos. Possibilidades estas que foram subtraídas do sujeito durante os anos de confinamento no manicômio. Aqui é importante ter em mente que ao chegar ao SRT “o louco” é uma figura marcada pela rotina, hábitos e restrições manicômiais, e que desaprendeu a viver sem as regras impostas pela instituição.

A reconstrução, e talvez, o mais importante, a reapropriação das vidas para essas pessoas, exige dos trabalhadores do SRT ver cada morador como um ser único, pertencente a um grupo social, e a partir disto, construir, com um alto grau de criatividade e maleabilidade, meios de intervenção com o objetivo de possibilitar a retomada de uma vida, que é uma vida única, e que deve ser vivida de forma única.

Objeto de trabalho no SRT, diferente do modo asilar, não deve mais ser visto como um doente, um incapaz, destinado a viver uma vida inteira restrito a um espaço limitado de trocas sociais. Ao contrário, o modo psicossocial defende uma nova forma de olhar e propõe romper com a ideia de incapacidade, vinculada à loucura, ainda muito presente na sociedade.

“Eu não vejo eles doentes. Doente é quem tá em cima de uma cama, que não consegue fazer nada. Eu acho que eles são seres humanos, eles fazem tudo, eles conhecem, eles são bem inteligentes, não são aquelas pessoas, que como dizem: “são loucos, tem que estar internados”, eu acho que não! Tem que trabalhar por um resgate deles, de entrarem na sociedade. Para ver isso, nós estamos lutando!” (Entrevistado 1)

“É muito discriminado, “lugar de louco é no hospício”, “tem que ser trancado”, aquela coisa toda. E tu vê que aqui eles tem uma vida social praticamente igual a nossa. Eles vão à escola, eles vão ao mercado, eles vão à igreja, eles saem de ônibus sozinhos, sem precisar de ajuda de ninguém, eles vão lá no CAPS. O Morador X vai na biblioteca, pega livro, ele sabe o dia que tem que devolver, ele paga a mensalidade lá.” (Entrevistado 2)

Muitas conquistas foram alcançadas a partir da mudança no modelo de atenção em saúde mental, contudo ainda há muitos caminhos a percorrer, e um deles é a forma como a loucura ainda é encarada pela sociedade, mesmo após muitos anos de luta da reforma psiquiátrica brasileira. A desconstrução do paradigma manicomial, tão enraizado na sociedade, deve se dar para além da simples queda dos muros no sentido físico, já que “quando os muros caem, o que fica é a continuidade entre os espaços”,¹¹ e por isso a importância de derrubar também o manicômio que existe em cada um de

nós, que insiste em manter o aparato cultural que sustenta a discriminação e o aprisionamento da loucura.

Entender que o louco “tem uma vida social praticamente igual a nossa”, é dizer que é possível romper com as diferenças que separam os *loucos*, confinados aos manicômios, e os *sãos* componentes da sociedade. A aproximação entre os atores, trabalhador e sujeito em sofrimento psíquico, aqui presente na fala do trabalhador, parece indicar possibilidades de uma dialética entre a vivência do cuidado e a experiência da loucura, quando articula equipe, usuário, e as possibilidades que o território oferece aos moradores e como eles transitam nesse espaço ofertado. Aliás, não só transitam, mas assumem responsabilidades e compromissos, dando início a um processo de transformação do lugar do louco para um sujeito político.

Os moradores pertencem a um grupo que foi, e ainda é, excluído de vários espaços da cidade, contudo, a forma como organizam-se as redes e os processos de trabalho tem a potencialidade de quebrar esse ciclo de exclusão imposto ao sujeito em sofrimento psíquico, aqui este rompimento pode ser observado pelo fato dos moradores ocuparem um espaço considerado intelectual, e, tradicionalmente, pouco frequentado pela população em geral, que é biblioteca da cidade. Consumir cultura, confere um novo papel social, diferente do que tradicionalmente é imposto pela institucionalização, possibilitando a abertura de espaços para novas formas de diálogo com a cidade, e de circulação nos espaços de consumo de arte e cultura, rompendo com antigos preceitos de incapacidade, inadequação e segregação da loucura.

