

Ser, estar, habitar: serviços residenciais terapêuticos no município de Campinas, SP

Residential therapeutic services at Campinas, SP

Ana Lucia Marinho Marques¹, Elisabete Ferreira Mângia²

MARQUES, A. L.; MÂNGIA, E. F. Ser, estar, habitar: serviços residenciais terapêuticos no município de Campinas, SP. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 23, n. 3, p. 245-252, set./dez. 2012.

RESUMO: No contexto da implementação das redes de atenção psicossocial no país, ganha destaque e importância os Serviços Residenciais Terapêuticos, como dispositivo fundamental ao processo de desinstitucionalização. Este artigo objetiva apresentar estudo desenvolvido no período de julho de 2004 a fevereiro de 2005, e que teve como objetivo geral: conhecer os serviços residenciais terapêuticos, o percurso histórico de sua implementação, e sua proposta no município de Campinas, SP. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais que atuaram no trabalho de implementação e acompanhamento das moradias. A observação de campo em dois serviços residenciais foi norteada pela metodologia de observação participante, que permitiu estudar em profundidade esses serviços. O percurso da pesquisa permitiu a apreensão de processos reais de inclusão social e demonstrou a validade e viabilidade dos dispositivos residenciais como campo excepcional para a atenção e cuidado em saúde mental e a análise dessa experiência pode trazer contribuições importantes para as experiências que estão atualmente em curso em diversos municípios.

DESCRIPTORIOS: Moradias assistidas; Instituições residenciais; Comunidade terapêutica; Redes comunitárias; Desinstitucionalização; Atenção à saúde; Terapia ocupacional.

¹ Terapeuta Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP. Mestre em Ciências da Reabilitação pela FMUSP.

² Profª. Dra. do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

Endereço para Correspondência: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. R. Cipotânea, 51 Cidade Universitária. CEP: 05360-160 São Paulo, SP. E-mail: almmarques@usp.br

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das redes de atenção psicossocial tem possibilitado a mudança do modelo assistencial em saúde mental. Nesse contexto, destacam-se os serviços residenciais como ponto de atenção estratégico no processo de desinstitucionalização e inclusão na comunidade de pessoas que viveram longos períodos de internação (BRASIL, 2011).

A reflexão sobre a implantação e os resultados atingidos pelos serviços residenciais se mantém como importante e necessária ao processo de ampliação e consolidação das redes de serviços ainda em curso no Brasil. Dados divulgados em 2012 mostram que existem 625 Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento no país, com o total de 3470 moradores, além de 154 SRTs em fase de implantação. No Estado de São Paulo, os dados apresentam 285 SRTs, sendo 233 em funcionamento e 52 em fase de implantação, contemplando um total de 1136 moradores (BRASIL, 2012).

Na década de 1990, o município de Campinas (SP) desenvolveu uma experiência pioneira de reorientação do modelo assistencial em saúde mental com a implantação da rede de serviços contemplando CAPS III, com funcionamento 24 horas, e Serviços Residenciais (VALENTINI, 2001; FURTADO; PACHECO, 1998). Atualmente, a rede de atenção psicossocial do município se mantém como exemplar e conta com seis CAPS III, dois CAPS infanto-juvenis e dois CAPS para atendimento de sujeitos com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; centros de convivência e cooperativa; 38 serviços residenciais terapêuticos; equipes de saúde mental na rede básica; dois prontos-socorros Psiquiátricos; três enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais; equipe de psiquiatras no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, central de regulação das vagas de internação psiquiátrica do município e quarenta leitos em hospital especializado (SURJUS; CAMPOS, 2011).

O estudo aqui apresentado buscou conhecer os serviços residenciais terapêuticos da cidade de Campinas, sua proposta e processo de implementação no ano de 2004. A intenção é a de resgatar essa experiência e discutir sua importância no contexto atual, pois este processo pode revelar aspectos importantes a serem considerados por outras experiências locais em curso.