A complexidade do objeto exige lançar mão de um complexo de instrumentos de trabalho específicos, que incluem métodos, técnicas, equipamentos e/ou recursos para realizar intervenções àquele determinado objeto.^{2,3} No modo psicossocial, os meios/instrumentos de trabalho estão baseados em construções teóricas e equipamentos de assistência, que não mais admitem a coerção dos manicômios, sejam elas físicas ou químicas, mas sim, recursos ampliados – assim como o objeto – com vistas à reposição do sujeito frente a existência-sofrimento.^{9,12}

Neste contexto, emerge um meio que parece marcante no dia a dia dos trabalhadores do município é o saber psicossocial. A utilização deste saber, enquanto meio de trabalho, possibilita a criação de novos diálogos com a complexidade da existência-sofrimento, de itinerários de exercício de direitos e de um novo lugar social para a experiência da loucura. A utilização do saber psicossocial, que valoriza os desejos dos moradores da casa, está presente durante todo o processo e pode ser evidenciado em algumas falas.

“Se um deles quer comprar uma coisa, um rádio, uma roupa, até um creme, e ele pede para eu ir ao centro comprar, eu digo: “não, tu queres comprar? Eu vou contigo, vamos ao mercado e tu escolhes do teu gosto”. Essas coisas que a gente tem que cultivar neles. Porque eu não posso comprar uma coisa que eles não vão gostar, e dar

para eles usarem ou dar para eles comerem, e se ele não gostar? Tem que deixar a liberdade deles escolherem.” (Entrevistado 1)

As relações que têm sido produzidas a partir da instituição do saber psicossocial abre um campo de transformações, a partir da valorização dos sujeitos em sofrimento psíquico. Suas vivências, seus gostos, seus desejos, agora são valorizados, como num retorno aos próprios corpos, que antes se restringiam a receber o que lhe era oferecido. Esse instrumento de trabalho parece imprimir uma singularidade na produção de novas formas de diálogo entre trabalhador e morador, com respeito ao exercício de direitos e de autonomia.

A delimitação dos instrumentos utilizados, nos processos de trabalho em saúde mental, é uma tarefa difícil, pois a partir da ampliação do objeto, pois o objeto complexo, requer instrumentos complexos e interligados. Então o saber psicossocial, emerge como instrumento importante, que conduz as práticas no cuidado ao usuário, mas também conduz as relações que se estabelecem entre a gestão e os trabalhadores facilitando a construção de ações interligadas no sentido de qualificar a rede de atenção.

A partir de então organizam-se processos de trabalhos conjuntos e dialogados, com espaços de reuniões e de trocas, construídas com base em vínculos estabelecidos entre os todos os atores envolvidos no processo, tanto gestores quanto os trabalhadores e usuários dos serviços, refletindo um sentimento de acolhimento e compartilhamento das demandas.

“Essas reuniões periódicas, que a gente tem toda a segunda-feira, são muito boas! Porque a gente leva para lá o que a gente está sentindo de problemas, de dificuldade e facilidades. E a gente consegue o apoio da coordenadora do sistema e da secretária.” (Entrevistado 2)

“É importante o diálogo. Aqui mesmo a gente faz uma reunião semanal e esta reunião semanal é importante para a gente trocar sobre o histórico semanal da casa, e discutir a convivência com os colegas.” (Entrevistado 6)

Os espaços de reunião são instrumentos importantes no processo de trabalho em saúde, pois oportunizam as trocas entre a gestão, os trabalhadores e os moradores, acolhendo as demandas, reinventando forma de atenção, construindo novas estratégias, possibilitando a construção de um projeto comum, que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde mental.¹³

Tais espaços de compartilhamento favorecem o fortalecimento de outro instrumento de trabalho importante que é a co-responsabilização dos atores, trabalhadores e gestão, na atenção aos usuários. Esta marca um projeto que transforma o processo de constituição da rede de saúde mental do município, agregando diferentes práticas e instituições com-

prometidas com a liberdade e inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico.