Procedimentos metodológicos

O estudo buscou conhecer as características, processo de implantação e o funcionamento das Residências

Terapêuticas a partir da análise de duas moradias, dentre as existentes no município. Para tanto, desenvolveu entrevistas semiestruturadas, observação participante além de estudo bibliográfico e documental.

Foram realizadas nove entrevistas com profissionais envolvidos no processo de implantação dos SRTs e com profissionais que realizavam o acompanhamento de cada residência estudada. As entrevistas, norteadas por roteiro, foram gravadas, transcritas integralmente e devolvidas aos depoentes para as alterações que julgassem necessárias.

O processo de observação participante (VASCONCELOS, 2002) consistiu no acompanhamento semanal, em dias da semana e períodos previamente fixados, e permitiu grande aproximação com cada residência e a identificação do universo de trocas presentes no cotidiano de moradores e equipe envolvida no cuidado. A presença do pesquisador nas casas propiciou envolvimento com os moradores e participação em ações o desenvolvimento de relações e a tomada de contato com suas histórias e experiências de vida. Esse processo de convivência possibilitou vislumbrar as formas com que administravam as casas, estabeleciam laços afetivos, realizavam escolhas, tomavam decisões e se apropriavam do novo espaço de vida, questões fundamentais no desenvolvimento de processos de desinstitucionalização.

A coleta de dados junto aos moradores e pessoas da comunidade com quem conviviam ocorreu no processo de interação em momentos informais e foram registradas no diário de campo. Para a observação da rotina, coleta de dados e a posterior realização de um diário de campo, considerou-se como eixo fundamental a ação e a participação dos moradores e das equipes técnicas que acompanham as moradias, objetivando-se uma visualização: das práticas profissionais, da realização de atividades dentro e fora da casa, da desconstrução e construção de saberes e poderes nas relações produzidas no contexto de uma moradia.

Para a identificação dos moradores, optou-se pela utilização de nomes fictícios, a fim de preservar sua identidade. As entrevistas de onde se extrairam dados apresentados serão numeradas.

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa –CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da USP, em 11 de agosto de 2004 (Protocolo nº 470/04) e contou com financiamento FAPESP (Processo nº 04/03309-3)

Implementação das moradias no município de Campinas

O processo de constituição da rede de serviços de saúde mental em Campinas foi iniciado em maio de 1990

a partir do processo de transformação do então *Sanatório* “Dr. Cândido Ferreira”, pautado em mudanças na estrutura, propostas e dinâmicas institucionais visando adequar a oferta assistencial às necessidades dos usuários. Como resultado, foram organizadas duas novas unidades: a Unidade de Reabilitação de Crônicos, destinada aos usuários que moravam no hospital, e a Unidade de Internação de Agudos. Foram também criados um Hospital-Dia, um Núcleo de Oficinas de Trabalho e um conjunto de moradias na comunidade visando a desinstitucionalização de usuários de longa permanência (FURTADO; PACHECO, 1998).

Em dezembro de 1991, foi inaugurada a primeira moradia, para acolher seis pessoas. Nessa experiência foram incluídas pessoas que concordaram com a proposta e que possuíam grau de autonomia considerado alto pela equipe responsável.

Essa iniciativa foi uma das experiências precursoras e que forneceu parâmetros para a regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que ocorreu com a publicação da Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. A implementação das moradias implicou também na formulação de propostas para a gestão e financiamento desses novos serviços.

Primeiramente foi organizada uma estrutura denominada de “Lar Abrigado”, vinculada ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, e, conseqüentemente, à Secretaria de Saúde. O financiamento dessa estrutura dependeu da reconversão de recursos provenientes das internações hospitalares e também de convênios com empresas privadas do município, para o pagamento do aluguel e mobiliário da casa. Os moradores continuavam vinculados formalmente ao hospital sendo essa a forma inicialmente encontrada para custear as despesas referentes à montagem e manutenção do serviço (FURTADO; PACHECO, 1998).

Em 1995, foi implantada a segunda moradia, já com características diferentes da primeira. Localizada mais distante do hospital, foi vinculada à equipe de saúde mental de um Centro de Saúde e destinada a nove pessoas que necessitavam de acompanhamento 24 horas. A casa contava também com uma “governanta” que deveria lá residir. Tal proposta foi posteriormente revista, pois se avaliou que presença permanente de uma pessoa administrando todos os afazeres diários da casa contrariava o objetivo central do projeto, que era o de possibilitar aos moradores a apropriação do espaço de recuperação da autonomia, perdida nos longos anos de internação psiquiátrica (Entrevistas 1 e 5).

No período de 1995 a 2000, foram implantadas mais

14 residências, processo que provou a viabilidade do projeto (Entrevista 1). As moradias foram o principal instrumento para a desinstitucionalização de pessoas e tiveram como eixo central o resgate de direitos, especialmente o direito à moradia. Para compor a nova rede de serviços, em abril de 2000, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Estação, com funcionamento 24 horas, composto por uma equipe proveniente da Unidade de Reabilitação e que assumiu a responsabilidade pelo conjunto das moradias implantadas. Os profissionais que permaneceram na estrutura hospitalar compuseram a equipe responsável por duas alas, denominadas de Núcleo Clínico (FURTADO, 2001).

Em dezembro de 2004, existiam 33 moradias, dispersas pela cidade e com características distintas de funcionamento e composição, além de cinco CAPS III e um CAPS II (Campinas, 2004). Os critérios de encaminhamento para as residências foram gradualmente modificados e aprimorados e a prática demonstrou que grupos formados a partir de afinidades e de escolha mútua entre os sujeitos tendiam a funcionar melhor. Assim, a experiência do município de Campinas foi constituída a partir do aprendizado diário e da validação das respostas encontradas por seus protagonistas para viabilizar a construção da inclusão social de pessoas que antes viviam o abandono institucional (VALENTINI, 2001; FURTADO, 2001).

As casas e seus moradores

A gestão e as ações de acompanhamento e cuidado em cada moradia estudada variavam de acordo com as necessidades e características de seus moradores: a flexibilidade é um aspecto central na organização desses novos serviços.

Os serviços estudados serão descritos de forma a destacar suas diferenças, visando contribuir para a reflexão das ações de planejamento e caracterização do perfil das novas equipes de saúde mental.

A primeira residência, denominada de “Casa 1”, localizava-se na região do Distrito Sul, abrigava cinco moradores e tinha como serviço de referência o CAPS III “Estação”. A segunda, a “Casa 2”, localizada na região do distrito Sudoeste, acolhia, três moradoras, sob acompanhamento do CAPS III “Novo Tempo”.

A Casa 1 foi a segunda moradia implementada no município e nela moravam Francisca, Josefa, Cida, João e José. Todos idosos e com longos percursos de internações psiquiátricas, não exerciam atividades de trabalho, não possuíam vínculos familiares e saíam da casa com pouca frequência.

A casa era acompanhada por uma cuidadora, três dias da semana, além de auxiliares e técnicos de enfermagem e duas profissionais de nível superior (uma enfermeira e uma psicóloga). Cada morador recebia do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, semanalmente, uma quantia de dinheiro para a compra de alimentos, produtos de limpeza, ou algo que necessitassem ou desejassem. Recebiam também cestas básicas e auxílio para a compra do gás de cozinha.

Não foi possível apreender as histórias de vida desse grupo, pois não comunicavam suas memórias da vida antes do asilamento. Contavam sobre a vida no hospital e recordavam, com emoção, as violações a que foram submetidos. Francisca se recordava quando foi transferida do asilo em que morou, em sua cidade natal, para o Hospital Cândido Ferreira: “Me tiraram de lá porque estavam com medo de mim... Mas, para judiar, para bater, eles não tinham medo não...” (sic).

A casa 2 foi implementada no final do ano de 2003. Para seu acompanhamento contava com uma cuidadora, que lá permanecia diariamente até às 14h. Também recebia a visita dos profissionais do CAPS: os técnicos de referência de cada moradora e os profissionais que acompanhavam o uso das medicações. Essa casa recebia recursos apenas para o pagamento das contas de luz, água, telefone e aluguel. As compras e o pagamento do salário da cuidadora dependiam dos recursos provenientes dos benefícios recebidos pelas moradoras.