“Motiva a gente a continuar batalhando, porque a gente tem o apoio da rede. A gente é muito apoiado por todos, tanto a equipe do CAPS I, do CAPS II, do CAPS ad, do SAIS. É bem legal nossa comunicação e o nosso relacionamento.” (Entrevistado 2)

“O que ajuda aqui é todo o setor trabalhando junto. É assim que a gente trabalha aqui, qualquer coisa que a gente precisa a gente pede e eles dão o apoio.” (Entrevistado 5)

Esse trabalho entre as diferentes equipes que atuam no eixo da desinstitucionalização possibilita operar tecnicamente com recursos que não sejam somente os exercidos pela mesma equipe de atenção diária do serviço, ampliando os recursos terapêuticos no cuidado aos sujeitos. Nesse sentido, a rede de serviços pode se organizar como uma rede de apoio na medida em que existam profissionais disponíveis e capazes de estabelecer conexões e diálogos entre os diferentes pontos da rede. Compartilhar este compromisso é uma forma de co-responsabilização na produção de saúde, em busca da eficácia das práticas e da promoção da individualidade e da cidadania num sentido mais amplo.

Assim, alguns autores^{14,15,16} vêm apontando para a necessidade dos processos de mudanças serem pautados por ações integradas, de caráter intra e interinstitucional, não somente a partir de instituições sanitárias, mas investindo na utilização e gestão de recursos e potencialidades dos territórios, construindo coletivamente a responsabilidade pelo cuidado.

“Aqui na comunidade, tinha uma professora que dava aula, num salão, para os moradores do bairro, e sempre convidavam eles para ir. Eles iam para estudar lá. Então eu acho que tem essa troca entre os moradores e os vizinhos, fica sendo uma rede e eles estão conhecendo outras pessoas, eles estão conhecendo outros moradores, eles saem, vão à igreja, sempre estão se trocando.” (Entrevistado 1)

“Essas oficinas que eles participam no CAPS, eu acho que um dia poderia ser feita em outros locais, como praças, até pra melhorar o convívio deles com a sociedade.” (Entrevistado 6)

É importante que os sujeitos saiam também dos espaços dos serviços e sejam acolhidos pela sociedade, comecem a transitar pelo bairro, pelas ruas, pelas praças da cidade, de modo a efetivar os preceitos da “clínica da reforma”,¹⁷ a qual relaciona o sujeito histórico com o seu cotidiano e que é integralmente afetada pelos espaços onde se realiza. O SRT parece ser o espaço que propõe, a moradores e trabalhadores, esse desafio da desconstrução de formas tradicionais e

hegemônicas de clinicar, de cuidar e morar, considerando todas as possibilidades que o encontro da loucura com a cidade é capaz de apresentar. Contudo, não existe uma fórmula pronta para o cuidado em saúde mental, pois este é realizado com base nas tentativas que a imprevisibilidade que o dia a dia oferece.

“Tu está sempre fazendo novas experiências... Porque às vezes nem tudo tu consegue. Mas assim, tem dado certo, a gente tem agido sempre na compreensão, no carinho, na atenção, no diálogo com eles.” (Entrevistado 2)

Ao operar na lógica da “compreensão, no carinho, na atenção, no diálogo” com os moradores, o trabalho acontece mobilizando afetos, envolvendo os atores, em relações que ultrapassam as barreiras entre profissional/usuário. O envolvimento dos trabalhadores que atuam nos serviços substitutivos possibilita a construção dos projetos de vida, o que neste cenário ficou bastante evidente. Existe um grande desejo de que a mudança nas relações ultrapassem os espaços dos serviços e alcancem os encontros entre a cidade e a loucura.