Duas moradoras, Maria e Benedita, provenientes de outro hospital, viveram por quase dois anos no CAPS “Novo Tempo” aguardando a implementação da residência após o fechamento de uma moradia por pressão da comunidade.

Sueli, a terceira moradora, embora com história de muitas internações, não era egressa de internação de longa permanência, mas foi inserida na residência por não dispor de alternativa habitacional.

Reapropriação de fazeres, valorização de saberes e produção de sentidos

Nas duas casas, as tarefas cotidianas eram divididas de acordo com as afinidades e disponibilidades dos moradores. Havia aqueles que se envolviam mais e até auxiliavam no cuidado dos demais moradores e outros que se dedicavam apenas a atividades pontuais. Observou-se que entre os moradores existiam diferentes níveis de apropriação e construção de sentido sobre seu do espaço em cada casa.

Na casa 1, as compras eram realizadas pela cuidadora, sempre acompanhada por algum morador. Momentos de lazer não faziam fazer parte do cotidiano da maioria que, salvo exceções, passavam a maior parte do dia

dormindo. Apenas um morador gostava de assistir televisão e mantinha atividades no Serviço de Saúde Cândido Ferreira (o “Cândido”, como se referem ao serviço): participava de oficina de pintura, atividade pela qual demonstrava interesse.

Os horários de refeição eram flexíveis e os moradores tinham liberdade para se alimentarem quando sentiam vontade, independente dos demais. Além do horário, os moradores também participavam da definição do cardápio, na medida do possível. A oportunidade de realizar escolhas, cotidianamente, fato aparentemente trivial, se reveste de importância no dia a dia das casas.

Na casa 2, a divisão de tarefas acontecia de acordo com as afinidades de cada moradora que acompanhavam a cuidadora na realização de tarefas e nas compras que eram, geralmente, realizadas aos sábados. As regras do cotidiano da casa eram constantemente negociadas.

Uma moradora frequentava a escola e outra trabalhava em uma oficina localizada no “Cândido”. Nessa casa observou-se que as moradoras possuíam menor apropriação do espaço, talvez por ter sido implantada há menos tempo que a casa 1. Como exemplo, havia uma moradora que frequentemente pedia permissão à cuidadora para realizar ações triviais como tomar café ou fazer servir-se no almoço. Outra moradora afirmava que aquela casa não era delas de verdade, mas sim da Prefeitura.

Quando presentes, as cuidadoras realizavam praticamente todas as atividades de cuidado da casa, como a limpeza e a lavagem de roupas, etc. Às vezes um morador se dispunha a ajudar. No entanto, na ausência das cuidadoras foi possível observar os moradores se responsabilizarem pelas atividades diárias, cozinhando, limpando e arrumando a casa.

Nas casas, os moradores experimentavam possibilidades, ativavam desejos relacionados ao habitar e adquiriam habilidades no manejo das situações cotidianas. As casas adquiriam, em maior ou menor grau, a marca de seus moradores, seja na forma de organizar e gerir o cotidiano, seja nos detalhes que compunham cada uma delas. O móvel com estátuas de santos católicos ou a cama decorada com ursos de pelúcia revelavam singularidades e subjetividades, tendo significado especial para os que investiram tempo e afeto na organização da casa.

A possibilidade de ajudar na escolha do imóvel a ser alugado, da compra dos móveis e da montagem da casa é considerada fator fundamental para que cada morador se aproprie da casa.

Os profissionais responsáveis consideravam importante que os moradores fizessem o maior número possível de escolhas, e valorizavam o poder de decisão

quanto aos horários e regras das casas como facilitador do ganho de autonomia, da construção de sentido das atividades cotidianas e da reapropriação do uso do tempo do espaço e dos objetos.

Observou-se o movimento dos moradores em pedir consentimento e autorização aos técnicos para realizarem determinadas ações. A vida no hospital provê todas as necessidades e controla todos os fazeres diários, de forma que é necessário que os profissionais estimulem as possibilidades de aumento da apropriação do espaço e da rotina de cada casa.

Os profissionais consideravam que a possibilidade de ter e habitar uma casa, mais do que um processo de humanização da assistência, de configurava como a possibilidade do resgate dos direitos, da história, da subjetividade e singularidade da vida de cada morador.

“eu acho que, para o morador, é um resgate de vida (...) resgate da história, começa a cuidar das coisas, a lembrar, a querer fazer, ou a não querer fazer nada. E ficar na casa, mas não querer muito participar das tarefas cotidianas (...) é uma experiência de dignidade. Ser chamado pelo nome, ter uma história, saber que aquele lugar é dele.” (entrevista 5)

Universo relacional: o mercado de trocas

Os moradores da casa 1, não possuíam vínculos com o território de origem ou com a família e não estavam inseridos em outros recursos do bairro, saíam pouco e suas possibilidades de encontrar-se e de relacionar-se com outras pessoas eram limitadas às visitas que recebiam: visitas dos auxiliares e técnicos de enfermagem, que passam para administrar as medicações e cuidar de outros aspectos de saúde e higiene, além de visitas de vizinhos e figuras da comunidade.

Já as moradoras da casa 2, recebiam, esporadicamente, visitas familiares e circulavam mais pelo bairro, de forma que a casa ficava vazia em vários momentos da semana.

A convivência entre os moradores das duas casas oscilava entre a tranquilidade e a turbulência. Foi possível perceber muita proximidade, investimento afetivo e solidariedade. Preocupavam-se em saber sobre o estado dos demais, se já haviam comido, se necessitam de uma roupa emprestada, etc. Nas duas casas, a relação estabelecida com a cuidadora era positiva, com demonstrações recíprocas de afeto.

O envolvimento com a comunidade era intermediado e estimulado pela equipe técnica, que também procurava estreitar vínculos com as outras residências acompanhadas. Os contatos com a vizinhança eram permeados pelo

sentimento de compaixão, mas também pela ideia de que só devem ficar em liberdade aqueles que não incomodam os outros.

Assim, o trabalho junto à vizinhança, requeria o investimento contínuo da equipe técnica, que intermediava relações, equacionava conflitos e esclarecia dúvidas.

“A gente nunca pediu licença para instalar residência (...) trabalhamos a posteriori (...) já tivemos problemas com vizinhos (...) mas também tivemos alianças. Vizinhos que entendem, que compartilham do projeto, ou às vezes, ajudam demais: aquelas pessoas que têm uma visão muito caritativa e têm uma postura de comiseração, quando, na verdade, o que a gente busca é interação.” (entrevista 1)

O papel do técnico na gestão e invenção cotidiana

A casa 1, estava sob responsabilidade do CAPS Estação, que atuava na assistência e supervisão das atividades diárias. Para organização do trabalho, a equipe de profissionais dividia-se em miniequipes, que eram referência para uma determinada parcela do território sob responsabilidade do CAPS. Após alguns anos de trabalho com as moradias, a equipe optou pela formação de uma miniequipe específica para esse fim que passou a responsabilizar-se pelo acompanhamento de cinco residências e pela referência dos trinta usuários que nelas residiam.

Para o acompanhamento do cotidiano da casa 1, havia uma equipe de trabalho que contava com cuidadoras (ou auxiliares de limpeza), auxiliares e técnicos de enfermagem e duas profissionais de nível superior, sendo uma enfermeira e uma psicóloga.

A função das cuidadoras estava ligada às ações rotineiras de cuidado e manutenção da casa. As moradias também recebiam visitas diárias dos auxiliares e técnicos de enfermagem, responsáveis pela medicação e realização das atividades diárias e de autocuidado. A assistência das duas profissionais de nível superior estava mais ligada a ações de organização, administração e manutenção da casa, como o controle financeiro.

O acompanhamento dos profissionais não se limitava a intervenções dentro da casa. Havia investimento em ações fora, de acordo com a demanda: receber os benefícios, fazer compras, etc. Para essas tarefas se priorizava a possibilidade dos moradores escolherem quem iria acompanhá-los, pois se entendia a importância dos vínculos nesse processo.