“Eles [moradores] queriam estudar, então o funcionário foi lá conversou com a diretora. Nos primeiros dias o funcionário vai, encaminha eles, uns dois, três dias, depois, conforme for ele vai sozinho. E eu digo para o colégio, que não tratem eles como uns doente, tratem como qualquer outra pessoa, como os alunos de vocês!” (Entrevistado 1)

É preciso ter em mente que o SRT não é apenas um serviço institucional de retorno a uma casa, ao contrário, é um espaço de moradia que busca a desinstitucionalização dos sujeitos, e que, por isso, deve utilizar meios de trabalho com vistas à conquista dos espaços territoriais, e todas as possibilidades diante da descoberta ou redescoberta de novas trocas, de novas relações, de novos desejos a serem realizados, enfim de reconstrução da vida.

Nesse sentido, o papel da equipe se revela como um importante mediador na exploração do território, de modo a identificar o que se pode oferecer como campo de possibilidades para o morador, bem como, mediar a construção desse campo de relações.¹⁸ No caso de Alegrete, o desejo de voltar a estudar foi uma das possibilidades oferecidas pelo território, com a qual os alguns moradores gostariam de se relacionar, a partir de então a presença mediadora da equipe, empoderada de seu saber psicossocial, junto à escola, busca desconstruir a ideia de “tratar como um doente” e construir um lugar onde o sujeito seja reconhecido como um aluno com capacidade de efetuar e sustentar suas escolhas.

Estar de volta à cidade, habitar uma casa, frequentar novos espaços, significa estar muito mais exposto às diferenças e às frustrações que a vida pode apresentar. O morador, depois de tantos anos ‘protegido’ da vida pelos muros, pode não ter o enfrentamento necessário para ultrapassar algumas

barreiras impostas pela vida, e a equipe e seu saber mais uma vez mostra-se importante nesse processo.

Nesse retorno à vida cotidiana, é necessário (re)aprender as atividades que antes pareciam, e eram, tão naturais à vida em sociedade, como comer a hora que tiver fome, cozinhar a própria comida, sem precisar que ninguém escolha quando, quanto e o que comer, tomar banho, enfim aprender a interagir consigo e com o outro. Esse papel de ensinar o morador a interagir socialmente deve ser assumido pelo trabalhador, como demonstra a fala a seguir:

“Acho que meu tempo é todo para ensinar eles. Se eles precisam de alguma coisa: para tomar banho, ou se um quer cozinhar, eu vou ensinar ele a cozinhar. Se tem que sair com eles, por exemplo, pra levar no médico, [...] A gente fala para o paciente tal dia é a consulta, tem que marcar, nós vamos com ele ali. A gente foi a primeira vez, a segunda vez ele pode ir “solito”, não tem problema!” (Entrevistado 1)

“Procurar mostrar para eles o que tem que ser feito, como é que tem que ser feito, se eles não sabem a gente procura ensinar, a gente procura não fazer para eles. Ao menos que eles tentem fazer e realmente não consigam aí eu vou lá, faço e mostro para eles como tem que fazer. No outro dia, eu cobro deles o que eu ensinei, mas eu procuro sempre estar ensinando eles como fazer. Para eles terem certa autonomia no dia a dia.” (Entrevistado 3)

A invenção de novos meios de trabalho que interrompem a morte social do indivíduo, é um desafio diário na produção do cuidado no SRT. Não basta se mudar para casa é imprescindível viver a casa, a rua, a cidade. Assim sendo, é necessário atentar para que o morador não construa uma “inserção marginal”¹⁹. Para a autora, há de se atentar para a qualidade de inserção, não se restringindo apenas ao espaço de morar na casa, mas que ele possa assumir papéis de inserção na cidade.

Toda essa mudança nos instrumentos decorre das mudanças da **finalidade** desse trabalho, visto que a finalidade é o que se quer alcançar com o trabalho. Aqui entendemos que é necessário discutir as possibilidades de reconstrução da vida de pessoas, que após anos de institucionalização, desaprenderam a viver fora de um ambiente institucional. Acredita-se que a reinserção social deve pautar-se em uma reconstrução possível, dentro do limite de cada sujeito, sem a busca por parâmetros de uma homogeneização social.