A opção por essa forma de organização do trabalho estava ligada a percepção da equipe, num dado momento da experiência, de que o trabalho desenvolvido junto aos moradores era diferenciado daquele realizado com os

demais usuários do CAPS. Além disso, a grande maioria dos moradores não frequentavam o CAPS especialmente pelo fato de que muitos dos moradores serem idosos. Além da dificuldade de locomoção, muitos se mostravam cansados da rotina do CAPS e preferiam ficar em casa. Quando questionados sobre seu vínculo ao CAPS, os moradores confirmam essa constatação.

A casa 2 e suas moradoras estavam sob responsabilidade do CAPS Novo Tempo. O acompanhamento de quatro moradias era realizado por uma comissão específica. Dessa comissão faziam parte: quatro terapeutas ocupacionais, uma assistente social, uma psicóloga e dois técnicos de enfermagem.

A proposta da comissão surgiu a partir da necessidade de se compartilhar o trabalho de acompanhamento das casas. Para tal, foram reunidos os profissionais de referência dos moradores das casas acompanhadas. Todos os moradores participavam de reuniões quinzenais com essa comissão.

Das quatro moradias acompanhadas pelo CAPS Novo Tempo, apenas uma configurava-se como serviço residencial terapêutico propriamente dito. As demais foram montadas e eram custeadas com recursos dos moradores e foram planejadas e organizadas a partir da demanda pessoal e da autonomia financeira desses usuários. Os moradores acompanhados estavam inseridos no CAPS e eram acompanhados por um profissional de referência. Assim, as intervenções realizadas nas casas, voltavam-se mais para a resolução de problemas individuais. O acompanhamento dos profissionais de referência se dava a partir da demanda de cada morador.

Mesmo após a implementação da comissão, os profissionais de referência continuaram prestando assistência junto à residência. Acompanhavam o dia-a-dia, identificavam demandas, e procuravam respostas para atendê-las, junto com os moradores. A medicação também era ministrada nas casas.

Além da comissão, como já relatado, havia uma cuidadora cuja função era auxiliar as moradoras nas tarefas cotidianas. Essa cuidadora insistia na participação e apropriação das moradoras na realização de algumas atividades.

As moradoras mantinham relação próxima com o CAPS, que se localizava a algumas quadras da moradia. Sempre que consideram necessário, ligavam ou iam pessoalmente até lá. Seja para buscar atendimento, permanecer no CAPS à noite ou para buscar dinheiro (que ficava guardado no CAPS) ou por estarem com vontade de encontrar alguém.

O papel dos profissionais é compreendido como aquele que, ao *caminhar com* os sujeitos, empresta poder

contratual, auxilia no despertar de desejos, intermedia ações e relações, facilita processos, e favorece a abertura de espaços de negociação.

“a primeira coisa que a gente sabe é que mudou o setting de trabalho e as relações de poder. Então, as relações já estão mudadas porque ali tem um dono de um espaço privativo (...). O técnico tem que perceber que a residência é o lugar do complexo, é o lugar do privativo e do privado. Mas sem cair também no conto de que aquilo ali é uma casa como as outras (...).o técnico ali tem que ser voltado para o mundo, para a rede e não para o lugar de onde ele veio.” (Entrevista 1)

Nas casas, espera-se que os profissionais reconheçam os moradores como sujeitos de direitos e que estabeleçam relações que superem a clássica relação de poder entre profissional e paciente. Assim, as relações e papéis exercitados pelo profissionais devem responder às necessidade de cada morador. Não se limitar à função de terapeuta, e ser também “o cidadão, o ajudante, o amigo, o vizinho” (Entrevista 3).

Os profissionais tiveram a importante função de acompanhar o processo de saída dos usuários do hospital; muitos deles ofereceram resistência para sair, pois eram dependentes da instituição e não conseguiam mais ver a vida em liberdade. Nesse contexto, os profissionais tiveram que investir na construção da saída desses sujeitos do hospital como direito a ser resgatado.