Assim, atua de modo a intermediar a reapropriação do “território usado”⁴ dos moradores, oferecendo algumas iniciativas, que já são reconhecidas como realidade no processo de retorno ao convívio social. A conquista dos espaços do território é fundamental na construção do cenário de reinserção, pois esse pode ser um espaço fértil para experimentações que o encontro entre a loucura e a cidade pode ofe-

recer.²⁰ Dentre elas, os trabalhadores reconhecem alguns pontos na comunidade, nos quais os moradores já transitam.

“Hoje em dia o colégio aceita eles, são pessoas que estudam, e principalmente, são os que menos incomodam!” (Entrevistado 1)

“Eles vão ao brechózinho que eles gostam de ir, eles vão na igreja, ao mercado. A primeira vez [no mercado] eu fui junto, para ver como é que eles são tratados, o Morador 7 foi no caixa. Ele foi, colocou as coisas em cima do balcão da moça, então ela olhou pra ele, conversou com ele, cumprimentou, perguntou como é que tava o dia, coisa e tal.” (Entrevistado 2)

Nesse espaço, o encontro entre os moradores e a escola, ou o mercado já produz uma aceitação natural, como afirma o trabalhador, pois há um movimento de aceitação dos moradores que rompe com os grilhões relegados ao louco no manicômio. Aqui importa entender que o sujeito em sofrimento mental jamais transitaria por esses espaços se continuasse asilado no manicômio, essa é a riqueza da finalidade do processo de trabalho da atenção psicossocial.

Além disso, a possibilidade de ter acesso à compra de mercadorias reposiciona o sujeito enquanto parte integrante do ciclo regulador de trocas do mundo capitalista. Ao ter condições de consumir o que deseja, o morador ultrapassa o conceito de carência ou necessidade, e abarca uma dimensão que inclui o desejo, incluindo todos os bens da produção social, muito além do preenchimento de necessidade, caso contrário, corre-se o risco de uma inclusão marginal, ou seja, são sanadas algumas de suas necessidades, em geral muito prementes, mas não são cultivadas a cidadania, ou a autonomia.

“A gente procura ensinar eles a fazer as coisas aqui dentro para que a hora que sair daqui, eles já sabem se virar aí fora. [...] a autonomia deles, de repente tem uns que não vão ficar aqui muito tempo, saem daqui e já sabem como se virarem aí fora, na sua própria casa ou na dos parentes.” (Entrevistado 5)

A autonomia garante ao sujeito capacidade enfrentamento das diversas situações de vida as quais ele poderá ser exposto, e é com base nisso que o trabalhador planeja seu cuidado. Não é o fato de ensinar, pedagogicamente, a tomar banho ou varrer a casa, mas sim lidar com as possibilidades que o habitar a cidade pode gerar.

Acredita-se que a transformação de um usuário em cidadão passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia. Nesse sentido, algumas estratégias são adotadas para possibilitar o aumento da autonomia, mesmo no espaço protegido do serviço. A Morada Assistida localizada nos fundos do SRT possibilita uma situação de passagem, na qual

os moradores vão se apropriando de novas formas de morar até que seja possível morar em uma casa que não o serviço.

“Nós temos as casinhas no fundo que é onde alguns se mantêm. Ali tem moradores que moraram 40 anos lá no São Pedro em Porto Alegre e agora eles fazem todo o serviço deles, tudo sozinho. Claro que eles contam com nossa orientação, mas, praticamente eles vivem sozinhos ali, cuidam de si.” (Entrevistado 5)

O fato de ter um espaço protegido, mas que, ao mesmo tempo, estimula uma vida independente do serviço remete o morador a um espaço em que ele tem que administrar os conflitos e situações que a realidade que a vida apresenta. Com base nessa primeira experiência de viver ‘além’ do serviço, abrem-se novas possibilidades de reconstrução de uma estrutura familiar.