O trabalho de favorecimento, ganho de autonomia, e apropriação da casa foi contínuo após a instalação na nova casa. Os profissionais continuaram investindo, *fazendo com*, valorizando os saberes e vontades de cada morador, e cuidando para não invadir o espaço dos usuários.

“No dia-a-dia da casa, tudo eles vão remeter ao profissional que está ali acompanhando. (...) Então, o trabalhador tem que tomar cuidado até como ele responde a isso. Porque, se ele responde, ele nunca vai deixar que a pessoa se aproprie. (...) E sempre pedir licença, pedir permissão para as coisas, pedir para usar o telefone... Parece banal, mas isso faz a diferença para que eles se apropriem.” (Entrevista 5)

A experiência valorizou a individualização das intervenções na casa. Existiam situações relacionadas à convivência que eram discutidas com todo o grupo, bem como havia a preocupação em acompanhar os percursos e construir projetos terapêuticos singulares.

Com relação ao trabalho das cuidadoras, verificou-se que elas agiam de acordo com suas características

peçoais e que não dispunham de referenciais técnicos para isso. Esse aspecto foi evidenciado nos depoimentos e nas observações. No dia-a-dia, por exemplo, as cuidadoras poupavam os moradores de informações que julgavam que seriam muito difíceis para os moradores ao invés de tentar dialogar e contribuir na elaboração das crises e superação de dificuldades.

Para facilitar o trabalho cotidiano, os profissionais podem tender a desenvolver respostas que poderiam invadir o espaço e impor a casa suas próprias características: seja na não-abertura de espaços de negociação, seja controlando a entrada e a saída dos moradores da casa, seja mantendo prontuários no interior das moradias, seja pela própria maneira como circulam pela casa e se relacionam com os moradores. Esse risco está sempre presente e deve compor a reflexões dos profissionais que atuam em serviços residenciais.

REFLEXÕES

No Brasil, em 2002, existiam 85 residências em funcionamento. Atualmente, são 625 e embora esse número represente avanço, ainda é pequeno diante das necessidades. De forma que, a expansão das Residências Terapêuticas ainda é um grande desafio para a efetivação da Política de Saúde Mental (BRASIL, 2012).

No Estado de São Paulo, foi realizado o censo psicossocial de moradores em hospitais psiquiátricos, que permitiu conhecer e caracterizar essa população, além de mostrar que ainda existem 58 hospitais psiquiátricos no Estado, abrigando um total de 6.349 pessoas com mais de um ano de internação. Esses dados reforçam a necessidade de se elaborar ações estratégicas para a desinstitucionalização e a importância das residências terapêuticas nesse processo (BARROS; BICHAFF, 2008).

Cabe ressaltar também que as experiências de implantação de Residências desenvolvidas necessitam de qualificação. Em muitos processos, os atores envolvidos se deparam com questões importantes relacionadas principalmente com: a forma de organização do trabalho das equipes de acompanhamento, o estabelecimento de parceria e definição do papel dos serviços de referência para a residência, a gestão financeira, o planejamento de dispositivos de acordo com a demanda dos usuários, o papel dos profissionais no acompanhamento da vida cotidiana e na promoção de autonomia e independência dos moradores. Em muitas experiências, as respostas a essas questões são construídas a partir da práxis cotidiana e ainda se faz presente a necessidade de sistematização e divulgação dos dados produzidos, que possam auxiliar novos processos.

O resgate da experiência de Campinas pode trazer contribuições no debate destas questões, tanto quanto fornecer elementos que auxiliem a disparar novas formas de organização das residências. Um aspecto de grande importância presente na experiência estudada é a preocupação em oferecer serviços residenciais adequados às necessidades de cada indivíduo, com o suporte e assistência singularizados. A casa é um direito a ser conquistado por todos, e não apenas por aqueles considerados “reabilitáveis”, com mais chances de se adaptar à vida em sociedade. Assim, um grande desafio para os municípios é o da construção de moradias para aqueles que ainda não alcançaram esse direito, que sejam planejados de forma flexível e criativa, de acordo com suas necessidades.