Uma das finalidades do processo de trabalho dentro do contexto da atenção psicossocial é possibilitar ao morador a reconstrução da sua vida não só fora dos muros do manicômio, mas também fora dos muros de qualquer serviço. Os trabalhadores acreditam que aquelas pessoas podem ocupar um lugar social que vai além de usuários de serviços de saúde mental, para eles há a possibilidade concreta de os moradores desenvolverem mais autonomia, seja na ida para a moradia assistida, ou na aquisição de suas próprias casas, independente de retornar à suas famílias ou não.

Por fim, destaca-se que a proposta do SRT se configura em uma modalidade de serviço que carrega consigo uma importante tarefa, que é a desconstrução dos estigmas da loucura, já que aposta na convivência urbana dos loucos como cidadãos e busca concretizar a efetiva substituição dos manicômios pela liberdade de circular pela cidade, num movimento de reconstrução da vida fora dos muros do manicômio. Nesse sentido, durante o trabalho de campo, uma fala em especial chamou a atenção, e parece representar a desconstrução a que se propõe a inserção do louco na cidade.

“Eu conhecia o “Boca Murcha” na rua e quando eu entrei aqui e conheci o Morador 12. Este daqui é fora de sério, é formidável, é um exemplo de pessoa, a educação que ele tem! Mas lá fora ele era um monstro entendeu? Ele vivia na rua, ele vivia sujo diziam que até às vezes agressivo com a sociedade, até eu tinha receio dele! E eu com a vinda para a residência terapêutica eu conheci o outro lado da vida dele, eu acabei conhecendo o [nome do morador].” (Entrevistado 6)

Essa fala torna-se emblemática na construção de um novo lugar social possível para o louco, quando o trabalhador afirma que agora consegue enxergar uma pessoa com nome e não mais um personagem estigmatizado da cidade. O morador, segundo o trabalhador, é um exemplo de pessoa, evidenciando o importante movimento de desconstrução de todo o

estigma que a loucura carrega imbricada em si, uma vez que o “Boca Murcha” perde o lugar de monstro, temido pela sociedade e ganha um outro lugar social, o de exemplo de pessoa.

A imagem da loucura-doença mental operadas pela tradição crítica da psiquiatria, da racionalidade moderna e dos discursos e práticas produzidos historicamente e que forjaram uma figura estereotipada e entorpecida para aqueles que escapam aos limites dessa racionalidade,²¹ é desconstruída com a partir da queda dos muros do manicômio, que aprisionavam o sujeito, não só no sentido físico, mas no sentido mais amplo de aprisionamento em conceitos asilares, que delegam ao louco a imagem de marginalidade e de periculosidade. A ida do morador para a casa pode desenhar uma outra possibilidade de vida. Nesta o louco torna-se uma pessoa, que transita em um território, que habita uma casa, que faz amigos, que vai a escola, que reconstitui laços perdidos, enfim que volta a usufruir as possibilidades que a liberdade pode oferecer.

CONCLUSÕES

Ao final deste estudo, que encontra-se inserido no contexto das transformações políticas da assistência em saúde mental, acredita-se que essas não bastam se não forem efetivadas no dia a dia dos processos de trabalho nos serviços. Amparado nessa perspectiva, emerge a necessidade de olhar para as novas modalidades de atenção, como o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Neste estudo o SRT do município representa apenas uma das experiências promissoras na consolidação de pontos propostos pelo novo paradigma de atenção à saúde mental, apresentando caminhos e possibilidades a serem trilhadas por outros cenários. Os SRT são espaços de construção de possibilidades de reinserção do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade, por isso deve-se atentar para que não se torne um dispositivo de retomada de uma vida moralmente aceitável, mas sim de valorização de singularidades. A opção por estudar uma rede de saúde que valoriza as singularidades dos sujeitos, a partir de diferentes possibilidades de circulação social, permite divulgar formas de organização de processos de trabalho que tem mostrado resultados efetivos em termos de cuidado em liberdade, e não a simples adesão a políticas e a parâmetros aceitáveis de socialização ou reconquista de habilidades sociais.