Para a estratégia de desinstitucionalização italiana, a instituição asilar é considerada o “lugar zero da troca” (ROTELLI, 2001) e o trabalho de superação dessas instituições revela o vazio e a violência típicos dessas estruturas. Nos processos de desinstitucionalização e produção de um novo modelo assistencial é importante trilhar o caminho inverso e produzir e potencializar relações que ultrapassem as relações de poder, abram espaços de negociação, aumentem as possibilidades de trocas sociais, facilitem a criação de redes de pertencimento, transformem as formas de estar e relacionar-se com o mundo.

A construção da qualidade da vida cotidiana está ligada à produção de vida e à transformação concreta da realidade, e passa por potencializar a expressão das diversas subjetividades, resgatar identidades e histórias de vida e revalorizar as ações cotidianas.

Assim, é necessária a construção de um olhar atento para os acontecimentos pequenos e sutis que compõem o dia-a-dia das pessoas. Ações que parecem banais podem ter significado especial e produzir sentido na vida dos sujeitos. Exigem investimento cotidiano e contínuo, para reconstruir e ressignificar as ações diárias e as sutilezas cotidianas, que recompõem o universo concreto e simbólico dos moradores.

Nesse percurso, os profissionais devem rever constantemente o seu papel, criticando o poder que lhes é atribuído, conscientizando-se de sua função política e caminhando na direção da construção de novas formas de se relacionar com os sujeitos. Ao caminhar junto e promover a abertura de espaços de encontro e intercâmbio, os profissionais exercem uma importante função. Após a abertura das portas dos manicômios, é fundamental garantir que a sociedade possa rever preconceitos e estereótipos e acolher a diversidade.

O trabalho realizado junto à comunidade deve mostrar que não é o indivíduo que deve se adaptar ao sistema social, mas este também deve ser modificado no sentido de

reduzir obstáculos, apoiar e promover o acesso de todos aos recursos sociais de forma a potencializar a expressão

e encontro de diferentes singularidades e a participação de todos nos processos de trocas (SARACENO, 1999).

MARQUES, A. L.; MÂNGIA, E. F. Residential therapeutic services at Campinas, SP. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 245-252, set./dez. 2012.

ABSTRACT: In the context of implementing psychosocial care networks in the country, the therapeutic residential services get prominence and importance as fundamental service to the process of deinstitutionalization. This article aims to present study conducted from July 2004 to February 2005 and which aimed to: know the therapeutic residential services, the historical course of its implementation, and its proposal in Campinas/ SP. We conducted semi-structured interviews with professionals who have worked in the implementation and monitoring of the residences. Field observation in 2 residential services was guided by the methodology of participant observation, which allowed us to study in depth these services. The research led us to apprehend real processes of social inclusion and demonstrated the validity and viability of residential devices as exceptional field for mental health care and the analysis of this experience can bring important contributions to the local experiences that are currently underway in several cities.

KEYWORDS: Assisted living facilities; Residential facilities; Therapeutic community; Community networks; Deinstitutionalization; Health care (Public health).

REFERÊNCIAS

BARROS, S.; BICHAFF, R. **Desafios para a desinstitucionalização:** censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP - Secretaria da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental em dados. **Informativo Eletrônico**, Brasília, v. 7, n. 10, mar. 2012.

BRASIL. **Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2001-2004.** Disponível em < <http://campinas.sp.gov.br/saude>>.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (Orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2001. p. 37-58.

FURTADO, J. P.; PACHECO, R. A. Moradias extra-hospitalares

para pacientes psiquiátricos em Campinas: análise de uma experiência. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 47, n. 4, p. 179-184, 1998.

ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização.** 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 61-64.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999.

SURJUS, L. T. L. S.; CAMPOS, R. O. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 1, 2011.

VALENTINI, W. Nenhum ser humano será bonsai. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (Orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2001, p. 11-24.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** Epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002.

Recebido para publicação: 01/09/2012

Aceito para publicação: 21/10/2012