Este estudo reafirma a importância de apresentar experiências exitosas de (re)construção de projetos de vida, a fim difundir o que vem sendo produzido em termos de cuidado na atenção psicossocial, propondo novas formas de avançar em pontos que ainda permanecem críticos, mesmo após tantos anos de lutas por novas formas de cuidar em saúde mental. Contudo, não é pretensão do estudo estabelecer fórmulas padrões para o processo de reconstrução do convívio social e da inserção de sujeitos em sofrimento psíquico fora dos muros do manicômio. As certezas poderiam levar a um retrocesso para os antigos conceitos manicomial.

Ao contrário, pretendemos olhar para todas as possibilidades de reconstrução da vida de pessoas, que, após anos de institucionalização, desaprenderam a viver fora de um ambiente institucional. Ainda, acredita-se que esta deve ser uma reconstrução possível, dentro do limite de cada sujeito, sem a busca por parâmetros de uma homogeneização social. Portanto, destaca-se a relevância desse estudo e sua contribuição na discussão acerca dos processos de trabalho no SRT, enquanto espaço que propõe o desafio da desconstrução de formas tradicionais e hegemônicas de clinicar, de cuidar e morar, considerando todas as possibilidades que o encontro da loucura com a cidade é capaz de apresentar.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: DF; 2001.
2. Marx K. O Capital. 5ªed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Civilização Brasileira S.A; 2014.
3. Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo (SP): Cadernos CEFOR; 1992.
4. Santos M. O Espaço Cidadão. 7ed. São Paulo (SP): Editora da Universidade de São Paulo; 2007.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília: DF; 2000.
6. Silverman D. Doing qualitative research. London (UK): Sage; 2013.
7. Chauí M. Convite à Filosofia. 2ª ed. São Paulo(SP): Ática; 2010.
8. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro (RJ): Forense; 1978.
9. Rotelli F. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa e dos "Países Avançados". In: Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.
10. Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; 2010.
11. Scarcelli IR. Os sentidos do morar e a cidade: um olhar sobre os serviços residenciais terapêuticos. In: Cadernos IPUB. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ/IPUB; 2006. p.71-82.
12. Costa-Rosa A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo (SP): Editora Unesp; 2013.
13. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública. 2014;30(7):1453-1462.
14. Vieira Filho NG, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Estudos de Psicologia. 2004;9(2):373-379.
15. Antonacci MH, Kantorski LP, Willrich JQ, Argiles CTL, Coimbra VCC, Bielemann VLM. The structure and flow of the health care network as an instrument of change in psychosocial assistance services. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(4):888-95.
16. Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS. Matrix support in mental health: the perception of professional in territory. R. pesq.: cuid. fundam. [periódico na Internet]. 2013 jan/mar [acesso em 2002 Aug 12];5(1):3311-22. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1951/pdf_689>.
17. Delgado PGG. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na reforma brasileira. In: Cadernos IPUB. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ/IPUB. 2006;19-34.
18. Sanzana APMP, et al. A Reforma começa em casa: o fio da navalha na clínica dos dispositivos residenciais terapêuticos do IMAS Juliano Moreira. In: Cadernos IPUB. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ/IPUB. 2006, p.169-178.
19. Weyler AR. O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. Imaginário - USP. 2006;12(13): 381-395.
20. Arraes-Amorim AK, Dimenstein M. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. Fractal: Revista de Psicologia. 2009;21(2):319-33.
21. Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo (SP): Perspectiva, 2009.

Recebido em: 01/06/2016

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 10/10/2016

Publicado em: 10/07/2017

Autor responsável pela correspondência:

Milena Hohmann Antonacci
Rua Padre Anchieta, 4156 apto 201. Pelotas/RS
CEP: 96015420
E-mail: mhantonacci@gmail.com